

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



TÍTULO:

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA, CICLO I Y II 2022

PRESENTADO POR:	CARNÉ
Jackelline Lisseth Avila Antonio	(AA10176)
Carlos Wilfredo Salas Zamora	(SZ11004)
Teresa Margarita Torres Galán	(TT11007)

**INFORME FINAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN PSICOLOGIA.**

DOCENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
DOCTORA MERCY ASUNCION VIERA PINEDA
LICENCIADA DIANA LOURDES MIRANDA GUERRERO

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO
MÁSTER ISRAEL RIVAS

**CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SAN SALVADOR, EL
SALVADOR, CENTROAMERICA, SEIS FEBRERO DEL 2023**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERECTOR ADMINISTRATIVO:

PHD. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA

SECRETARIO GENERAL

INGENIERO FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

FISCAL GENERAL:

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO:

MAESTRO OSCAR WUILMAN HERRERA RAMOS

VICEDECANA:

MAESTRA SANDRA LORENA BENAVIDES DE SERRANO

SECRETARIO:

MAESTRO YUPILTSINCA ROSALES CASTRO

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

JEFE:

MAESTRO BARTOLO ATILIO CASTELLANOS ARIAS

COORDINADOR DE LOS PROCESOS DE GRADO:

MAESTRO ISRAEL RIVAS

ÍNDICE

CONTENIDO

RESUMEN	7
1. Entrevista En El Área Clínica/Entrevista En El Área Forense.....	8
1.1 Diferencias Entre Entrevista Clínica Y Forense.....	8
1.2 Instrumentos De Evaluación.	9
1.3 Control De La Simulación/Disminución Y Detección Del Engaño.....	11
1.4 Casos De Análisis Y Evaluación: Menores, Violencia, Discapacidad, Trastornos Mentales Y Agresión Sexual.	12
CASO 1. Análisis Y Evaluación En Menor Por Agresión Sexual.....	12
CASO 2. Expediente Clínico I.R.H.....	24
CASO 3. Expediente Clínico R.W.H	37
CASO 4. Expediente Clínico D.G	40
CASO 5. Paciente Geriátrico	67
CASO 6. Informe Geriátrico J.A.L.....	70
2. Entrevista En El Área Laboral.	78
2.1 Tipos De Entrevista: Individual, Panel Y Grupo.....	78
2.2 Formas De Evaluación.	78
2.3 Casos De Análisis Y Evaluación: Básico, Técnico, Especialista Y Directivos.....	79
CASO 1. Informe Laboral M.L.A.H	79
CASO 2. Informe Laboral XXX	83
CASO 3. Informe laboral I.C.M.C	86
3. Entrevista En El Área Pedagógica.....	90
3.1 Modelos De Evaluación Psicopedagógica.	90
3.2 Técnicas E Instrumentos De Evaluación Psicopedagógica.	91
3.3 La Observación.	91
3.4 Casos De Análisis Y Evaluaciones: Medio, Atributos Y Dinámico.....	92
CASO 1. Informe Psicopedagógico J.B.M.A	92
CASO 2. Informe Psicopedagógico K.L.H.A.....	97
CASO 3. Informe Psicopedagógico D.S.C.A.....	103
CASO 4. Informe Educativo	109
CASO 5. Evaluación Del Trastorno Alimenticio M.C.R.M	114
CASO 6. Evaluación Del Trastorno Alimenticio M.I.M.C.....	116

CASO 7. Evaluación Del Trastorno Alimenticio J.M.H.C	117
4. Informe Psicológico.	118
4.1 Evaluación Psicológica.....	118
4.2 Método De Evaluación.	119
4.3 Conceptos Y Objetivos Del Informe Psicológico.....	123
4.4 Contenidos Del Informe.	125
4.5 Áreas Del Informe.	128
4.6 Devolución De Los Resultados Bajo Informe.....	132
4.7 Manejo Ético De Resultados.	140
5. Tipos de informe.	141
5.1 Tipos De Informes Psicológicos.	141
5.2 Informe Clínico.	141
5.3 Informe Forense.	144
5.4 Informe Educativo.	147
5.5 Informe Psicopedagógico.....	148
5.6 Equipos Multidisciplinarios.	151
6. Elementos Claves Del Informe Psicológico.....	154
6.1 Elementos Claves Del Informe Psicológico.....	154
6.2 Cualificación Del Evaluador.	155
6.3 Derechos Del Evaluado/Evaluador.....	155
6.4 Documentos Relacionados Con El Contenido Del Informe.....	156
6.5 Estilo De Redacción Del Informe.	156
6.6 Consentimiento Informado.	156
6.7 Resguardo Y Protección De La Documentación.	157
7. Conclusiones y recomendaciones.	157
7.1 Conclusiones.....	157
7.2 Recomendaciones.	157
Referencias.....	158
Anexos.....	161

RESUMEN

En el presente informe se documenta los contenidos teóricos y prácticos desarrollados en el curso de pre especialización, impartido por el Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador, durante el año 2022. Se presenta en primer lugar la diferencia entre la entrevista psicológica en el área clínica y la entrevista psicológica en el área forense; en segundo lugar, se integra a este trabajo la revisión de la entrevista psicológica en el área laboral, dando un breve esbozo a sus modalidades de aplicación y su utilidad en la industria; en tercer lugar, se incorporaran algunos de los contenidos más destacables en relación al ámbito pedagógico y la tarea del profesional de la psicología en dicho escenario; también se realiza un breve estudio en cuanto al informe psicológico, definido como un documento escrito, elaborado y firmado por el o la profesional de la psicología, en el cual se presentan los resultados de una evaluación, con la finalidad de transmitir las conclusiones y un pronóstico sobre la persona o grupo de personas evaluadas. Finalmente, se agregan los casos de estudio desarrollados por los autores de este documento, como parte de su formación práctica, durante el desarrollo del curso de pre especialización.

Palabras claves: Informes psicológicos, entrevista clínica, entrevista forense, entrevista laboral y entrevista pedagógica.

1. Entrevista En El Área Clínica/Entrevista En El Área Forense.

1.1 Diferencias Entre Entrevista Clínica Y Forense.

La evaluación forense presenta diferencias notables con respecto a la evaluación clínica, en algunos el objetivo pueda llegar hacer la exploración del estado mental del sujeto evaluado, el proceso psicopatológico en la evaluación forense solo tiene el interés desde la perspectiva de las repercusiones forenses de los trastornos mentales, a diferencia del contexto clínico, en donde este se convierte en el eje central de la intervención (Archer, 2006).

Las diferencias fundamentales entre las entrevistas derivan en el contexto y el objeto de la exploración psicológica, por lo que el marco entre la evaluación clínica y la evaluación psicológica forense puede ser el mismo de intervención (en un caso un consultorio clínico, un ambulatorio o un hospital; en el otro, un calabozo, un juzgado o una prisión) marca pautas relacionales distintas entre el profesional y el sujeto evaluado (relación empática en el contexto clínico; relación escéptica en el contexto forense) (Ackerman, 2010).

El contraste de la evaluación clínica y la forense se marca por la limitación temporal en donde el tiempo o espacio para sesiones en el área forense es muy reducido, además de la dificultad de tener que realizar valoraciones retrospectivas en relación al estado mental del sujeto en momentos temporales previos a la exploración (por ejemplo, casos de imputabilidad o impugnación de actos o negocios jurídicos) o prospectivas (opción de custodia, establecimiento de interacciones parento-filiales o valoración del riesgo). De igual forma no siempre es fácil acceder a todos los elementos implicados (ambos progenitores, víctima y victimario, etc.) para completar la información (Buena-Casal, 2006).

La población forense es más variada que la que se suele encontrar en la clínica, el espectro de edades oscila desde niños de dos o tres años víctimas de abuso sexual hasta ancianos de 90 años en procesos de incapacitación además en el entorno forense hay más personas analfabetas funcionales o inmigrantes sin conocimiento del idioma español o profundamente desarraigados; todo ello limita el alcance de la exploración forense (Ackerman, 2010; Hernández, 2002).

Ahondando a que la evaluación pericial psicológica se encuentra con algunas dificultades específicas así, el sujeto no se presenta de forma voluntaria ante el profesional, sino que su participación está determinada por su papel en el proceso judicial (denunciado/denunciante;

demandado/ demandante). Además, las consecuencias directas del dictamen pericial para el evaluado aumentan la probabilidad de manipulación de la información aportada para conseguir un beneficio o evitar un perjuicio. Junto a esto, el asesoramiento legal por el que, en muchas ocasiones, han pasado los evaluados (la estrategia letrada de la defensa) y las múltiples exploraciones periciales (efecto aprendizaje) complican aún más la evaluación psicológica forense. De este modo, los peritos pueden disponer de instrumentos de medida adecuados, pero el sujeto puede no colaborar en la evaluación y falsear, más o menos conscientemente, las respuestas.

1.2 Instrumentos De Evaluación.

Los instrumentos de evaluación más utilizados en el ámbito clínico y forense son los autoinformes y las entrevistas estructuradas, en el entorno clínico ha habido un esfuerzo en los últimos años por diseñar instrumentos de evaluación cortos y específicos, que cuenten con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén adaptados o validados con muestras españolas y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos mentales, así como a los cambios terapéuticos (Echeburúa, Amor y Corral, 2003; Groth-Marnat, 2009).

La evaluación psicológica forense se encuentra con algunas dificultades específicas, como la involuntariedad del sujeto, los intentos de manipulación de la información aportada (simulación o disimulación) o la influencia del propio proceso legal en el estado mental del sujeto (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Además, el dictamen pericial no finaliza con un psicodiagnóstico conforme a las categorías nosológicas internacionales (DSM o CIE), sino que la psicopatología detectada debe ponerse en relación con el asunto jurídico demandado.

Por otro lado, determinados conceptos jurídicos, como el trastorno mental transitorio, no tienen traslación directa a los sistemas diagnósticos utilizados en la clínica (Fernández-Ballesteros, 2005). Debido a las evidentes limitaciones que las pruebas psicológicas tradicionales ofrecen, si se utilizan como instrumentos únicos de evaluación en el ámbito forense, se han desarrollado modelos alternativos que se ajusten más a las necesidades psicolegales que plantea este contexto de evaluación. En esta línea de trabajo, Otto y Heilbrun (2002) han propuesto una tipología de instrumentos utilizados en la evaluación psicológica forense que ayuda a comprender los distintos niveles en los cuáles se puede desempeñar el evaluador.

En primer lugar, ubican los Instrumentos de Evaluación Forense (IEF), que corresponden a mediciones directamente relevantes a un estándar legal específico, estos instrumentos surgen debido a las limitaciones señaladas en relación con los procedimientos y pruebas de diagnósticos tradicionales para tratar aspectos forenses, de esta forma se han desarrollado una variedad de guías de entrevista, encuestas y pruebas que pretenden centrarse más directamente en asuntos legales específicos. De forma creciente, estos instrumentos especializados se están utilizando en evaluaciones forenses no para complementar, si no para reemplazar, algunos de los procedimientos más tradicionales (Melton y otros, 1997). Entre estas se encuentran la guía de evaluación de trastornos afectivos y la esquizofrenia, consiste en una entrevista de diagnóstico semi estructurada para la evaluación de trastornos del Eje I del DSM, especialmente trastornos psicóticos y del humor permitiendo al evaluador cuantificar síntomas importantes en períodos discretos del tiempo, incluyendo el momento del delito. En opinión de Rogers y Shuman (2000) este es un instrumento bien validado en poblaciones forenses y cumple con los estándares de confiabilidad y validez requeridos en el ámbito forense.

Un segundo grupo de estrategias de evaluación forense sugeridas por Otto y Heilbrun (2002) son los Instrumentos Forenses Relevantes (IFR), los cuales se distinguen de los anteriores en que no evalúan o se enfocan en estándares legales específicos y en las capacidades funcionales asociadas de los evaluados. Más bien se centran en constructos clínicos que son a menudo relevantes en la evaluación de una persona dentro del sistema legal, entre estos instrumentos y técnicas incluyen aquellos utilizados para evaluar la simulación y el estilo general de respuesta de un sujeto. El tercer grupo de instrumentos corresponde a las Mediciones y Técnicas de Evaluación Clínica aquí se incluyen las pruebas psicológicas y las mediciones desarrolladas para la evaluación, diagnóstico y planeamiento de tratamiento con poblaciones clínicas en contextos terapéuticos, aunque estos instrumentos pueden ayudar en la comprensión del evaluado en el contexto de un asunto legal particular, éstos típicamente evalúan constructos (tales como

la inteligencia, la depresión, el nivel de ansiedad, etc.) que se encuentran considerablemente alejadas de las preguntas específicas del encargado de tomar las decisiones legales. De esta manera, este tipo de instrumentos requieren del evaluador la aplicación de un grado mayor de inferencias que le permitan moverse de los constructos evaluados hacia los asuntos sobre los que se deben tomar decisiones legales. La evaluación psicológica forense se

circunscribe prioritariamente al uso de este tipo de instrumentos, siendo la psicológica forense una disciplina de mucha rigurosidad y aceptación por parte del sistema de justicia. la entrevista de evaluación es probablemente el medio de recolección de información más importante durante la evaluación psicológica.

Sin la información obtenida durante la entrevista, la mayoría de la información proporcionada por la prueba psicológica no tendría sentido mientras que la entrevista aporta información potencialmente valiosa, que no sería accesible de otra forma, tal como la observación conductual, aspectos idiosincrásicos del evaluado, así como su reacción a la situación de vida presente. Otra de las funciones relevantes que cumple la entrevista es la de servir de lista de chequeo en relación con el significado y validez de los resultados de las pruebas psicológicas.

1.3 Control De La Simulación/Disminución Y Detección Del Engaño.

Cuando se habla de la simulación o disimulación es aquí en donde se refleja el deseo liberado por parte del sujeto de ocultar su estado mental real, para poder dar una imagen positiva de sí mismo o poder transmitir un estado de deterioro acentuado (por ejemplo, en el ámbito de la responsabilidad penal para conseguir la exculpación o en el campo del daño psíquico para reclamar una indemnización) (Pivovarova et al., 2009; Rosenfeld et al., 2010). Existe sospecha de simulación cuando existe un problema médico-legal, cuando hay una discrepancia entre los síntomas alegados y la observación de la conducta, cuando los síntomas son atípicos (mal definidos, erráticos e inconsistentes) y no se corresponden con los cuadros clínicos habituales y cuando hay una dramatización de las quejas o una sobreactuación clínica. Asimismo, la incapacidad alegada por el sujeto para el trabajo o el desempeño de los quehaceres habituales, pero el mantenimiento de la capacidad de diversión (deportes, salidas nocturnas, etc.), sobre todo cuando hay un historial previo de bajas laborales repetidas, da pie a la sospecha de una simulación (Rosenfeld et al., 2010).

Una especial complejidad que presenta la detección de la disimulación es cuando existen casos en los cuales los sujetos evaluados muestran actitudes defensivas en la exploración psicopatológica como a la administración de pruebas complementarias ya que obstaculiza el acceso a la historia clínica del perito, es aquí donde exploración forense puede encontrarse con serias limitaciones. Otra dificultad añadida aparece en el campo penal, por ejemplo, en sujetos expuestos a situaciones de victimización cuya manifestación psicopatológica puede conllevarles

consecuencias negativas en otros ámbitos jurídicos (por ejemplo, las mujeres víctimas de violencia en la pareja pueden disimular su deterioro psíquico por temor a ser consideradas incapaces para guiar la custodia de sus hijos) (Vilariño et al., 2009). Los trastornos mentales más propicios para el fingimiento (simulación) son el trastorno de estrés postraumático, los cuadros psicóticos, las demencias, las toxicomanías, los trastornos disociativos y el retraso mental. Ciertos trastornos de personalidad, como el antisocial o el histriónico, facilitan la existencia de la simulación. A su vez, la ocultación de síntomas para conseguir algún beneficio (disimulación) -en todo caso, menos frecuente que la simulación- es más habitual en la depresión, en la paranoia y en el alcoholismo (Delgado, Esbec y Rodríguez, 1994).

La detección del engaño ha dado origen a tres ámbitos de investigación: a) estudio de los cambios fisiológicos, b) investigación sobre los correlatos conductuales observables de naturaleza no verbal y c) análisis de los contenidos verbales. Los primeros derivaron en el desarrollo de distintos procedimientos tecnológicos: polígrafo, analizadores de estrés vocal, potenciales evocados, resonancia magnética funcional y termografía facial (un exhaustivo análisis al respecto puede encontrarse en Masip y Alonso, 2006). La conclusión de las distintas publicaciones es que no resultan válidos para detectar la mentira lo que realmente miden todas estas técnicas no es la verdad o la mentira en sí, sino una amplísima gama de variables emocionales de ansiedad, activación o estrés, generalmente suscitadas por la propia evaluación. Pero los mentirosos entrenados pueden no reflejar emoción cuando intentan engañar (Manzanero, 2008, 2010).

En resumen, el psicólogo forense no puede trabajar con hipótesis sólidas sobre actitudes de engaño o sobre la veracidad de los hechos alegados, ya que la Psicología no cuenta al momento actual con una metodología de contrastada fiabilidad y validez al respecto. Únicamente se maneja de forma estándar una técnica para valorar la credibilidad de los relatos en un ámbito específico (abusos sexuales) y en una población concreta (menores de edad o adultos con discapacidad psíquica) y que, como se expondrá en el epígrafe posterior, no está exenta de limitaciones (Hershkowitz, Fisher, Lamb y Horowitz, 2007)

1.4 Casos De Análisis Y Evaluación: Menores, Violencia, Discapacidad, Trastornos Mentales Y Agresión Sexual.

CASO 1. Análisis Y Evaluación En Menor Por Agresión Sexual.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.

Paciente: Tania.

- a) **Motivo de consulta:** “*Violencia Intrafamiliar*”.
- b) **Antecedentes somáticos:** Manifiesta incapacidad para expresar sus emociones y pensamientos, por lo que opta por reprimir sus emociones y sentimientos, que con el paso del tiempo los desborda, manifestándose en somatización, por lo cual se deriva sintomatología como: dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza, náuseas, fuertes dolores de estómago y falta de apetito. síntomas somáticos de ansiedad ante el contexto estresante y marginal como aumento del ritmo cardíaco, sudoración, nerviosismo y dolores de cabeza. Así como se reflejan mecanismos de disociación ante la pérdida de sus dos hijos menores como alucinaciones auditivas provenientes de objetos de su entorno.
- c) **Psicobiografía:** Mujer ama de casa y soporte económico del hogar, madre de cuatro hijos, la mayor (Carolina) producto de su relación pasada, con su pareja actual tres hijos de los cuales dos fallecieron a temprana edad (Cecilia al año por problemas de salud y Mauricio malformación en el periodo de gestación falleciendo horas después de nacer), inmersa en violencia física, verbal y psicológica por parte de su esposo desde el momento del matrimonio y constantemente a lo largo de toda la relación, en donde busca refugio en su familia pero siempre su pareja la convence y regresa (ciclo de la violencia).
- d) **Antecedentes psiquiátricos familiares:** No aplica.
- e) **Historia toxicológica:** No aplica.
- f) **Enfermedad actual:** No aplica.
- g) **Exploración psicopatológica:** Presenta diversa sintomatología como afectación emocional, dependencia afectiva, baja autoestima, ideas segmentadas acerca de la familia, actitudes pasivas ante el maltrato, delirio auditivo (por pérdida de hijos), así como también síntomas ansiosos como aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, nerviosismo y dolores de cabeza. Se sugiere una exploración de dicha afectación por medio de los siguientes instrumentos de evaluación psicológica:
- Entrevista semi estructurada.
 - Observación dirigida.
 - Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997).
 - Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso:

Su familia de origen (padres, hermanos) relatados como personas humildes y de buenos principios, sin embargo, desde el momento en que se casa y forma su nuevo hogar tiende a distanciarse de ellos y verlos al tiempo cuando los visita y/o busca refugio en ellos.

La relación en la etapa de noviazgo con Carlos fue normal hasta después de casarse donde se tornó una relación de dependencia, abuso, manipulación, infidelidades, maltrato físico, verbal y psicológico constante, además durante su matrimonio vivenció la pérdida de dos hijos a temprana edad lo que generó en ella luto, llanto constante y disociación mediante alucinaciones auditivas. A pesar del maltrato recibido Tania no se separaba de él debido al temor de que su hija Tirsa se quedará sin padre lo que generaba que soportará todo tipo de maltrato y con ello su hija también, incluso convertirse en cómplice de un asesinato cometido por su esposo, generando un ataque de pánico en ella, manifestando síntomas como agitación en el pecho, sudoración, nerviosismo, desborde emocional.

La relación continuó de la misma manera durante años, hasta la confesión de su hija sobre el abuso sexual siendo este el detonante para tomar la decisión de separarse definitivamente y denunciarlo junto con su hija.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

Trastorno primario: Trastorno dependiente de la personalidad.

Trastorno Secundario: Trastorno de Estrés Postraumático.

Trastorno terciario: Trastorno de ansiedad.

j) Evolución clínica y tratamiento: Basado en las características de personalidad de la paciente, se observa un pronóstico favorable y disposición a participar activamente en el proceso psicoterapéutico, en donde se podría inferir un cumplimiento satisfactorio con las tareas psicológicas designadas, para fomentar una autoestima favorable, que le permita desenvolverse de manera funcional ante la sociedad, ya sea en el área laboral, o en nuevos intereses particulares; buscando no afectar su imagen personal, sino aprender un oficio, o actividad particular en un centro de apoyo; y por ende, promulgando su estabilidad emocional en acciones que denotan su interés por retomar su vida personal y social a través de incursionar como parte de grupos de apoyo para víctimas de violencia intrafamiliar.

Por otra parte, respecto al tratamiento se sugiere retomar el área cognitiva (abordando los esquemas mentales), ya que es necesario identificar las ideas irracionales acerca del ciclo de violencia, en el cual ha estado inmersa, así como las causas y consecuencias a corto y largo plazo; en cuanto al área emocional se sugiere evocar catarsis en ella debido a la afectación emocional con la cual ha vivido durante años, potenciar técnicas de autocontrol emocional para un adecuado manejo de las mismas mediante la identificación y expresión de emociones, así mismo la identificación de fortalezas que permitan potenciarlas a fin de alcanzar seguridad en sí misma y lograr sentimiento de autoeficacia. Asimismo, respecto al área conductual y social se busca promover una red de apoyo, y participar en actividades extracurriculares que fomenten su integridad personal.

Resumen clínico de la paciente.

Tania mujer adulta, madre de dos hijas, actualmente vive con sus padres, remite denuncia ante la fiscalía por violencia intrafamiliar marcada por el abuso físico, verbal y psicológico por parte de su esposo a lo largo del matrimonio, producto del mismo desarrollo dependencia emocional hacia su pareja con sintomatología como baja autoestima, miedo al abandono, actitudes pasivas y tolerancia hacia los tratos abusivos e inadecuados.

En el contexto familiar su hija se encuentra sometida a iguales condiciones de maltrato por parte de su padre, ambas inmersas en condiciones negligentes marcadas por problemas económicos, malos tratos, gritos, devaluación y golpes físicos en el rostro y cuerpo. Se sugiere un seguimiento psicológico semanal con la paciente partiendo de la sintomatología presentada y para una mayor exploración del caso se sugiere la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover; de igual forma se sugiere trabajar las siguientes áreas bajo el modelo cognitivo conductual: cognitiva, afectiva, conductual y social.

En relación al área cognitiva se sugiere identificar las creencias erróneas que mantiene respecto a las formas de relacionarse en el hogar, la familia y sobre sí misma. De igual forma, mediante la ejecución de la psicoeducación explicar e identificar la sintomatología presente para posteriormente reducir y/o eliminar síntomas. También, en el área afectiva se sugiere propiciar catarsis emocionales mediante diferentes técnicas como la escritura, dibujo o pintura y aquellas que le permitan aumentar su autoestima y seguridad en sí misma.

Por otra parte, en el área conductual promover técnicas de autocontrol como la respiración diafragmática, actividades de dominio y agrado para generar sentimientos de autoeficacia y gratificación.

En el área social se sugiere brindar las herramientas adecuadas para aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de resolución de problemas y toma de decisiones, fomentar una comunicación y habilidades sociales que permitan lograr una forma adecuada interacción. Por lo que se realiza un pronóstico favorable con la paciente ya que se infiere una disposición para participar en el proceso psicoterapéutico con resultados positivos que le generen cambios a corto y largo plazo.

Defina el plan de intervención a ejecutar con el paciente, señale los tiempos y patologías a tratar

Áreas sugeridas para trabajar bajo el modelo cognitivo conductual.

Diagnóstico.

Trastorno primario: Trastorno dependiente de la personalidad.

Trastorno Secundario: Trastorno de Estrés Postraumático.

Trastorno terciario: Trastorno de ansiedad.

Área Cognitiva: Tiempo: (Aproximadamente 2 meses según evolución del caso).

- Psicoeducación sobre el ciclo de la violencia y las fases que lo componen.
- psicoeducación de la sintomatología presente en base al diagnóstico.
- Psicoeducación e identificación de las distorsiones cognitivas.
- Identificación y manejo de creencias irracionales (hacia sí misma, los demás y el mundo).
- Reestructuración cognitiva (Detención del pensamiento, auto instrucciones, diálogo socrático).

Área Emocional: Tiempo: (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso).

- Identificar las emociones como la tristeza, el miedo, la vergüenza, el enojo y la culpa.
- Proporcionar a la paciente la revelación de sentimientos y emociones reprimidos (Catarsis emocional mediante técnicas como escritura, dibujo y/o pintura).
- Desarrollar estrategias de auto valía, fomentando así, el desarrollo de una autoestima y un auto concepto favorable mediante verbalizaciones y escritura.

Área Conductual: Tiempo: (Aproximadamente 4 meses según evolución del caso).

- Técnicas de relajación (respiración diafragmática).
 - Fomentar la práctica de actividades recreativas en base a las preferencias de la paciente.
 - Elaboración de un proyecto de vida.
 - Actividades de dominio y agrado para generar sentimientos de autoeficacia y gratificación.
- Abordar hábitos de vida saludables, como forma de autocuidado.

Área Social: Tiempo: (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso).

- Desarrollo de sus habilidades sociales-comunicativas por medio de una comunicación asertiva que le permitan expresar sus pensamientos y emociones.
- Integración a actividades recreativas y de habilidades para la vida.
- Asistir a un grupo psicoterapéutico que le permita recibir aceptación, apoyo y contención emocional de los demás miembros del grupo.
- Técnica de resolución de problemas.

IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA VÍCTIMA Y DEL AGRESOR

Características psicológicas de la víctima:

- Miedo al abandono.
- Sumisión.
- Ingenuidad.
- Resignación.
- Introversión.
- Sobrevigilancia.
- Represión de emociones.
- Inseguridad en sí misma.
- Sentimientos de tristeza y soledad.
- Miedo al abandono.
- Miedo al rechazo.
- Aislamiento social.
- Dificultades de concentración.
- Ideas suicidas.

- Paranoia (pensamientos de persecución).
- Vergüenza.
- baja autoestima (pobre auto concepto).
- Ansiedad.
- dificultades para relacionarse con el sexo opuesto.
- Culpabilidad.
- Temor a la figura masculina.
- Duelo.
- Pesadillas recurrentes.
- Inquietud.
- Llanto recurrente.
- Cambios de humor repentinos.

Características psicológicas del agresor:

- Agresividad verbal, física y psicológica.
- Falta de control de impulsos.
- Pensamiento concreto.
- Falta de empatía.
- Intelectualización (Mentiras “justificables”).
- Lenguaje soez.
- Inestabilidad emocional.
- Hostilidad hacia las mujeres.
- Inestabilidad general en las relaciones Interpersonales.
- Nulo nivel de arrepentimiento ante la violencia ejercida (Falta de empatía).
- Conductas intimidantes.
- Manipulación.
- Agresor sexual histórico prolongado.
- Celotipia.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Violencia económica (negligencia).
- Arrogancia y superioridad.

- Homicida.
- Indiferencia a la seguridad y responsabilidad de los demás.
- Sadismo (disfrute del daño ejercido).
- Despectivo en su lenguaje.
- Infidelidad.
- Narcisista.

2. Caracterización de aspectos psicológicos del capítulo: “los primeros pasos “

Carlos, (padre): falta de adaptación social, control rígido sobre sus conflictos, sobrevigilancia, intelectualización (justificación de sus actos), humillación/narciso, compensa y sobrecompensación.

Tania (madre): dependencia emocional, disociación, represión, ideas segmentadas (“no puedo quedarme sin un hombre”).

Tirsa (víctima): disociación, aislamiento social, indefensión aprendida.

Durante este capítulo se reflejan algunas características donde se logra evidenciar el abrumador y silencioso estilo de vida al cual se encuentra sometida Tirsa; en donde busca refugio y consuelo en vista de los diversos conflictos a los que se ve sometida por su padre, igualmente presentaba la necesidad de sentir protección y cuidados por parte de su madre, desarrollando un mecanismo de disociación que le permitía crear un equilibrio para diluir el sufrimiento, desahogándose y repitiendo constantemente pensamientos que en el día todo es mejor, auto-instruyéndose que todo lo malo desaparecerá, es decir que, tiene pensamientos de esperanza e ilusión por un futuro más próspero sin conductas de violencia y abuso continuado de parte de su padre hacia ella y hacia su madre.

Asimismo, Tirsa comparte sus sentimientos de tristeza y cuestionamientos reflexivos con su amiga imaginaria “Flor” la cual se vuelve un mecanismo de disociación, quien la escucha; por lo cual, logra sentirse reconfortada; expresando sus sentimientos de frustración e impotencia, al verse incapaz de interrumpir las agresiones físicas hacia su madre, y la violencia psicológica, que consistía en reclamos constantes por parte de su padre, por ser una niña, lo que generaba que, se cuestionara a sí misma, sobre su valor personal, conllevando a problemas de autoestima (bajo auto concepto), desde la etapa de su infancia, acentuado por la ausencia emocional de sus progenitores.

Cabe mencionar que, a través de las reflexiones de su amiga “Flor”, se reflejan los patrones culturales, el cual es un factor que conlleva a que la violencia intrafamiliar se manifieste, permitiendo justificar este tipo de conductas abusivas y violentas, promoviendo el machismo, en donde la mujer es vista como objeto sexual y de propiedad, que debe ser sumisa y sometida al servicio del hombre, esto se evidencia en los patrones a los cuales ha estado expuesta la familia. Es aquí donde Tirsa comienza a percibirlo como un problema que es común y que no debe soportarlo; sin embargo, se logra identificar hasta cierto grado la normalización de la violencia intrafamiliar tanto en su hogar como dentro de la comunidad donde residen.

Por tanto, se concluye que, en este apartado se refleja los mecanismos de defensa que utiliza Tirsa para sobrellevar la situación de violencia que vivencia por medio de la resignación y la justificación hacia la madre por aceptar dicho contexto, expresando sus sentimientos de tristeza, impotencia y soledad, así como generar un mecanismo de disociación que le proporcione equilibrio ante el sufrimiento constante. En cuanto a Carlos se evidencia el sentimiento de superioridad y poder sobre su esposa e hija sin sufrir consecuencias o acusaciones de terceros. Por su parte Tania manifiesta la dependencia emocional hacia Carlos racionalizando sus motivos para permanecer en ese contexto de violencia.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.

Paciente: Carlos

- a) Motivo de consulta:** *“Abusador sexual y agresividad”.*
- b) Antecedentes somáticos:** Dependencia al alcohol y sustancias psicoactivas lo que desencadena síntomas como cambios repentinos en el estado de ánimo, irritabilidad, impulsividad e ira originada por problemas emocionales.
- c) Psicobiografía:** Hombre sin estudios académicos, proviene de una familia conformada por tres hermanos varones, Milton, Antonio y él, con la ausencia del padre, y la madre con características de manipulación, control, e inexpresividad emocional, junto a la interiorización de ideas machistas.

Respecto a su estado laboral es desempleado, a causa de problemas de consumo y adicción a sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cigarrillos, crack y cocaína). En su familia actual, es padre de cuatro hijos: Tirsa, Carolina, Cecilia y Mauricio (los últimos dos fallecieron a temprana edad por problemas de salud y malformación en el periodo de gestación). Asesino de su vecino

por celos irracionales, abusador físico y psicológico hacia su esposa, además de ejercer violencia física, psicológica y sexual hacia su hija.

d) Antecedentes psiquiátricos familiares: Madre con características de personalidad psicópata (manipuladora, mentirosa, parca emocionalmente, sádica) y antecedente de suicidio de parte de su hermano.

e) Historia toxicológica: Consumo y adicción de sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana, crack, cigarrillos y cocaína con alta frecuencia.

f) Enfermedad actual: No aplica.

g) Exploración psicopatológica: Presenta características de un Trastorno antisocial con psicopatía, en donde, carece de culpabilidad ante sus actos violentos y delictivos, generando una satisfacción personal. Igualmente, presenta hostilidad hacia las mujeres, celotipia, agresividad, actitud defensiva ante los demás, manipulación constante, en donde utiliza un juego de humillación y descalificación hacia su esposa e hija. Además, presenta consumo recurrente de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, crack y cocaína); también posee antecedentes penales, ya que se encuentra involucrado en grupos delictivos, y fue arrestado por privación a la propiedad privada.

Para una mayor exploración sobre la sintomatología del paciente se recomienda usar:

- Escala de Calificación de Psicopatía (PCL- R) Robert D. Hare.
- STAXI-2 Inventario de expresión de ira Estado-rasgo.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso:

Carlos desarrolló relaciones disfuncionales con su familia de origen especialmente con su madre quien constantemente lo manipulaba, controlaba, sometía y traicionaba, así como también patrones de conducta machistas ya que ella le incitaba el maltrato, desprecio, la infidelidad y odio hacia las mujeres; se identifica una posible ausencia del padre al no ser mencionado.

A inicios de la relación sostenida con Tania (su pareja) se mostraba de una forma dulce y cuidadosa, mientras que la relación se formalizó y concibieron a Tirsa, comenzó a mostrar conductas agresivas y de desvalorización hacia Tania, ejerciendo violencia física y psicológica hacia ella, además de conductas de manipulación y violencia hacia su hija Tirsa con castigos violentos, golpes, gritos y devaluaciones, siempre se mostraba molesto e irritado ante cualquier

acto de parte de ellas y todo conllevaba a golpearlas y humillarlas en privado o público sin remordimiento alguno.

Presenta celos patológicos hacia su esposa lo que lo llevan a asesinar a su vecino con arma blanca por asegurar una traición e infidelidad entre ambos. También presenta historial de detención ante la justicia por actos inmorales, sin embargo, escapó al corto tiempo de encontrarse detenido.

A medida que su hija Tirsa inició su etapa de adolescencia, el inició con acoso y arranques de celos por ella, en donde no la dejaba salir y la percibía como de su propiedad, de tal manera que llegó al abuso sexual (desde los 11 a 16 años), y la obligaba a mantener relaciones sexo-coitales bajo amenazas de muerte hacia su madre y hermana si contaba lo sucedido entre ambos.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica:

Con perspectiva del área clínica: Trastorno Antisocial de la personalidad.

Con perspectiva del área forense: Psicopatía.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

j) Evolución clínica y tratamiento: De acuerdo a las características de personalidad psicópata identificadas en Carlos se evidencia la manipulación, narcisismo, es decir, la búsqueda de su propio beneficio a base del engaño; la carencia de empatía, y la violación de derechos humanos, se infiere una posible resistencia a integrarse al proceso psicoterapéutico y a modificar los síntomas relacionados con su diagnóstico, optando por desistir del proceso posiblemente en las primeras sesiones.

Resumen clínico del paciente.

Carlos Dinarte Echeverría, llevado a juicio por agresión sexual hacia su hija Tirsa Dinarte desde la edad de los 11 a 16 años de edad, además investigado por cometer actividades delictivas. Igualmente, en sus antecedentes familiares se identifica una relación disfuncional con su madre.

Carlos es una persona agresiva, carente de empatía y falta de control de impulsos, manifestado en el ejercicio de violencia física y psicológica, caracterizado por una hostilidad hacia las mujeres, rasgos de manipulación, sadismo, narcisismo, mentira patológica y adicción al consumo de sustancias psicoactivas. Presentando, además, conductas celotípicas, acompañado de arrogancia y

un complejo de superioridad al cometer actos de vandalismo, conductas intimidantes y sostener relaciones extramatrimoniales.

Con base en la sintomatología, se determina el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la personalidad, por lo que se sugiere corroborar con la aplicación de la Escala de Calificación de Psicopatía (PCL- R) Robert D. Hare y el Inventario de expresión de ira Estado-rasgo STAXI-2. En cuanto al tratamiento, se propone trabajar a través del modelo cognitivo conductual para el manejo de la ira y la violencia, además de la gestión adecuada de las emociones y habilidades sociales. Pese a ello se infiere un resultado desfavorable al tratamiento de Carlos Dinarte Echeverría debido a las características de personalidad del mismo.

b) Defina el plan de intervención a ejecutar con el paciente, señale los tiempos y patologías a tratar

Áreas sugeridas para trabajar bajo el modelo cognitivo conductual.

Diagnostico.

Con perspectiva del área clínica: Trastorno Antisocial de la personalidad.

Con perspectiva del área forense: Psicopatía.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Área cognitiva:

- Lograr en primera instancia la aceptación en cuanto a la existencia de un problema en el paciente.
- Reestructuración cognitiva identificando en primera instancia los esquemas mentales erróneos con base en sí mismo y los demás.
- La puesta en práctica de un plan de prevención de recaída, enseñándole a reconocer los detonadores y precursores de su conducta psicopática

Área conductual:

- Promover un control de la impulsividad y desarrollo de autocontrol emocional mediante técnicas como manejo de emociones y respiración diafragmática con imaginación guiada.
- Modificación de las estructuras y condicionamientos que promueven las conductas antisociales.

- Desaprender conductas psicopáticas, la puesta en práctica de la negociación de alternativas a conductas delictivas cambiando el pensamiento criminal antisocial por un pensamiento pro social.

Área afectiva:

- Mejorar la autoestima y desarrollar habilidades de relación interpersonales para disminuir la necesidad de exhibir superficialidad y grandiosidad.

Área social:

- Desarrollo de la empatía.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en resolución de problemas.

Recomendaciones: Con base a las características del caso se sugiere integrar al paciente en diferentes áreas, entre las cuales se encuentran:

- Iniciar un proceso de psicoterapia grupal como: talleres grupales de adquisición de habilidades sociales, sensibilización, habilidades laborales y resolución de conflictos.
 - Integración a grupos de abstinencia (AA) con el objetivo de regular el consumo de alcohol.
- Puesta en práctica de actividades extracurriculares o de carácter recreativo como sustitutivas al deseo de consumo de sustancias psicoactivas, favoreciendo la abstinencia de drogas y alcohol.

CASO 2. Expediente Clínico I.R.H

Datos generales.

Nombre completo: I.R.H

Sexo: Masculino.

Edad: 28.

Escolaridad: Séptimo grado

Lugar de nacimiento: San Salvador.

Fecha de Nacimiento: 15/03/1994.

Dirección: xx

Teléfono: xx

Ocupación: Vendedor.

Religión: cristiano.

Estado civil: Soltero.

Mecanismo de defensa:

- Afeminamiento.
- Precavido/ compulsivo.
- Inseguridad.
- Evasión.

- Socialmente dominante.
- Dificultades sexuales.
- Conflicto de virilidad de alguna conducta sexualmente desviada.
- Intento de compensación a causa de una sexualidad inadecuada.
- Culpabilidad con relación a impulsos agresivos.
- Dependencia maternal.
- Complejo de sumisión a la autoridad.
- Impotencia.

Conflictos

- Evasivo en cuanto al carácter de sus relaciones interpersonales.
- Erotismo oral en sus relaciones sexuales.
- Débil contacto con el exterior.
- Falta de contacto social.
- Narcisista por la ropa y deseo de aprobación y dominio.

Personalidad.

Ambientales:

- Tímido.
- Agresivo.

- Alcoholismo.
- Infantilismo dependiente.
- Agresión.
- Paranoide.
- Expresión de poder y perfección física.
- Optimismo.
- Narcisismo.
- Esquizoide.
- Ansiedad.

Interpretación global.

- El sujeto se encuentra dentro de un GSI alto por lo tanto se puede decir que llega a presentar una intensidad de un sufrimiento psíquico y psicopático global.
- Dentro del PSDI se interpreta como un porcentaje medio indicando así que el sufrimiento del número de síntomas que presenta es moderado y la identificación somática que posiblemente presenta se manifiesta de manera regular.
- La puntuación para el PST se encuentra dentro de un término medio por lo que se refiere a que la persona presenta moderadamente síntomas y amplitud en cuanto a una posible patología.

Interpretación dimensional.

Somatización.

Considerado muy bajo los síntomas que puede llegar a presentar en cuanto a disfunciones corporales, posiblemente estas no son frecuentes o no se presentan en la persona.

Obsesión- Compulsión.

Un puntaje elevado indica la presencia de conductas y pensamientos enfocados en preocupación con el aseo, orden y apariencia de sí mismo, teniendo pensamientos ideas o palabras que no salen de su mente, llevándolo a sentir incapaz de hacer nuevas actividades o concluir situaciones que le generen una cierta responsabilidad ya que las dificultades para la concentración son recurrentes y no es capaz de tomar decisiones como algo simple.

Sensibilidad Interpersonal.

Un porcentaje alto en este grupo de ítems, denota que la persona tiende a ver a su entorno de forma negativa añadiendo faltas, llegando a expresar timidez al sexo opuesto y ser sensible o sentirse herido con facilidad , su interés decae por el hecho de sentirse incomprendido y de verse como poco agradable antes los demás y el compartir con otros ya sea amigos u otros contextos le genera vergüenza y sentimientos de inferioridad ante los demás y el verse en público no es sinónimo de atracción para él.

Depresión.

El paciente presenta signos y síntomas de una posible depresión en donde pudiese culparse a sí mismo de todo lo que pasa, sentirse solo y llorare fácilmente, llevándolo a no sentir interés por nada ni nadie y tiene la idea que todo requiere un gran esfuerzo, llegando a presentar sensación es de estar atrapado o encerrado.

Ansiedad.

Un puntaje alto en este grupo de ítems denota que el sujeto frecuentemente experimenta signos generales de ansiedad en donde el nerviosismo, miedos temblores y o ataques de terror o pánico pueden; llegar interrumpir sus actividades y no dar paso a la concentración de sus actividades, teniendo presentimientos de que algo malo va pasar o pensamientos o imágenes estremecedoras.

Hostilidad.

Las puntuaciones altas a este conjunto de ítems manifiestan conductas, pensamientos y sentimientos de agresividad en donde el sentirse molesto irritado o enfadado presentando ataques de cólera o furia puede ser común para el sujeto mostrando impulsos por negar o romper algo que lo descontrola.

Ansiedad fóbica.

Sujeto con posible tendencia a presentar manifestaciones o conductas evitadas o de huidas hacia algunas situaciones de su vida, posiblemente el sujeto opte por abandonar situaciones de sus vidas únicamente porque le generan miedo.

Ideación paranoide.

Un puntaje muy bajo denota la usencia de o pensamientos paranoides, relacionados a que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás o mantener ideas o creencias que los demás no comparten, por lo tanto, no busca ser re conocido por lo demás.

Psicotisismo.

Puntuación baja la cual denota que no existen conductas o pensamientos que vayan orientados a este tipo de concepto.

Interpretación de síntomas discretos.

Dificultad para conciliar el sueño.

Característica que presenta de manera frecuente que está relacionada con el sujeto al momento de presentar síntomas de ansiedad o depresión.

Despertar de madrugada/ sueño inquieto o perturbado.

Probablemente sin síntomas recurrentes en su vida cotidiana por aquellos síntomas de obsesión y compulsión de las actividades que realiza.

Interpretación sintética.

Integrando de manera general los síntomas que presenta el paciente , se considera que esta persona muy habitualmente su estilo de vida se ve encaminado a la rutina y escasa vida social tanto en el tema de pareja, amigos y familia , ya que resulta ser un a persona la cual opta estar solo por el miedo al rechazo y la falta de confianza hacia los demás, es muy poco tolerante ya qué muestra muchas tendencias hacer un a persona agresiva y poco tolerante, la falta de comunicación con otros le genera sentimientos de minusvalía y preocupación excesiva por su aspecto físico y preocupaciones obsesivas por el orden y la limpieza.

Las conductas depresivas y ansiosas son recurrentes en su vida generando malestares en sus habilidades sociales por lo que opta por ser su único interés el sentirse bien consigo mismo encerrándose y asilándose, pero al mismo tiempo mostrar tristeza y culpa por lo que pasa a su alrededor.

Informe general

A. Datos generales del evaluado

Nombre: I.R.H. Edad: 28.

Fecha de nacimiento: 15 de marzo de 1994.

Fecha de evaluación: 20/03/2022.

Fecha de informe: 14/05/2022.

B. Motivo de consulta

“Me siento solo y quiero estar solo, pero a veces quisiera que alguien me entendiera y estuviera a mi lado sin importa lo que soy”

C. Prueba aplicada

- ✓ Test de la figura humana de Karen Machover mide la relación del sujeto con su medio.
- ✓ SCL-90 síntomas, cuestionario de 90 síntomas Leonard R. Derogatis ph. D

D. Interpretación de resultados

Basado en los resultados se integra la información en donde se infiere que el paciente ha desarrollado una fuerte dependencia hacia la madre la cual le genera estabilidad y ayuda para la toma de decisiones, ya que apunta ser una persona muy insegura la cual no puede tomar decisiones en su vida si no recibe antes la aprobación, además puede sentirse aceptado y expresarse libremente en sus conductas narcisistas enfocadas en la aprobación de su aspecto físico en general.

En la vida cotidiana el sujeto presenta ansiedad y estados depresivos como llorar, verse encerrado en sí mismo, nerviosismo y sudoraciones, experimentando sentimientos de minusvalía, falta de concentración, baja autoestima, culpase en muchas ocasiones por problemas que suceden a su alrededor, insomnio recurrente, utilizando mecanismo de defensa como la evitación por nuevas

actividades y personas, precavido en todo en todo lo que realiza y ser muy desconfiado en todo momento , sintiéndose incomprendido y optando por el aislamiento social en donde no comparte su tiempo libre con amigos mucho menos con hijos justificando el hecho que dos están fuera del país y sus gemelas no es buena la relación con la madre.

En relación al sexo opuesto se muestra desinteresado por conocer nuevas experiencias justificándose por las infidelidades que le ocurrieron con las dos parejas pasadas , tímido , miedo a retomar algo nuevo por miedo a equivocarse y no saber decidir , además refleja conflicto en la virilidad de conductas en las relaciones sexuales, mostrándose como una persona con mecanismo de afeminamiento y ocultando posiblemente una orientación sexual diferente la cual no acepta o entiende en su totalidad, generando así de nuevo sus estados de depresión recurrente y descargando sus miedos e inseguridades a través del consumo de alcohol el cual puede llegar a convertirse en una patología ya que el test refleja una posible tendencia a signos patológicos y existen tendencias este por medio del padre quien falleció por cirrosis debido al consumo elevado de alcohol, según comenta, refleja además ser una persona agresiva y hostil en ambas pruebas añadiendo la información brindada en la entrevista se refleja ser una persona con culpabilidad de impulsos agresivos presentándose ante los demás con mecanismos de defensa de infantilismo. Una intervención terapéutica promovería un panorama favorable a futuro para el paciente ya que al erradicar las ideas irracionales que presenta y la imagen de sí mismo favorecería a ver más allá de lo que el busca en todos esos mecanismos desarrollados, orientándolo a descubrirse a sí mismo y tener una percepción diferente de sí, con menos reproches y permitir que desarrolle habilidades sociales para una mejor manera de desarrollarse cotidianamente.

F. 

Terapeuta practicante.

Hoja resumen de tratamiento psicológico**Nombre:** I.R.H.**Fecha de nacimiento:** 15/03/1994. **Edad :**28.**Psicoterapeuta:** Jackelline Lisseth Ávila Antonio. **Fecha:** 20/03/2022**Objetivo de la sesión:**

Informar al paciente acerca del proceso de evaluación, estableciendo rapport anamnesis y firma de contrato psicológico.

Observaciones:

Paciente interesado en participar en el proceso de valuación a su vez muy tímido, callado por minutos brindado en su mayoría información únicamente acerca de aspectos generales del ambiente en ese momento por ejemplo “hace mucho calor, aquí es más caliente etc.”, constantemente mordía sus uñas, pero mostraba vergüenza al verse observado, constantemente se ajustaba una gorra sobre su cabeza y se levantó en dos ocasiones al baño de su casa.

Conclusiones:

El objetivo establecido para esta primera sesión fue concretado ya que se explicó al paciente lo que se pretende con dicha evaluación y se dio lectura a lo que se espera con cada una de las sesiones que sea convenientes , el paciente se notó motivado y con buena actitud para colaborar, al momento de preguntar en que consideraba que se podía ayudar con este proceso de evaluación psicológica, el motivo de consulta fue claro y muy evidente que es lo que aqueja al paciente, menciono que la abuela había pedido que colaborara en dicho proceso y el trataría de complacerla pero considera que ella exagera en lo que piensa del ya que él se ve a sí mismo como una persona tranquila la cual no se mete con nadie y sus días solamente se desenvuelven de su casa al trabajo

esto forma parte de sus rutinas de lunes a viernes ya que sábado y domingo pasa en su hogar en compañía de su madre según comenta, luego de tener la firma del contrato y una conversación con información relevante para el caso se dio por finalizada la sesión agendada día y hora para la siguiente sesión.

Nombre: I.R.H.

Fecha de nacimiento: 15/03/1994. **Edad :**28

Psicoterapeuta: Jackelline Lisseth Ávila Antonio **Fecha:** 27/03/2022

Objetivo de la sesión: Obtener mayor información del paciente acerca de su historia de vida a través de una entrevista psicológica.

Observaciones: Su vestimenta siempre fue aseada, cabello peinado pero oculto por una gorra, muy perfumada y con disposición para la sesión, durante toda la sesión se mostró tenso, evasivo en sus respuestas brindando poca información, pero relevante ya que respondía en ocasiones sin pensar tanto, se mostró quiebre cuando hablo de la traición de sus dos ex parejas, quiebre en la relación del padre y hablar del alcoholismo de este, sus ojos mostraban lágrimas, vos cortada, y unía sus manos haciendo fuerza.

Conclusiones: Paciente el cual brindo parte relevantes a partir de una entrevista de su entorno familiar, explicando ser el primero de 4 hijos el más amado por la madre y abuela, asegura ser el favorito, pero a la vez según sus palabras la oveja negra ya que es el único que ingiere bebidas alcohólicas, al único que le ha ido mal en sus relaciones afectivas mientras su dos hermanos que están ya casados están con sus parejas, expresa sentirse solo y con un temor grande de perder a su madre ya que según expresa es la única que le importa pues sus dos primeros hijos emigraron del país junto con su ex pareja, mientras con su segunda pareja le dio un par de gemelas con la cual expresa nunca vivieron juntos, manifiesta en ambas relaciones terminaron a causa de infidelidades por parte de sus parejas, actualmente está soltero y no desea a nadie de su vida por el hecho de que nadie acepta personas alcohólicas y el expresa sentirse bien hacerlo y considera que no hace mal a nadie aunque se siente mal por su madre y abuela que son las que desean el deje de beber ya que lo hace desde hace 2 años.

Tarea asignada al paciente: Se le pidió que el día martes (ya que según comentarios se observa que ese día en específico se siente desanimado) por la noche al acostarse se visualice el cómo

estará en 3 años, que metas quiere lograr y con quien se ve, para poder comentarlo en la próxima sesión.

Hoja resumen de tratamiento psicológico.

Nombre: I.R.H.

Fecha de nacimiento: 15/03/1994. **Edad :**28.

Psicoterapeuta: Jackelline Lisseth Ávila Antonio Fecha: 23/04/2022

Objetivo de la sesión:

Trabajar en la prueba proyectiva del Test de la figura humana, para poder obtener más información sobre aquellas problemáticas que no brinda mayor información el sujeto.

Observaciones: El paciente estaba muy atento a la hora establecida en su hogar se mostraba como en la primera sesión aseado , con su vestimenta limpia y combinado, con su gorra y muy perfumado, se mostró un poco renuente en cuanto a la prueba explico que no podía dibujar y que eso si no le gustaba porque no le encontraba ningún sentido, se solito colaborara con el dibujo como el pudiera ya que no se pedían dibujos perfectos si no únicamente continuar con el proceso, realizo el dibujo con un tiempo aproximado de media hora borraba se reía y se notaba inseguro de continuar, al finalizar se pido un segundo dibujo pero respondió a que solamente uno podía realizar y que con eso bastaba, por lo que se respetó la decisión y se solicitó una historia para ese dibujo.

Conclusiones: Paciente con interés de apoyar a la evaluación más irritabilidad en algo que le genera dificultad tal y como le expresó que era crear un dibujo, cuando narro la historia se lograron tener aspectos relevantes que concuerdan con los indicadores que señalan en su dibujo, para el sujeto el dibujo representa un hombre de 30 años el cual visito un parque y solamente quería estar sentado frente a las personas pero nadie lo veía pero el si se daba cuenta de los niños que jugaban y las personas conversando a su alrededor , asegura que al sujeto del dibujo no le incomoda estar solo porque así decidió llegar hacia ese parque, se logró finalizar la historia los datos relevantes, posterior a casi un mes de vernos se habló de la tarea en donde afirma que se

tomó el tiempo, no fue el momento adecuado según expresa, pero manifiesta no sentir interés de conocer a alguien, y se ve siempre en su mismo empleo pero en otra cosa siempre con su madre y comparándose una moto, observando que sus pensamientos siempre van hacia lo material y evitando las relaciones sociales sin incluir a sus hijos.

Tarea asignada al paciente: Conociéndose a sí mismo, el paciente deberá visualizarse y poder expresar aspectos positivos y negativos que considere de sí mismo para discutirlos en la sesión.

Hoja resumen de tratamiento psicológico.

Nombre: I.R.H.

Fecha de nacimiento: 15/03/1994. **Edad :**28

Psicoterapeuta: Jackelline Lisseth Ávila Antonio **Fecha:** 30/04/2022

Objetivo de la sesión: Evaluar síntomas que se presenten en la vida del paciente y han sido omitidos en las evaluaciones pasadas, para confirmar o descartar.

Observaciones: Paciente dispuesto a participar, al ingresar al hogar se pudo observar una caja de bebidas alcohólicas la cual en forma de broma expreso que sería un día de fiesta solo para él ya que estaría solo en casa, al momento de realizar la prueba se mostró un poco apático por la cantidad de ítems pero seguidamente continuo hasta concluir de manera exitosa, sus movimientos de piernas fueron constante durante el trabajo, en la mayoría de ítems no dudo en sus respuestas y en algunos preguntaba a que se hacía referencia la pregunta, su impulso por morder uñas continua en la sesión de forma pausada.

Conclusiones: Se lograron evidenciar síntomas que se presentaron en las evaluaciones pasada en donde el paciente reafirma los problemas de aislamiento social y malos hábitos relacionados a sus impulsos obsesivos y conductas depresivas, el paciente respondió de manera formal la prueba no existió obstáculo para culminarla y los datos obtenidos fueron relevantes y de mucho beneficio para el aporte de sintomatología y posterior llegar a un diagnóstico del mismo, al comentar la tarea hace referencia aspectos positivos en su aspecto físico además de su personalidad ya que es tranquilo, recalcando un aspecto importante en donde afirma arrepentirse de haber sido padre cuando aún era adolescente y haber vivido tantos años con su ex pareja , en lo negativo que el sujeto expreso únicamente se basó en las experiencias negativas que ha vivido con sus parejas, en donde expresa que por esa razón ya no confía en nadie.

INFORME TERAPEUTICO DEL PACIENTE

1. DATOS PERSONALES DEL CLIENTE

Apellidos y nombre: I.R.H

Dirección: xx

Teléfonos: xx

Género: Masculino

Edad: 28

Fecha de nacimiento: 15 /03/1994

Estado civil: Soltero

Situación laboral: Vendedor

1. DIAGNOSTICO

Crisis debida a una posible orientación homosexual

2. AREAS DE TRATAMIENTO DESARROLLADAS

Ninguna hasta la fecha

3. AREAS SUGERIDAD PARA TRABAJAR COMO PROXIMO TERAPEUTA

Autocontrol emocional:

- ❖ Promover la identificación de emociones de miedo que experimenta el paciente que le generen malestar en las diversas situaciones de su vida.
- ❖ Lograr que el consultante comprenda el vínculo entre pensamientos y emoción de miedo que experimenta para poder regular estos obtener la reestructuración cognitiva
- ❖ Lograr la identificación de ideas irracionales y tomar conciencia del malestar que estos le generan.
- ❖ Lograr la clasificación de ideas irracionales en las distorsiones cognitivas con el fin de percibir su procesamiento erróneo de información.
- ❖ Promover la generación de alternativas con el fin de dar explicaciones o soluciones a los

problemas que se presentan en la vida cotidiana.

- ❖ Fomentar el control de pensamientos recurrentes y automáticos con el fin de que estos no interfieran en sus actividades.
- ❖ Parada de pensamiento o detección de pensamiento, promover la construcción y repetición de frases con las que sea capaz de afrontar aquello que le genere malestar.
Activación fisiológica
- ❖ Respiración Diafragmática, reducir niveles de activación mediante disminución progresiva de la tensión muscular con el fin que pueda establecer un estado de relajación muscular y mental
- ❖ Entrenamiento de relajación muscular progresiva.
Habilidades sociales
- ❖ Entrenamiento asertivo en su forma de expresarse en sus decisiones, sentimientos y deseo personales.
- ❖ Entrenamiento en solución de problemas y poder afrontar situaciones de su vida cotidiana.
- ❖ Toma de decisiones.
- ❖ Orientar al sujeto a buscar grupos sociales en los cuales pueda involucrarse ejemplo. Clases de natación, gimnasio entre otros, como sustituto en las horas disponibles para pensar en el alcohol
Habilidades personales
- ❖ Técnicas de modelado, incitando al sujeto a crear nuevas conductas.
- ❖ Identificar las posibles situaciones o ideas que le generan el interés por ingerir bebidas alcohólicas.
- ❖ Programación de actividades promoviendo la capacidad de ejecución de nuevas actividades con el fin de crear autosuficiencia.
Prevención de recaídas
- ❖ Brindar elementos necesarios para la detección de síntomas que puedan desencadenarse y pueda buscar apoyo.

4. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION Y RESULTADOS

- ✓ Entrevista psicológica
- ✓ Test de la figura humana de Karen Machover mide la relación del sujeto con su medio.
- ✓ SCL-90 síntomas, cuestionario de 90 síntomas Leonard R. Derogatis ph. D

Obteniendo la misma información en las tres evaluaciones en donde el sujeto presenta síntomas de ansiedad, depresión, problemas para las relaciones interpersonales, con evasión al medio y carencia de relaciones afectivas con el sexo opuesto, reflejando problemas relacionados con dificultades sexuales y problemas recurrentes con el alcoholismo.

5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el paciente iniciar un proceso terapéutico lo antes posible, para poder modificar los pensamientos irracionales e indagar de manera específica en su preferencia sexual.
- Proponer el iniciar una terapia de intervención en donde el paciente se involucre en alguna actividad o practica de ejercicios que vayan encaminados a su tratamiento.
- Proponer a la madre que es la persona más cercana al paciente que lo motive e invite a formar parte de este tratamiento ya que el sujeto se rehúsa a aceptar un tipo de intervención justificando que sus fines de semana son para él y en la semana se le dificulta por sus horarios de trabajo.

CASO 3. Expediente Clínico R.W.H

Informe psicológico de Px: R.W.H

Pruebas aplicadas: Test de la figura humana de Karen Machover, Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Leonard R. Derogatis Ph. D.

Diagnóstico: Disforia de género.

A. Datos generales del evaluado.

Nombre: R.W.H.

Sexo: M

Fecha de nacimiento: 02/02/1981.

Estado civil: Soltero.

Edad: 41 años.

Nivel académico: Universitario completo.

Lugar de nacimiento: San Salvador, Ilopango.

Ocupación: Trabajador social.

Fecha de informe: 30-04-2022

B. Motivo de consulta: Paciente con dificultad para establecer vínculos afectivos duraderos, en palabras del paciente, "me siento dispersó, siento que he perdido mi camino".

C. Pruebas aplicadas.

1. Test de la figura humana de Karen Machover.

Objetivo: Evaluar desde la proyección del paciente, diferentes aspectos de su personalidad que ayuden a determinar un diagnóstico a su motivo de consulta, evitando sesgos propios del paciente desde su perspectiva consciente.

2. Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Leonard R. Derogatis Ph. D.

Objetivo: Apremiar dimensiones sintomáticas de patologías y de malestar que pudieran estar afectando al paciente en su adecuado desarrollo psicoemocional.

D. Interpretación e integración de resultados.

En base a las pruebas psicológicas aplicadas al paciente y a las entrevistas realizadas, se determina lo siguiente:

En relación a los resultados obtenidos en la prueba proyectiva de la figura humana, el paciente muestra un marcado conflicto en relación a la vivencia de su sexualidad, con la cual no se siente completamente identificado. Tal conflicto, lo lleva a experimentar un alto grado de frustración e inestabilidad en relación a sus emociones.

Cabe destacar que, aunque el sujeto actualmente se identifica como un hombre homosexual, su identidad, expresión de género y orientación sexual es la de una mujer trans heterosexual, lo cual le ha generado conflictos intrapersonales al

intentar suprimir tanto su identidad como expresión de género y adoptar una orientación sexual no acorde a su vivencia personal.

De igual manera como se puede evidenciar en el cuestionario de 90 síntomas aplicado al paciente, que el conflicto relacionado a su sexualidad, lo ha llevado a desarrollar un cuadro de ansiedad y estrés crónico, inseguridad en sí mismo y dificultades para establecer relaciones interpersonales; tanto en el ámbito de pareja y de amistades, sanas y duraderas.

Se evidencia además un alto grado de somatización e ideas poco saludables, como lo son: sentimientos de culpa e inferioridad, actitud defensiva y de huida ante críticas o intimidad, paranoia y alteraciones relacionadas a su satisfacción personal y profesional.

E. Diagnóstico.

Disforia de género.

F. Plan de intervención.

En base a los resultados obtenidos por el paciente, se sugiere brindar acompañamiento psicoterapéutico, brindando principal interés en las siguientes áreas, durante su primer mes de tratamiento:

1. Esclarecimiento y aceptación de su identidad, expresión y orientación sexual.

2. Gestión de pensamientos intrusivos y emociones displacenteras, tales como la culpa, el miedo y el enojo.

3. Brindar técnicas y estrategias psicoterapéuticas que posibiliten al paciente el desarrollo de habilidades sociales tanto a nivel intrapersonal como interpersonal, con el fin de que pueda hacer frente ante el estigma y discriminación que posiblemente experimente ante su identidad y expresión de género.

G. Recomendaciones.

Al terapeuta: Dar seguimiento constante a la evolución del paciente en el tránsito de su aceptación personal, evaluando periódicamente los resultados obtenidos y a su vez hacer consciente al paciente del progreso obtenido.

Al paciente: Seguir con el proceso psicoterapéutico a fin de desarrollar herramientas psicoemocionales que le permitan, esclarecer y aceptar su sexualidad, mejorando de esta manera sus niveles de satisfacción personal y profesional, teniendo como consecuencia una mejora significativa en el establecimiento de relaciones interpersonales y afectiva



Carlos Wilfredo Salas Zamora Psicólogo evaluador

CASO 4. Expediente Clínico D.G

I. HOJA DE REGISTRO

A. DATOS PERSONALES

Nombre completo: D.G

Sexo: Femenina

Edad: 29 años

Lugar y fecha de nacimiento: Hospital Primero de Mayo, San Salvador, 24-04-1992

Estado Civil: Acompañada

Escolaridad: Egresada universitaria

Ocupación: Empleada

Lugar de trabajo: Televisora

Teléfono: 7239-8597

Enfermedad: Síndrome Vertiginoso de Cefalea Vascular. Diagnosticada por neurólogo en 2013 (Adjudicada por su carga de estrés, produciéndole fallas en su sistema nervioso lo cual dio inicios a ataques epilépticos. Se le recetó medicarse permanentemente con 3 dosis de Valpakine 500mg, sin embargo, la consultante se dio de alta de los controles neurológicos en el 2015).

B. DATOS PARENTALES

Nombre completo de la madre biológica: J.J

Edad: 45 años

Ocupación: Desempleada

Psicopatía: Trastorno de Esquizofrenia.

Nombre completo de abuela materna (figura materna): A.G.

Edad: 65 años

Ocupación: Ama de Casa

Enfermedad y psicopatía: Hipertensión, artritis y posible enfermedad psiquiátrica (control con psiquiatría en el Hospital Nacional Psiquiátrico, pero la consultante desconoce diagnóstico).

Nombre completo de la figura paterna: M.F

Edad: 81 años

Ocupación: Desempleado

Enfermedad: Hipertensión, artritis, baja audición-audición y problemas de colón.

Nombre completo de la tía (relación fraternal): A.J

Edad: 41 años

Ocupación: Cajera de despensa

Enfermedad o psicopatía: Discapacidad intelectual leve.

Nombre completo de la prima (relación filial): T.H

Edad: 6 años

Ocupación: estudiante

Enfermedad o psicopatía: Ninguna.

Nombre completo de la prima (relación filial): M.A

Edad: 29 años

Ocupación: técnico en informática

Enfermedad o psicopatía: Ninguna.

CONTRATO TERAPÉUTICO

27 de marzo de 2022.

Yo [REDACTED], acepto voluntariamente iniciar mi proceso terapéutico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación:

1. Dado que asisto voluntariamente a psicoterapia para mi beneficio, me comprometo a llevar a cabo las indicaciones establecidas por el terapeuta.
2. Me comprometo asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas, si por algún motivo no podré asistir a la sesión avisaré previamente a mi terapeuta.
3. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico
4. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
5. El presente contrato estará vigente hasta que el terapeuta me dé de alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

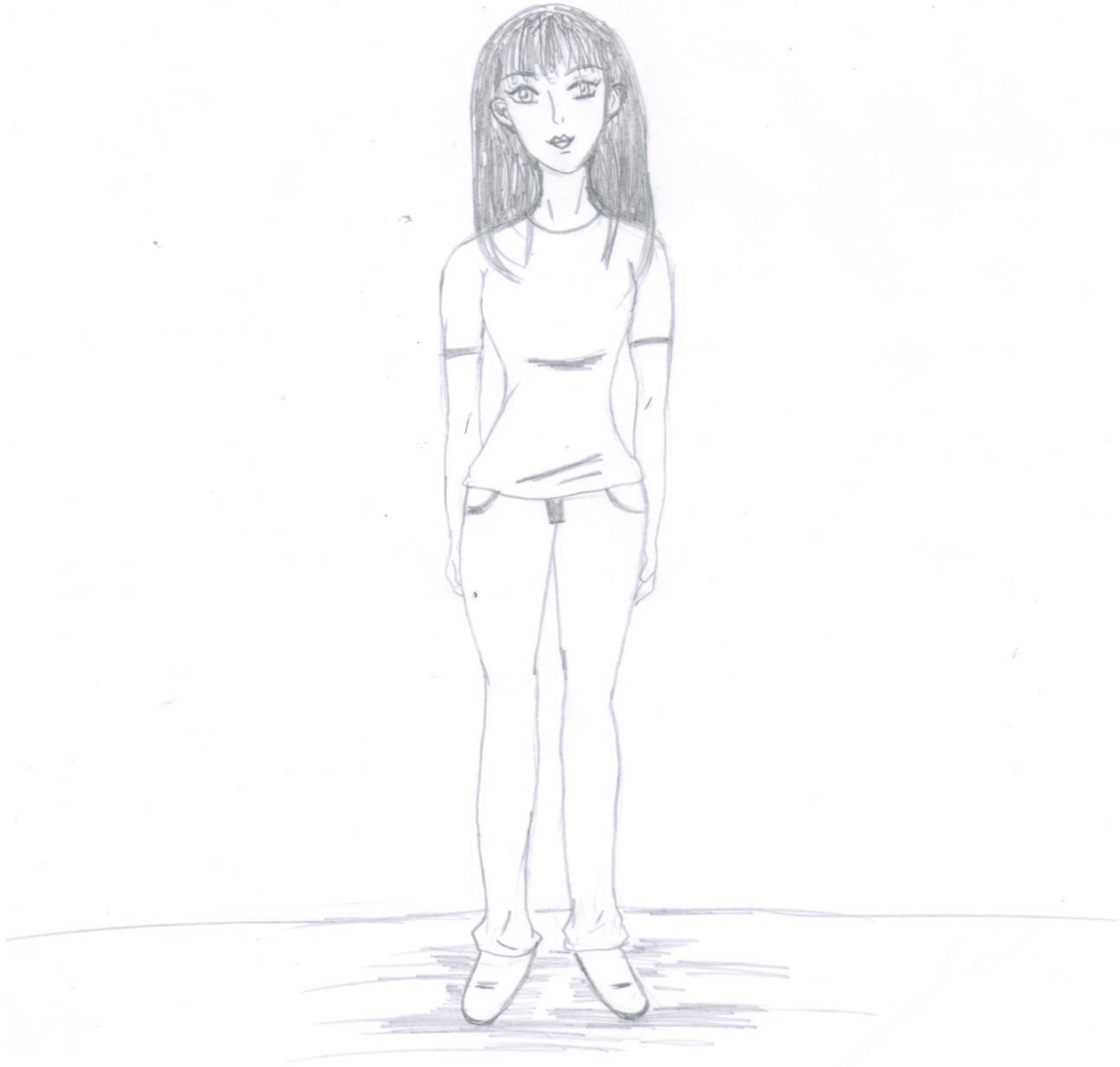
Firma del común acuerdo


Nombre y firma del terapeuta


Nombre y firma del paciente

II. PRUEBAS APLICADAS

1. Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover



2. SCL-90-R (cuestionario de 90 síntomas)

Nombre y apellidos:	[REDACTED]		
Nº	Sexo: <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER	Edad: 29	Fecha de hoy: 03 / 09 / 22
Procedencia: S.S.	Entrevistador: Margarita Torres		

SCL-90-R

Cuestionario de 90 síntomas

El presente cuestionario forma parte de su historia clínica y está sujeto a estricto secreto profesional

INSTRUCCIONES

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el **cero 0** si no ha tenido esa molestia en absoluto; el **uno 1** si la ha tenido un poco presente; el **dos 2** si la ha tenido moderadamente; el **tres 3** si la ha tenido bastante y el **cuatro 4** si la ha tenido mucho o extremadamente.



SCL-90-R by Leonard R. Derogatis Ph.D. - Adaptación española de J. L. González de Rivera y cols. 1988.
 Copyright © 1977, 1983, 1994 Leonard R. Derogatis Ph.D. - Todos los derechos reservados.
 Publicado por NCS Pearson, Inc., Minneapolis, Minnesota, U.S.A.
 Copyright de la edición española © 1988, 2000, 2002 Leonard R. Derogatis Ph.D - Todos los derechos reservados.
 Publicado por TEA Ediciones, S. A., Madrid, España.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain, Impreso en España.

HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

46	Dificultad en tomar decisiones.....	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.....	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.....	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente.....	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.....	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.....	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.....	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta.....	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.....	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse.....	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta.....	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas.....	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir.....	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado.....	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.....	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.....	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.....	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada.....	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado.....	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo.....	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.....	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.....	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.....	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico.....	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.....	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes.....	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo.....	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos.....	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente.....	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.....	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada.....	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo.....	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas.....	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público.....	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera.....	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.....	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.....	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.....	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie.....	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad.....	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.....	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.

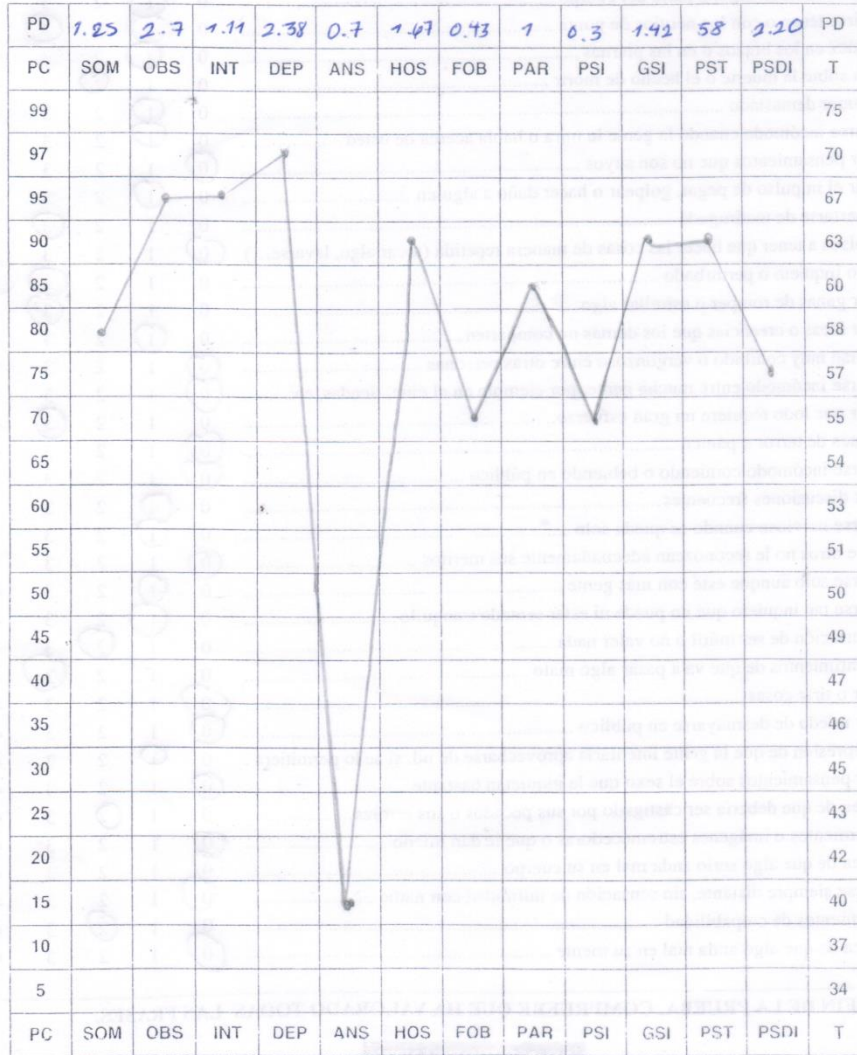
MUY IMPORTANTE

NO ESCRIBA NADA EN ESTE RECUADRO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO.

Perfil


- Traslade las puntuaciones directas (PD) de la fila que se encuentra en la base al dorso de esta página a la fila PD de ésta.
- Consulte el baremo que haya decidido emplear y trace las líneas del perfil.

Baremo utilizado:



3. Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)

Nº 247



MCMI - II

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

Datos socio-demográficos y clínicos

NOMBRE

Nº DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO 24 - 04 - 92 SEXO V M

1. ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> No ha estado casado	<input type="checkbox"/> Casado en 1º matrimonio	<input type="checkbox"/> Casado (segundas nupcias o más)
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input checked="" type="checkbox"/> Vive en pareja
<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (Marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

<input type="checkbox"/> Primarios (hasta 6º de Educación Primaria)	<input type="checkbox"/> 3º de estudios universitarios
<input type="checkbox"/> 8º EGB o Graduado escolar	<input checked="" type="checkbox"/> Estudios universitarios
<input type="checkbox"/> ESO o FP	<input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____
<input type="checkbox"/> COU o Bachillerato	

3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (Marque con un aspa el que corresponda)

<input type="checkbox"/> Centro docente (Escuela, Universidad, etc.)	<input type="checkbox"/> Centro de Salud (consultas)
<input type="checkbox"/> Ingresado en un centro hospitalario o clínica	<input type="checkbox"/> Orientación o selección profesional
<input type="checkbox"/> Centros de detención	<input checked="" type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) <u>Atención Psicológica</u>


4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen San Salvador Residencia Santa Tecla

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

<input type="checkbox"/> Matrimonial o familiar	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Confianza en sí mismo	<input type="checkbox"/> Trabajo, estudios o empleo
<input checked="" type="checkbox"/> Cansancio o enfermedad	<input type="checkbox"/> Soledad	<input type="checkbox"/> Alcohol
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Problemas mentales	<input type="checkbox"/> Conducta antisocial
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Otros (especificar) <u>Preocupaciones</u>		

OBSERVACIONES

 Copyright © 1976, 1981, 1983, 1985, 1987, 1990 by Theodore Millon.
Adaptación española: Alejandro Ávila-Espada (Director) y cols. - Copyright © 1997 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso de NCS, National Computer Systems (USA) Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta verde. Si la presentan en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el mismo espíritu.

HOJA DE RESPUESTAS

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F= FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A VD. Y A SU MANERA DE SER

*

V		F		V		F		V		F		V		F		V		F									
1			X	26			X	51	X			76	X			101		X		126	X			151		X	
2	X			27	X			52				77		X		102		X		127		X		152		X	
3	X			28	X			53	X			78	X			103		X		128		X		153		X	
4	X			29			X	54	X			79		X		104		X		129		X		154		X	
5	X			30			X	55			X	80	X			105		X		130		X		155		X	
6			X	31			X	56				81		X		106		X		131		X		156		X	
7			X	32	X			57			X	82		X		107		X		132		X		157		X	
8			X	33			X	58	X			83	X			108		X		133		X		158		X	
9	X			34			X	59			X	84		X		109		X		134		X		159		X	
10			X	35			X	60			X	85		X		110		X		135		X		160		X	
11			X	36			X	61	X			86		X		111		X		136		X		161		X	
12	X			37			X	62			X	87		X		112		X		137		X		162		X	
13	X			38	X			63			X	88		X		113		X		138		X		163	X		
14			X	39	X			64	X			89		X		114	X			139		X		164		X	
15			X	40			X	65			X	90		X		115	X			140		X		165	X		
16	X			41			X	66	X			91	X			116		X		141		X		166		X	
17			X	42			X	67			X	92		X		117		X		142		X		167	X		
18			X	43	X			68			X	93		X		118	X			143		X		168		X	
19	X			44	X			69			X	94		X		119		X		144	X			169		X	
20			X	45	X			70			X	95	X			120		X		145	X			170	X		
21	X			46	X			71	X			96		X		121		X		146		X		171		X	
22			X	47			X	72	X			97	X			122	X			147		X		172		X	
23	X			48	X			73	X			98	X			123	X			148		X		173	X		
24			X	49	X			74	X			99	X			124		X		149		X		174		X	
25	X			50			X	75	X			100		X		125		X		150		X		175		X	

*

III. CALIFICACIÓN Y ANÁLISIS

1. Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover

Criterio	Interpretación
Destaca y oscurece rasgos faciales	Evasivo en sus relaciones interpersonales, superficialidad, cautela, hostilidad, compensación de la pobre estima de sí mismo.
Boca marcada	Depresión, alcoholismo.
Línea gruesa	Agresividad.
Énfasis en los ojos	Agresividad, paranoide.
Cejas arregladas y peinado arreglado	Refinamiento y cuidado personal.
Énfasis en las orejas	Sensible a opiniones de los demás, rasgos paranoides, esquizoides.
Orificios de la nariz	Agresividad
Cuello largo y reforzado	Moralistas educados, rígidos, esquizoides y esquizofrénicos. Falta de coordinación entre impulsos y funciones intelectuales. Suicidio.
Brazos pegados al cuerpo	Inhibición y agresividad.
Manos levemente escondidas	Evasivos, culpabilidad inconsciente por la masturbación.
Tronco redondeado	Femineidad.
Hombros marcados y anchos	Rasgo masculino, envidia del pene.
Caderas destacadas	Sugiere poder en la mujer.
Detalle en la ropa	Narcisista por la ropa
Línea media (cremallera del pantalón)	Preocupación somática, sentimiento de inferioridad corporal, dependencia materna, narcisismo, esquizoide.
Línea gruesa y remarcada	Ansiedad y agresividad.
Sombreamiento	Ansiedad y agresividad. Ocultamiento corporal.

Exceso de simetría	Agresividad reprimida, inseguridad, compulsión, personalidad anancástica.
Borraduras	Conflicto. Neuróticos y obsesivos-compulsivos. Inseguridad y ansiedad.

Resumen de entrevista del test proyectivo de la figura humana de Karen Machover

La consultante muestra desinterés al inicio de la entrevista debido a que expresa no tener idea de qué historia o cuento inventar para el dibujo que realizó, pero conforme avanzaba la entrevista fue mostrando mayor apertura, se logra visualizar claramente como la consultante proyecta su idea de vida ideal en el personaje dibujado, dicha imagen se describe de la siguiente manera:

- Ocupación: Dibujante.
- Anhelos: Casa propia, limpia, ordenada con un pequeño jardín.
- Relaciones interpersonales: Ninguna, la consultante menciona visualizarse solamente con la compañía de una mascota.
- Estilo de vida: Tranquilo, despreocupado.

La consultante hace hincapié en que el personaje es feliz, incluso cambia el rostro serio que había dibujado en un inicio para trazar una sonrisa, el relato parece ordenado con varios detalles lo que da la impresión de que ya se ha imaginado repetidamente ese escenario.

Los elementos importantes a recalcar son:

- La consultante relata la razón de ya no practicar ningún hobby, especialmente el dibujo, atribuyéndoselo a su falta de tiempo y responsabilidades desde el momento en que asumió el rol de proveedor y líder en su hogar, expresa que en un inicio buscaba momentos para poder dibujar pero que en algún punto ya no le interesaba esa actividad ni ninguna otra.
- Expresa su desagrado por todos los trabajos, estudios y actividades que ha realizado, explicando que las ha ejecutado con el único fin de mantener a su familia.
- Expone su descontento de “cargar” con responsabilidades que no tendría por qué asumir (mantener a su familia), atribuyendo su infelicidad a todos los miembros de su familia.

- Afirma sus sentimientos de insuficiencia y no merecer el afecto de su pareja, exponiendo su miedo al abandono y anticipación a que su pareja se aburrirá de tratar de mantenerla estable emocionalmente.
- Declaración de ideas suicidas constantes, en las cuales ha trazado ideas vividas del hecho, evaluando alternativas, el dolor físico de esas alternativas (se infiere que la consultante más que lastimarse a sí misma busca una forma de lastimar a su familia, dicho planteamiento debe de evaluarse con mayor profundidad) imaginando la reacción de su familia, su intención de que su familia simpatice con su dolor y comprendan sus motivos de haberse suicidado. (se infieren deseos de herir emocionalmente a su familia como forma de venganza, dicho planteamiento necesita evaluarse con mayor profundidad).
- Expresión de miedo a la vida después de la muerte, la consultante expresa su miedo al infierno, explicando que percibe injusto tener que “quemarse y sufrir por toda la eternidad” pues considera que al morir tampoco escapara del dolor y ella está condenada a no tener paz.

2. SCL-90-R (cuestionario de 90 síntomas)

- Medidas globales

GSI: Puntaje alto en el sufrimiento psíquico y psicossomático global.

PST: Puntaje alto en síntomas presentados por cada psicopatología en la consultante.

PSDI: Nivel alto en la intensidad de los diversos síntomas por los cuales atraviesa la consultante.

- Dimensiones sintomáticas.

Somatización: Puntuación alta, presentando problemas fisiológicos producidos por los problemas emocionales.

Obsesión compulsión: Puntuación alta, por lo que se infiere que tiende a preocuparse de sobremanera para que las cosas resulten de la manera “correcta” y se frustra de manera rápida ante cualquier fracaso.

Sensibilidad interpersonal: Puntuación alta, tendencia a sentirse inferior, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales, se deduce que la candidata desvaloriza las capacidades que posee, los logros que puede obtener y los beneficios que se merece.

Depresión: Puntuación alta, manifestación de signos y síntomas del trastorno depresivo, así como el desánimo, el pesimismo, desesperanza, impotencia, el decaimiento para realizar diversas actividades cotidianas, ideas destructivas y pensamientos suicidas, cuyo último síntoma debe tomarse en consideración como síntoma de alerta.

Ansiedad: Puntuación baja, por lo que es probable que dependiendo de las circunstancias en las que se encuentre o las personas con las que esté puede presentar diferentes grados de ansiedad.

Hostilidad: Puntuación alta, pensamientos, sentimientos y conductas agresivas, ira, resentimiento que se relacionan a una actitud de desvaloración hacia las demás personas o una tendencia a actuar de manera agresiva habitualmente.

Ansiedad fóbica: Puntuación alta, presencia de miedos intensos, irracionales o persistentes en el sujeto, dichos síntomas se relacionan con el evento traumático vivenciado por la consultante.

Ideación paranoide: Puntuación alta, necesidad de proyectar control, miedo a la pérdida de autonomía, probablemente la consultante tienda a ser escéptico con las otras personas y sobre sus intenciones, albergando la idea de no poder valerse de los demás.

Psicoticismo: Puntuación alta, inconformidad con su cuerpo y un sentimiento de que debe ser castigado por los errores que ha cometido a lo largo de su vida, este último síntoma debe tomarse en consideración como síntoma de alerta.

Síntomas discretos: Es importante resaltar las puntuaciones altas en la dificultad para conciliar el sueño y que éste sea inquieto y perturbado, infiriendo que se deben a los pensamientos recurrentes sobre preocupaciones, sentimientos de culpa, ansiedad por el futuro y miedos por las vivencias traumáticas que carga desde su niñez hasta hoy en día, además presenta ideas sobre la muerte que requieren atención inmediata.

3. Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)

Nivel de sinceridad (X): Puntaje de 79, es importante tomar en cuenta que en una puntuación mayor a 75 sugiere una inusual apertura y actitud de abrirse emocionalmente.

Indicador de deseabilidad (Y): Con un puntaje de 39, se puede considerar que el sujeto no intentaba mostrar una faceta agradable o favorable de sí mismo.

Indicador de alteración (Z): De acuerdo a los rangos establecidos, si las puntuaciones están por encima de 75 el sujeto tiende a desvalorizarse o despreciarse, por lo tanto, cómo la consultante obtuvo un puntaje de 100 se infiere que intento mostrar inconscientemente más trastornos emocionales y dificultades personales de las que realmente posee, o bien, tomar en cuenta si es una llamada de atención de la consultante que experimenta un grado especialmente angustioso de trastorno emocional.

Variable	T.B.
X	79
Y	39
Z	100
1	89
2	72
3	53
4	17
5	50
6ª	67
6B	106
7	110
8ª	70
8B	88
S	85
C	93
P	89
A	82
H	85
N	12
D	114

TEST DE MILLON - MCMI-II

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

D.G

29 años de edad

24/4/2022

Evaluador:

0

B	78
T	57
SS	69
CC	89
PP	83

Esquizoide	Distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional
Fóbica	No Significativo
Dependiente	No Significativo
Histriónica	No Significativo
Narcisista	No Significativo
Antisocial	No Significativo
A-Sádica	Patrón hostil, agresivo, abusador y destructivo
Compulsiva	Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia
P- Agresiva	No Significativo
Masoquista	En sus relaciones interpersonales fomentan que los demás les exploten y se aprovechen de ellos
Esquizotípica	Patrón descompensado
Límite	Patrón descompensado
Paranoide	Patrón descompensado
Ansiedad	Trastorno moderado
Somatización	Trastorno severo
Hipomanía	No Significativo
Distimia	Trastorno severo
A. Alcohol	Trastorno moderado
A. Drogas	No Significativo

P. Psicótico	No significativo
Depresión M.	Sospecha Depresión Mayor
T. Delirante	Posible Perturbación Psicótica

IV. INFORME GENERAL

A. DATOS GENERALES DEL CONSULTANTE

Nombre completo: D.G

Sexo: Femenina

Edad: 29 años

Lugar y fecha de nacimiento: Hospital Primero de Mayo, San Salvador, 24-04-1992

Estado Civil: Acompañada

Escolaridad: Egresada universitaria

Ocupación: Empleada.

Lugar de trabajo: Televisora

Fecha de redacción del informe: 13-05-2022

B. MOTIVO DE CONSULTA

“Soy muy insegura, me gustaría poder estar tranquila y satisfecha con lo que digo y hago y no pensar o sentir que pude haber actuado de diferente manera”

El consultante describe su problemática actual como el sobre análisis de las expresiones verbales y emocionales, las decisiones y acciones antes, durante y después de ejecutarlas, incluso durante varios días, abarcando sentimientos de inseguridad, arrepentimiento o miedo a resultados negativos imaginándose diferentes escenarios desfavorables de manera repetida, desde su adolescencia.

C. RESUMEN CLINICO

DJ fue criada por sus abuelos, creciendo con sentimientos de inferioridad ante las constantes acusaciones de su abuela quien pronosticaba que ella replicaría las malas conductas de su madre biológica, ocasionando sumisión e introversión para adaptarse a las exigencias de moralidad y buen comportamiento para poder ser aceptada en el núcleo familiar y un constante miedo al abandono al sentir que no cumplía con las exigencias requeridas durante toda su niñez y

adolescencia, coartando sus habilidades de interacción social y expresión de pensamientos y emociones.

Aproximadamente a los 23 años, asumió el rol de proveedor, expresando sus sentimientos de menosprecio hacía si misma durante toda su adolescencia por no poder aportar económicamente a su familia quien pasaba por problemas económicos serios, así mismo asumió el rol de líder el cual funge hasta hoy en día, siendo ella actualmente la responsable de cuidar, proveer y proteger a sus abuelos, a su tía con discapacidad intelectual leve (a quien considera su hermana y único apego emocional protector durante su niñez, sintiéndose en deuda moral), y de su prima de 6 años, hija de su tía con discapacidad, a la cual ella ha criado desde su nacimiento. Durante esos años ella expresa no sentirse feliz con las responsabilidades asumidas, debido a que ha tenido que estudiar, trabajar y hacer actividades que no disfruta solo para lograr el objetivo de proveer económicamente, dejando de lado sus intereses personales y actividades de esparcimiento, sin embargo, jamás ha expresado esos sentimientos a su familia pues considera que ella debe ser “el pilar” de su hogar y mostrarse vulnerable es una muestra de debilidad.

A pesar de que no fue criada por su madre biológica, DJ si tuvo contacto directo con ella desde su edad temprana, recordando vívidamente la agresión física, verbal y psicológica durante toda su vida, siendo está justificada por su diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, al momento en que DJ asumió el liderazgo de su hogar las crisis fueron mermando con el pasar de los años, no fue hasta el 2019 que una de las crisis de su madre biológica concluyó en instancias legales e incluso involucro a la banda delincencial de su colonia, durante el 2019 y 2020 DJ expresa sentirse “la villana” de su familia y de las instituciones públicas (PNC, sistema judicial y ONG) por no justificar a su madre, expresando ira contra su familia considerándolos “malagradecidos”, albergando sentimientos de tristeza, soledad, paranoia, y aumentando sus sentimientos de inutilidad, frustración, inseguridad y desesperanza que venía cargando desde su niñez. DJ expresa que hasta hoy en día presenta insomnio, dolores musculares, sobre todo en la nuca y espalda, dolor de cabeza, pesadillas y llanto recurrente, sintiéndose “miserable” llevándola a albergar ideas suicidas. A pesar de todo lo planteado, ella recalca no sentirse arrepentida de haber expulsado a su madre biológica de su familia puesto que ella no permitiría que su prima (figura filial) sufriera todo lo que ella sufrió en su niñez.

D. PRUEBAS APLICADAS

1. Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover
2. SCL-90-R (cuestionario de 90 síntomas)

3. Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)

E. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con los resultados obtenidos se pueden relacionar las diferentes áreas sobresalientes de la consultante, tales como las tendencias obsesivas-compulsivas por realizar todas las actividades de una manera impecable o socialmente adecuada, lo cual es una fuente de preocupación y de miedo constante por no poder cumplir las expectativas impuestas por terceros que ha sido nutrida desde su infancia, por lo que es sensible a la opinión e ideas que las demás personas tengan sobre ella, el no poder enfrentar las críticas y opiniones poco favorables es una fuente de ansiedad y tensión emocional que no le permiten al sujeto poder mantener relaciones interpersonales saludables creando incomodidad e inhibición social; debido a esta tensión la consultante tiende a actuar de manera intimidante y hostil para lograr sus objetivos individuales, probablemente se preocupe honestamente muy poco por los demás y sólo busque obtener beneficios por medio de ellos, beneficios tales como poder purgar sus culpas, ya que tiene una percepción negativa de sí misma y tiende a sentirse inferior, desvalorizar las capacidades que posee, los logros que puede obtener, los beneficios que se merece, inconformidad corporal, creencias de deber ser castigada de alguna manera, por lo que posiblemente tienda a permitir a los demás infringirle daño emocional, incrementando de esta manera sentimientos de desesperanza, impotencia, manifestaciones cognitivas y somáticas negativas que la han conducido a desarrollar ideas suicidas que se alimentan por el miedo al fracaso y a la necesidad de control.

Es importante mencionar que la consultante ha presentado sintomatología correspondiente al trastorno de ansiedad generalizada desde su adolescencia, dicha sintomatología alimentada con sucesos, patrones familiares y vínculos afectivos disfuncionales en su niñez, en cambio después del evento traumático sucedido en el 2019, la consultante ha mantenido hasta la fecha sintomatología de trastorno depresivo persistente (distimia) e intensificado síntomas de paranoia.

El pronóstico clínico se considera puede ser favorable para la consultante ya que se evidencia su necesidad de disminuir los síntomas patológicos que le aquejan, durante el proceso diagnóstico se puede apreciar la participación activa y el interés por cambiar sus esquemas mentales y conductuales para mejorar su estilo de vida lo que pronostica una buena adherencia al proceso de tratamiento psicoterapéutico.

F. DIAGNOSTICO

Diagnostico primario: Trastorno por estrés post Traumático

Diagnostico secundario: Trastorno depresivo persistente (distimia)

Diagnostico terciario: Trastorno de ansiedad generalizada

HOJA RESUMEN DE SESIONES PSICOLOGICAS	
Nombre: D.G	Edad: 29
Fecha: 27-03-2022	N° de sesión: 1

Objetivo de la sesión: Generar un ambiente de ameno entre la consultante y el terapeuta para el desarrollo de la atención psicoterapeuta.

Observaciones:

La consultante se mostró interesada en participar para poder realizar una catarsis segura, garantizando que el contenido de las sesiones será confidencial y de uso meramente formativo de la terapeuta.

Se procedió a realizar la firma del contrato y el llenado de la hoja de registro para continuar con la primera entrevista tomando en cuenta las siguientes preguntas claves que la dirigieron:

- En qué consiste el motivo de consulta planteado.
- Desde cuándo y por cuánto tiempo (Intensidad).
- Ante qué circunstancias y cuán frecuente ocurre (frecuencia)
- Cómo le afecta a nivel personal, familiar y social.

De igual manera se indagó en la historia familiar de todos los miembros de su familia. La consultante respondió de manera extensa y con detalles todas las preguntas, se mantuvo con las piernas cruzadas, espalda levemente erguida y expresión facial relajada.

Conclusiones: La consultante detalla pensamientos obsesivos, tristeza, frustración, inconformidad, preocupación excesiva por diferentes sucesos o actividades de su vida diaria, dificultad para concentrarse y para controlar los pensamientos ansiosos e irritabilidad desde su infancia hasta su adultez. Se identifican vínculos familiares dañados ocasionados por las expectativas de los abuelos

y relación violenta con su madre biológica, siendo su tía con discapacidad intelectual leve la única que proporciona refugio.

Las patologías observadas son trastorno de ansiedad generalizada, desfragmentación familiar y violencia intrafamiliar.

Tarea o asesoría asignada: Se explicó a la consultante la técnica de parada de pensamiento para poner un alto a los pensamientos negativos que le generan ansiedad en su vida cotidiana.

HOJA RESUMEN DE SESIONES PSICOLOGICAS	
Nombre: D.G	Edad: 29
Fecha: 3-04-2022	N° de sesión: 2

Objetivo de la sesión: Indagar sobre antecedentes personales del consultante y la aplicación de una prueba psicológica.

Observaciones:

Se realizó el rapport correspondiente con la consultante y se procedió a dar continuidad con la segunda entrevista con el objetivo de indagar sobre la infancia, adolescencia, enfermedades, hábitos e intereses y sobre su rol como proveedor y cuidador.

Se observa una actitud de orgullo al reafirmar su rol y la importancia de éste en su núcleo familiar y a pesar de que expresa su conflicto mental y emocional por la dimensión de esta responsabilidad se puede apreciar la importancia que la consultante le ofrece a dicho estatus, conforme avanza la entrevista se pueden apreciar visualmente tristeza, enojo e intento de represión de estas emociones.

Posterior a la entrevista se procedió a la aplicación de la prueba psicológica el SCL-90-R (cuestionario de 90 síntomas), se consideró a bien no aplicar el EAP (Escala de ansiedad patológica) debido a que la consultante presentaba de igual manera sintomatología que podía relacionarse con otros trastornos de personalidad.

Conclusiones: En esta segunda entrevista se pueden visualizar el desinterés para realizar actividades placenteras o de ocio, sentimientos de resignación a llevar una vida monótona, sentimientos de culpa constante, auto reproches, inconformidad con su aspecto físico y preocupaciones constantes sobre el futuro, necesidad de tener un orden y limpieza en su

alrededor que le genera una sensación de control, además de su frustración por aún sentir la necesidad inconsciente de cumplir con expectativas de terceros y molestia al darse cuenta sobre eso luego de haber actuado en pro a este objetivo, además relata su dificultad para relacionarse con las personas variando entre una comunicación pasiva o agresiva. En su adultez se identifica su apego hacía su pareja con quien ha mantenido una amistad de 10 años y relación sentimental desde hace 3 años, siendo este su primer y único novio.

Las patologías observables son depresión, comportamientos y pensamientos obsesivos compulsivos.

Tarea o asesoría asignada: Se explicó a la consultante la técnica de DEPA en la cual Describe de manera clara la situación que le desagrada o que deseas cambiar, Expresa los sentimientos personales en primera persona, evitando acusar al otro, Pide un cambio concreto de conducta y negocia si procede una solución satisfactoria para ambas partes y Agradece la atención del otro a tu petición.

HOJA RESUMEN DE SESIONES PSICOLOGICAS	
Nombre: D.G	Edad: 29
Fecha: 10-04-2022	N° de sesión: 3

Objetivo de la sesión: Indagar sobre evento traumático del consultante.

Observaciones:

Con la tercera entrevista se indagó la perspectiva de la familia con su única relación amorosa y la reacción de éstos a la decisión de mudarse, logrando así obtener información sobre un suceso violento significativo para la consultante. Se observa por primera vez, poca disposición para proporcionar información, incomodidad y resistencia con su comunicación no verbal; durante el relato de lo ocurrido durante la crisis explosiva de su madre biológica en contra de ella y de su abuela se observa esfuerzo por no mostrarse vulnerable pero denotando su molestia al recordar los hechos, el momento clave de quiebre es cuando ella relata como su prima (figura filial) presencié los hechos de violencia y cómo ella justificó los actos de su madre biológica tal y como a ella se lo justificaron durante toda su vida, en ese momento la consultante explota en llanto y evidencia su ira con su lenguaje corporal, recalando que eso fue la razón para que ella tomará la decisión de expulsar a su madre biológica de su hogar, su cuidado y protección económica llevando el caso al sistema judicial para garantizar la seguridad de toda su familia, DJ expresa como

recibió el reproche de toda su familia ante su actuar lo cual la hace sentir poco valorada, pero que la sensación de impotencia la sobrepasó más que cualquier cosa cuando recibió amenazas de los miembros de la banda delincencial de su colonia, con quienes su madre biológica en una de sus crisis tuvo roces violentos por los cuales los delincuentes pedían a ella, en calidad de hija, hacer algo al respecto para controlarla o asumir consecuencias.

Conclusiones: Se puede observar la represión de emociones, agresividad, falta de control de impulsos, inestabilidad emocional, paranoia, miedo, trastornos del sueño (insomnio, sueño interrumpido, parálisis del sueño), impotencia, culpabilidad, frustración, tristeza, somatización, sentimientos de soledad, arrogancia y superioridad como mecanismos de defensa, además de comentarios que podrían hacer referencia al suicidio. (dicho síntoma necesita mayor exploración para confirmar o descartar)

Las patologías observadas son trastorno de depresión, ansiedad generalizada, paranoia y agresividad.

Tarea o asesoría asignada: Se validaron los sentimientos del consultante y se psicoeducó sobre el rol de la autoestima, el papel que juega en la vida de los seres humanos y sobre la importancia del autoconocimiento de los puntos fuertes y débiles personales.

Nota: Se retomará la sesión terapéutica el 24-04-2022 por motivos de vacaciones de semana santa.

HOJA RESUMEN DE SESIONES PSICOLOGICAS	
Nombre: D.G	Edad: 29
Fecha: 24-04-2022	N° de sesión: 4

Objetivo de la sesión: Aplicación de pruebas psicológicas.

Observaciones:

Aplicación de pruebas Psicológicas

1. Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II)
2. Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover

Se tomó a bien aplicar el test Millon debido a la cantidad de sintomatología con antecedentes desde la niñez que presenta la consultante para poder fundamentar con mayor propiedad el diagnóstico.

Durante la entrevista del Test proyectivo de la figura Humana se pudo observar como la consultante se proyectaba en su dibujo e historia como un ideal de vida, en la cual se desvincula por completo de todas sus relaciones familiares y responsabilidades colindantes, es en esta entrevista en la cual la consultante verbaliza sus ideas suicidas, las cuales de manera subliminal ya había mencionado en entrevistas anteriores, además de reafirmar su percepción de inferioridad y minusvalía. De igual manera en esta entrevista la consultante externa los sentimientos de frustración por continuar cumpliendo exigencias “hija ideal” de su familia, estereotipo del cual se ha esforzado cumplir desde su infancia, además de sentir la presión de su pareja para que ella culmine sus estudios universitarios, percibiéndolo como una exigencia más en su vida.

Conclusiones: Se confirman las ideas suicidas, además de sintomatología que cumple con criterios del trastorno de ansiedad generalizada, estrés post traumático y distimia.

Tarea o asesoría asignada: Se sugirió a la consultante realizar una actividad de su interés (hobbies) para sobrellevar la carga mental y emocional de su día a día, especialmente el dibujo, el cual no podía disfrutar libremente por las responsabilidades en su hogar.

Nota: La consultante fue transferida de manera temporal a colaborar en la Asamblea Legislativa de El Salvador, se estima que volverá a su puesto en Canal 10 en la semana del 01 de junio para poder retomar la atención psicológica.

V. INFORME DE CIERRE

A. DATOS PERSONALES

Nombre completo: D.G

Sexo: Femenina

Edad: 29 años

Lugar y fecha de nacimiento: Hospital Primero de Mayo, San Salvador, 24-04-1992

Estado Civil: Acompañada

Escolaridad: Egresada universitaria

Ocupación: Empleada, operadora del área de transmisión

Lugar de trabajo: Canal 10

B. DIAGNOSTICO

Diagnostico primario: Trastorno por estrés post Traumático

Diagnostico secundario: Trastorno depresivo persistente (distimia)

Diagnostico terciario: Trastorno de ansiedad generalizada

C. ÁREAS DE TRATAMIENTO DESARROLLADAS

Ninguna hasta la fecha debido a que se está en un proceso de evaluación.

D. ÁREAS SUGERIDAS PARA TRABAJAR COMO PRÓXIMO TERAPEUTA

Desde el modelo cognitivo-conductual se propone trabajar las siguientes áreas:

Área cognitiva: modificar los esquemas mentales.

- Realizar una psicoeducación y reconstrucción cognitiva para abordar los pensamientos de minusvalía personal, ideas suicidas y una resignificación de los hechos traumáticos vivenciados, de igual manera para cuestionar los pensamientos negativos (preguntas, imaginación simulación/ autorregistros: eventos desencadenantes, pensamientos y conductas ansiosas)
- Identificación y manejo de creencias irracionales (hacia sí misma, hacia los demás y el mundo)

Área conductual: Facilitar el control de ansiedad y ejecución adecuada de la toma de decisiones.

- Entrenamiento en resolución de problemas (reacciones afectivas, cognitivas y conductuales) y establecer metas claras, concretas, realistas y saludables para su resolución.

Área interpersonal: Mejorar la dinámica de establecimiento de relaciones interpersonales.

- Trabajar habilidades sociales mediante el entrenamiento asertivo que le permita expresar sentimientos e ideas de forma saludable.

Área afectiva: Manejo de crisis que inducen a las ideas suicidas para lograr estabilidad emocional.

- Trabajar el auto concepto y autoestima.
- Elaboración de un proyecto de vida, que favorece la instalación de la esperanza, la visión a futuro y aumenta las expectativas positivas
- Propiciar la práctica de actividades recreativas y hábitos saludables, retomando actividades de ocio de interés.
- Trabajar en el manejo de emociones, fomentando el reconocimiento y expresión emocional a través de diferentes mecanismos de desahogo emocional.

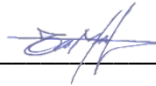
E. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS

1. Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover tiene como finalidad analizar aspectos de personalidad del sujeto en relación a su auto concepto, su imagen corporal, su estado emocional actual, su inconsciente, su contacto social y los deseos reprimidos que el individuo presente. En esta prueba la consultante cumple con rasgos de depresión, ansiedad, paranoia, agresividad, inseguridad y dificultad para establecer relaciones interpersonales, alcoholismo, rasgos de trastorno de personalidad esquizoide, rasgos psicóticos.
2. SCL-90-R (cuestionario de 90 síntomas) de L. R Derogatis, tiene como finalidad la apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar (intensidad, amplitud y sufrimiento de la sintomatología). Los resultados obtenidos en esta prueba marcan niveles altos en las dimensiones de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo, exceptuando ansiedad, y en la escala adicional trastornos del sueño y suicidio.
3. Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II), de Theodore Millon, tiene como finalidad la amplia evaluación de diferentes trastornos de la personalidad y síndromes clínicos. Según los resultados obtenidos, la consultante presenta rasgos de trastorno de personalidad esquizoide, sadismo, masoquismo, obsesión-compulsión, paranoia, ansiedad moderada, somatización y distimia severa, alcoholismo, y perturbación psicótica.

F. RECOMENDACIONES

Se sugiere que el abordaje se trabaje de manera integral con psiquiatra, psicólogo y neurólogo. En cuanto al enfoque psicológico se prevén óptimos resultados con el modelo cognitivo-conductual trabajando en esquemas mentales, identificación de sentimientos y emociones, desarrollar su capacidad de resiliencia, afrontamiento y resolución de conflictos, teniendo especial atención a los síntomas de alerta relacionados al suicidio y psicoticismo lo cual puntea en las tres pruebas aplicadas.

F. _____
Psicoterapeuta Asesor-tutor

F.  _____
Terapeuta practicante
Clínica escuela

CASO 5. Paciente Geriátrico

Resumen clínico del paciente. (Caso Nº 1)

Paciente psiquiátrica de 72 años, sexo mujer, quien ingresa a UEC de psiquiatría por aparición de alucinaciones visuales y alteraciones conductuales.

Su primer contacto con el área de psiquiatría fue aproximadamente a los 25-27 años de edad, debido a síntomas ansioso-depresivos por una alteración interna, la cual se manifiesta en apatía, hipohedonia, así como insomnio, y una labilidad afectiva, manifiesta por cambios bruscos del estado de ánimo, provocados o no por estímulos externos. De igual manera, presenta una elevada ansiedad y mejora vespertina.

Ha estado en seguimiento psiquiátrico y psicológico desde el inicio de la enfermedad, con la prescripción de antidepresivos.

En los meses anteriores, la paciente mostraba déficits mnésicos en memoria de fijación y anomias. Y recientemente, presentó aparición brusca de alteraciones de la marcha, insomnio global con somnolencia diurna, desorientación temporoespacial, lenguaje incoherente y alucinaciones visuales (zoopsias), con elevada repercusión conductual.

Referente al área psicopatológica, se manifiesta en vigilia, consciente y desorientada en tiempo y espacio, contacto parcialmente sintónico, humor en ocasiones poco congruente, discurso coherente, tangencial, psicomotricidad alterada. También, presenta anomalías y alteraciones en memoria reciente, así como alucinaciones cenestésicas e Inversión ritmo sueño-vigilia.

Historial médico/toxicológico

Intervenciones quirúrgicas por afectaciones fisiológicas y aquellas como alucinaciones, alteración conductual y sintomatologías ansiosas-depresivas ante la cual siguió de un tratamiento médico con escaso resultado. Asimismo, posee historial toxicológico por consumo de nicotina (aproximadamente, 20 cigarrillos/día desde los 16 hasta los 69 años. Actualmente abstinente.), alcohol (patrón de dependencia desde juventud (aproximadamente a los 23-25 años) y benzodiazepinas.

Respecto al tratamiento, los medicamentos proporcionados han sido fármacos con efectos sedantes para controlar los niveles de ansiedad y depresión. Así también, se han prescrito anticonvulsivos, y antipsicóticos con la finalidad de estabilizar el estado de ánimo, a fin de minimizar posibles ataques maníacos, y otras afecciones por posibles causas orgánicas.

De la misma manera, se realizaron pruebas complementarias tales como la tomografía computarizada craneal, resonancia magnética cerebral, dando como resultado atrofia cerebral, deterioro cognitivo, signos de atrofia leve cortico subcortical la cual lleva a la pérdida de células generando así la pérdida de memoria.

Procedimiento de evaluación y resultados

Se desconoce en este caso.

Diagnostico

- A. Delirium debido a abstinencia de alcohol y benzodiazepinas;
- B. Trastorno cognoscitivo no especificado
- C. Trastorno depresivo mayor recidivante
- D. Trastorno por dependencia de alcohol
- E. Trastorno por dependencia de hipnóticos y sedantes.
- F. Trastorno por dependencia de nicotina en remisión total sostenida

Áreas de tratamiento desarrolladas

- Tratamiento para dislipidemia.
- Tratamiento para trastorno depresivo mayor.
- Trastorno de ansiedad.

Áreas sugeridas para trabajar como próximo terapeuta.

✚ **Fisiológica: Tiempo:** (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso). Desintoxicación progresiva del alcohol con ayuda directa del psiquiatra.

- Reevaluación de fármacos suministrados; si es requerido revisar la dosis tomando en cuenta la edad de la paciente y las indicaciones del psiquiatra, y la sintomatología actual y su nivel de mejoría.

✚ **Cognitiva: Tiempo:** (Aproximadamente 12 semanas según evolución del caso)

- Realizar psicoeducación adaptada a las características de la paciente, abordando los indicadores más sobresalientes de sus diagnósticos, para que pueda ser capaz de reconocer sus signos y síntomas en un momento oportuno.
- Reconceptualizar el significado de la vida, las metas logradas, las dificultades comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas.
- Intervención progresiva sobre la sintomatología depresiva y ansiosa que se encuentra presente.
- Desarrollar estrategias de auto valía, fomentando así, el desarrollo de una autoestima y un auto concepto favorable.

✚ **Emocional: Tiempo:** (Aproximadamente 4 semanas según evolución del caso)

- Promover la capacidad de reconocimiento de sus emociones, y la expresión de los mismos hacia las personas con quienes convive diariamente.
- Propiciar mecanismos de desahogo emocional como la evocación del llanto, la escritura/dibujo/pintura con el fin de exteriorizar las diferentes emociones presentes o reprimidas.

✚ **Conductual: Tiempo:** (Aproximadamente 10 semanas según evolución del caso)

- La promoción de actividades de carácter ocupacional, ya sea lúdicas o recreativas, de acuerdo a su edad, para lograr una adecuada estimulación de ciertos procesos psíquicos como la memoria y atención que conlleven a fomentar su bienestar emocional.
- Fomentar actividades de dominio y agrado que le permita desarrollar sentimientos de autoeficacia y gratitud personal.

- Identificación de posibles situaciones estresantes, que puedan conllevar a la necesidad de ingerir alcohol
- Fomentar la puesta en práctica de actividades agradables, como mecanismo sustitutivo ante el posible deseo recurrente de consumir alcohol
- Entrenamiento en habilidades de relajación muscular progresiva, y respiración, para disminuir sintomatología de tensión y ansiedad ante situaciones que vivencia
- Desarrollo de plan de hábitos saludables para un obtener un mayor bienestar personal.

🚦 Social: Tiempo: (Aproximadamente 2 semanas según evolución del caso)

- Identificar y potenciar una red de apoyo que puedan brindar un acompañamiento emocional y social en su estado actual.

Recomendaciones

- **En cuanto a su retiro en relación al tratamiento clínico:** continuación bajo supervisión.
- Fomentar un tratamiento multidisciplinario, para obtener una mejoría de carácter integral tanto en el área médica, psicológica, psiquiátrica y neurológica.
- Establecer controles neurológicos periódicos: Tomando en cuenta la edad y farmacología clínica (dislipemia) y farmacología psiquiátrica (trastorno depresivo mayor)
- Promover la integración de la paciente a diferentes grupos de convivencia de adultos mayores, los cuales, le permita desarrollar actividades gratificantes, que generen bienestar emocional.
- Educar a los familiares y/o cuidadores a cargo sobre las diversas patologías presentes en el paciente, fármacos administrados, estrategias de resolución de conflictos, empatía, comunicación eficaz, hábitos saludables en el paciente en relación a su alimentación, recreación y actividad física.

CASO 6. Informe Geriátrico J.A.L

INFORME PSICOGERIATRICO

A. DATOS GENERALES:	
Nombre completo: J.A.L	
Sexo: masculino	Edad: 81 años

Nivel educativo: 8° grado	Ocupación ejercida: Mecánico
Estado civil: Acompañado	Cuidador: María Antonia Cabrera (hija)

B. MOTIVO DE CONSULTA

“Conocer como estoy de la cabeza para ver si tengo algo que arreglar o no”.

C. PRUEBAS APLICADAS

1. **Índice de Barthel:** 85 puntos, grado de dependencia leve.
2. **Mini Mental:** 29 puntos, adecuada capacidad cognoscitiva.

D. RESULTADOS

J.A.L Cabrera de 81 años, nacido el 01 de octubre de 1940, esposo de la señora Rosa Elena Romero de Cabrera de 65 años de edad, reside en su domicilio con su esposa, 2 hijas y 3 nietas. El señor Cabrera informa que trabajó de mecánico desde la edad de 14 años y a la edad de 43 años logró ser el dueño de su propio taller de mecánica pero que tuvo que venderlo años más tarde debido a la enfermedad y muerte de su único hijo por cáncer de hígado, aun así, continuó ejerciendo como mecánico de manera independiente hasta hoy en día, aunque actualmente es de manera esporádica que alguno de sus antiguos clientes lo buscan para hacer trabajos sencillos, él expresa su agrado de continuar trabajando y aunque dicha acción preocupa a la familia ellos expresan su comprensión por la necesidad de sentirse útil y activo del señor Cabrera.

En cuanto a su estado de salud, el señor Cabrera tiene artritis en ambas piernas dificultándole caminar, requerir uso de bastón y presentando de manera frecuente fuertes dolores de rodillas, tiene problemas leves de estreñimiento y ha sido operado del apéndice y del colón, además, de manera progresiva va perdiendo la audición y la visión, aunque esto no interfiere en sus diarias labores, y recientemente ha sido diagnosticado con hipertensión.

Según los resultados de las pruebas aplicadas el señor Cabrera tiene la capacidad cognitiva adecuada que le permite responder de manera concisa y segura cada interrogante, una orientación temporal, espacial, fijación, calculo y atención optima, capaz de realizar actividades para su cuidado personal y cubrir sus necesidades básicas como alimentarse, asearse, vestirse y presentando dificultades mínimas en memoria y lenguaje. Por lo tanto se recomiendan realizar ejercicios de estimulación cognitiva como la lectura, si bien se le dificulta leer por su pérdida

gradual de visión puede ser un buen ejercicio imprimir textos con un número de fuente mayor para que pueda leer textos relacionados a su interés (como por ejemplo noticias o información relacionada a carros), además retomar una antigua costumbre familiar que era jugar diferentes juegos de mesa (ambas hijas expresan que tienen recuerdos positivos de esta actividad pero que por sus diferentes obligaciones dejaron en el olvido), y de igual forma fomentar actividades que estimulen la psicomotricidad.

F. _____
Terapeuta practicante

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:	grado de dependencia leve	85
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse <i>uso de bastón</i>	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo <i>capaz instrumental</i>	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular <i>uso de bastón</i>	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros <i>ayuda instrumental</i>	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve ✓
100	Independiente

Felipe D. Gonzalez E., Alambingo, Concha AM, Kozlov M., González E., Botilla I., Álvarez M., Clemente M., Moreno L.
 Atención a la salud de la formación profesional en personas mayores para mejorar los resultados de la formación cognitiva

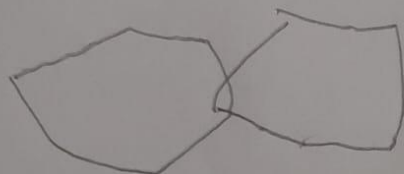
Anexo 2 Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM

MINI - MENTAL STATE EXAMINATION															
Nombre y Apellidos: <u>Juan Antonio Cabrera López</u>															
Fecha nacimiento: <u>01-10-1940</u>						Estudios: <u>7º</u>									
¿A que edad finalizó los estudios?: <u>16º</u>						Sabe leer: <u>Sí</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Profesión: <u>mecánico</u>						Sabe escribir: <u>Sí</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL				II. FIJACION				V. LENGUAJE							
¿En qué año estamos? <u>2022</u>				Nombrar 3 objetos,				Señalando el lápiz ¿Qué es esto?							
¿Qué día del mes es hoy? <u>14</u>				a intervalos de 1 segundo				INC		0		COR	1 <input checked="" type="checkbox"/>		
¿En qué mes del año estamos? <u>11º</u>				BICICLETA, CUCHARA, MANZANA				Señalando el reloj ¿Qué es esto?							
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted				INC		0		COR	1 <input checked="" type="checkbox"/>
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	INC	COR	0	1	2	3	4			
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	Quiero que repita lo siguiente:					
X	1	1	1	1	1	1	1	1	1	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"					
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	X			
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Haga lo que le voy a decir					
X	4	4	4	X	4	4	4	Repetir los nombres hasta que			INC	COR			
5	5	5	5	5	5	5	5	los aprenda.			Coja este papel con la mano derecha,	0	1		
6	6	6	6	6	6	6	6	III. ATENCION Y CALCULO			0	1			
7	X	7	7	7	X	7	7	Le voy a pedir que reste desde			dóblelo por la mitad	0	1		
8	8	8	8	8	8	8	8	100 de 7 en 7			0	1			
9	9	9	9	9	9	9	9	¿Qué día de la semana es hoy?			y déjelo en el suelo	0	1		
RESPUESTA						RES	REAL	INC	COR						
						93	0	1							
L	M	X	X	V	S	D	86	0	1	0	1	2	3		
REAL						79	0	1	Haga lo que dice aquí:						
L	M	X	X	V	S	D	72	0	1	(mostrar atrás de esta hoja)					
¿En qué estación del año estamos?						65	0	1	"Cierre los ojos"						
RESPUESTA			REAL			0	1	2	3	4	5	0	1		

Feijoo D, Ginesta E, Alambiago-Caravaca AM, Azorin M, Córcoles F, Botella J, Alacreu M, Climent MI, Moreno L.
Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga												
VERANO		VERANO		MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)												
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR		0 1											
INVIER	X	INVIER			O	O	1 X	Copie este dibujo (atrás de esta												
	0	1	2	3	4	5 X		D	O	1 Y	hoja)									
ORIENTACION ESPACIAL					N	O	1		0 1 X											
¿En qué país estamos?					U	O	1 X	PUNTUACION TOTAL												
INC	0	COR	1 X		M	O	1 X	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5 X	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0	COR	1 >	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)				28								
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD												
INC	0	COR	1 X	objetos que le nombré antes				E		≤ 50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?					INC	COR		S	≤ 8	0	+1	+2								
INC	0	COR	1 X	BICICLETA		0	1	C	9-17	-1	0	+1 X								
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA		0	1 X	O	>17	-2	-1	0								
INC	0	COR	1 X	MANZANA		0	1 >	PUNTUACION												
	0	1	2	3	4	5 X		0	1	2 X	3	CORREGIDA		29						

dios te bendiga.



2. Entrevista En El Área Laboral.

2.1 Tipos De Entrevista: Individual, Panel Y Grupo.

Estructurada:

Está construida por una serie de preguntas relacionadas con el trabajo como tal, aquellas competencias y técnicas que son esenciales para el puesto en particular, en donde el candidato de manera espontánea y basado en su experiencia deberá lucir sus habilidades blandas que a obteniendo por medio de la práctica y experiencia previa, esta entrevista siempre se va a dirigir a los puntos más exactos que busca la organización.

Entrevista por competencias:

En estas técnicas el objetivo es encontrar personas que además de tener una formación y experiencia adecuada posean las competencias concretas que son predeterminadas por la empresa la cual ofrece el empleo, se trata de hablar de aquellas experiencias que el sujeto ha tenido en base a resultados según las competencias particulares que posee, interesa saber si conoce a profundidad el punto crítico del puesto solicitado.

2.2 Formas De Evaluación.

Individual: cuando se realiza la entrevista individual el candidato es evaluado desde su lenguaje verbal y no verbal, tomando en cuenta la presentación personal partiendo de su vestimenta, ya que esto habla mucho de la madurez del sujeto observando su apariencia, tomando en cuenta incluso los colores de su vestimenta, sus gestos se busca ver una imagen agradable, que su lenguaje sea coherente y acorde. Estas pueden ser de forma directa o dirigidas, libres o semi dirigidas, mixtas.

Panel: en esta evaluación se reúnen tres personas las cuales son las encargadas de realizar una serie de preguntas, este ejercicio se basa en ver como las personas logra resolver o desenvolverse en diferentes situaciones.

Grupo: en esta evaluación un grupo de cinco o cuatro personas dentro de la organización se preparan para presentar una situación en particular, el objetivo será identificar la interacción que el candidato desarrolle, para ello deberá buscar una solución. Se evaluará la habilidad de

liderazgo, negociación, diplomacia, lógica de estrategias que puedas llegar a proponer y así poder evaluar una serie de criterios basado en dichos resultados.

Al final de estas evaluaciones en algunas ocasiones se realiza una prueba basada en experticia que se tiene en el área la cual se reunirá, esto dependerá del área y el enfoque de esta para proceder a un examen escrito.

2.3 Casos De Análisis Y Evaluación: Básico, Técnico, Especialista Y Directivos.

CASO 1. Informe Laboral M.L.A.H

Informe psicológico enfocado en el área laboral, en donde se analizó el perfil de un posible candidato para el área de ventas de vehículos, utilizando el inventario de personalidad para vendedores, otis sencillo para evaluar el coeficiente intelectual y el cuestionario de personalidad PNP, para poder pronosticar futuros rasgos de personalidad dentro del puesto a evaluar.

INFORME PSICOLOGICO

A. DATOS GENERALES	
Nombre completo	M.L.A.H
Sexo	Femenino
Edad	29
Nivel académico	Bachillerato
Cargo	Vendedora de autos
Fecha de aplicación	21/05/2022

Lucia A. de 29 años de edad , sexo femenino, madre de tres hijos y esposa , la cual se considera a sí misma como una persona con las cualidades necesarias para el puesto por el hecho de ser responsable, empática y buscar siempre el bienestar para los demás, se considera una persona exitosa, razones por las cuales considera debe tomarse en cuenta para la contratación a esta empresa, poniendo como filosofía de trabajo la estabilidad laboral con la unión en su bienestar con las relaciones interpersonales describiendo que el trabajo en equipo es fundamental , la experiencia en el campo de ventas es mínima , justificando fue un tiempo corto por ser temporada de navidad, aunque las ventas no es su fuerte y por la experiencia previa reconoce que

es un puesto muy dinámico y necesita de mucha motivación, sus razones de interés al trabajo son expuestas por la necesidad económica con sus hijos y espera dar lo mejor por el bienestar de la empresa ya que la considera prestigiosa, actualmente se ha postulado a otras propuestas laborales ya que la necesidad por la cantidad de años sin laborar de manera estable es debido a la dedicación de cuidado y crianza de sus hijos, espera poder ser contratada y crecer en el área de las ventas y crecer personalmente ya que aspira comprar su propia casa y sacar adelante a su familia en compañía de su esposo, opina en forma de sarcasmo que de ganarse la lotería eligiera poner su propio negocio y dedicarse a su hijos, denotando así su inter mayora radica en la familia antes que lo laboral, optando antes por un horario establecido antes que cumplir horas extras.

PRUEBAS APLICADAS

OTIS SENCILLO

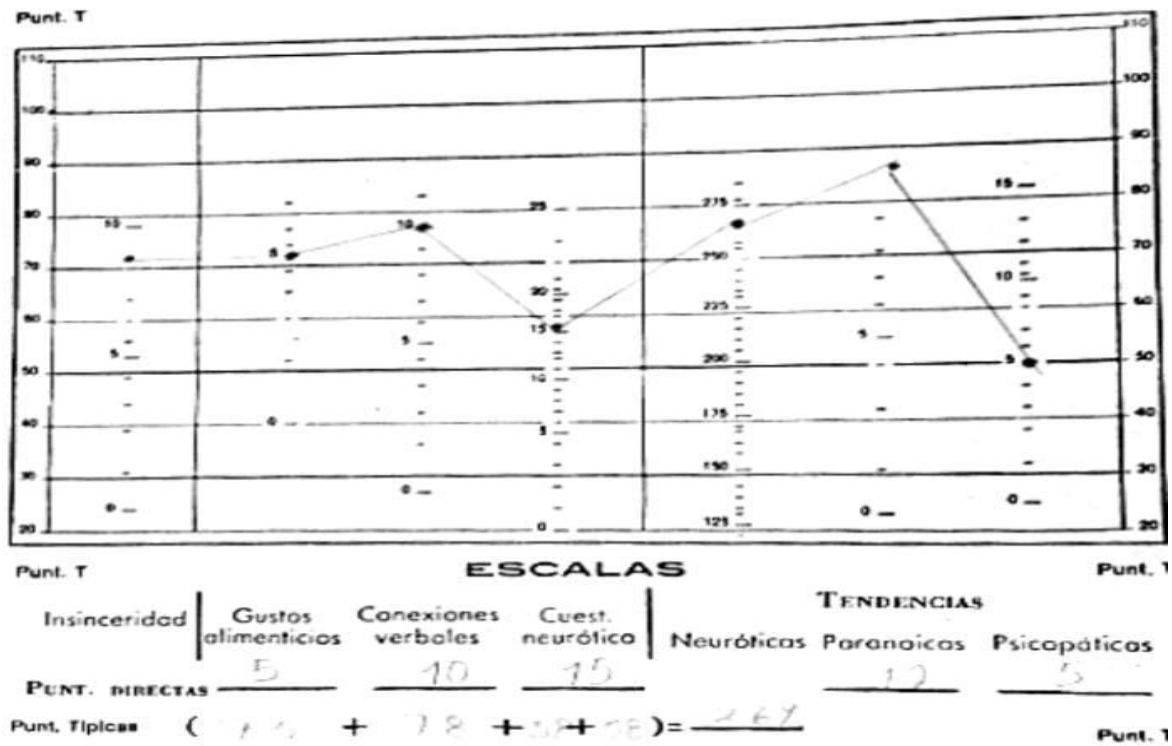
En la siguiente prueba psicológica se evalúa la inteligencia general sobre diversas muestras de población general adulta proporcionando una apreciación y desenvolvimiento mental del sujeto y su capacidad para adaptarse conscientemente su pensamiento a nuevas exigencias. En los resultados se encuentra en una puntuación directa de 38 por lo que se encuentra dentro de un coeficiente intelectual de 84 denotando que no presenta ningún tipo problemas de aprendizaje tampoco una dificultad notoria pero si tiene una inteligencia normal baja, considerándola como una inteligencia límite , supone un retraso ligero pero no tan significativo es por ello que siempre se podrá desenvolver dentro del área que sea designada con apoyo significativo para el logro de lo solicitado en ocasiones podría demorar para tomar una decisión o resolver alguna situación por el proceso de análisis debe ser meticulouso

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD, PNP

En la siguiente evaluación tiene como objetivo la detección de tendencias paranoicas, neuróticas y psicópatas. Integrando de manera general los resultados de la prueba se logra obtener un parámetro acerca del sujeto infiriendo que en algunas situaciones experimenta efectos tales como el miedo ante algunos problemas sin llegar a experimentar características de tendencias paranoicas , además presenta en tendencias neuróticas en un promedio lo cual indica que ocasiones podría llegar a experimentar efectos negativos tales como tristeza miedo aunque no es algo permanente si puede llegar a manifestarse en algunas situaciones de su vida , en cuanto a

tendencias psicópatas no muestra ningún rasgo o características , por lo que se infiere a que la persona podría llevar un estilo de vida sin complicaciones en sus actividades y desenvolverse dentro de su contexto actuando y manejando las situaciones como le son exigidas buscando verlo positivo en las cosas y ser selectiva en algunos aspectos de la vida pero no de manera exagerada.

Tabla de resultados



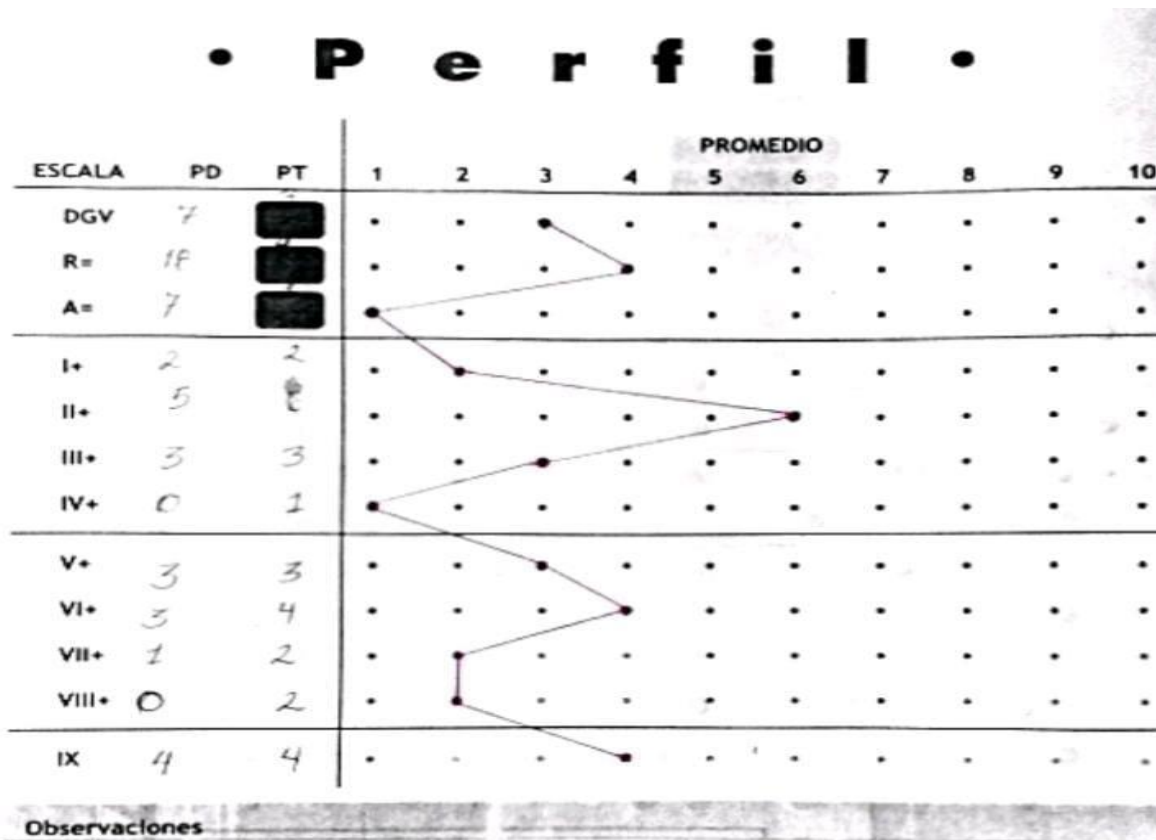
INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA VENEDORES, IPV

El objetivo de la siguiente evaluación es investigar y aportar información útil acerca de la personalidad de vendedor que posee el candidato.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede inferir no se encuentra en la capacidad para establecer un cargo en ventas ya que en cada una de las escalas se logra evidenciar que esta persona prefiere la pasividad y tiende a no ser dinámica y tiende hacer incapaz de persuadir a los demás llegando afectar en el área de ventas dejándose llevar por el momento o circunstancias que le afecten y posiblemente cuando se encuentre dentro de un conflicto en el cual tenga que reaccionar de manera defensiva esta persona puede llegar a comportarse de manera pasiva únicamente por el temor a no verse en conflictos en su área laboral o con clientes, por el hecho de

no ser un apersona segura de sí misma puede llegar a verse frustrada o desanimada ante cualquier suceso de ventas contrarias ya que tiende a dejarse dominar por sus sentimientos y afectar de manera grave en su trabajo, demostrando no tener ningún tipo de tendencia a formar parte dentro de un perfil de vendedor.

Tabla de resultados



ANALISIS DE RESULTADOS

Basándose en las evaluaciones realizadas al candidato para el puesto de vendedor de carros se obtiene de manera integral todos los resultados que arrojan las características de personalidad, inteligencia y personalidad de vendedor que la persona posee, haciendo contraste con el perfil requerido se encuentra que posee habilidades blandas como la comunicación y escucha activa siendo esto una tarea importante del vendedor en la búsqueda de nuevos clientes ya que deberá dedicar una buena cantidad de tiempo hablando por llamadas telefónicas con los clientes potenciales, ser amable y entablando buena comunicación. Al momento de trabajar en equipo será exitoso pero se verá afectado al trabajar de manera individual generando conflicto en esta área ya que posiblemente el completar información y mantener registros precisos se le dificulte

debido al coeficiente intelectual que refleja en donde se presentan algunas dificultades para la resoluciones inmediatas y/o toma de decisiones, la negociación , habilidad para los números y habilidades para el trabajo administrativos serán agotadores y estresantes mostrando miedo y dificultad para resolverlo, no reaccionara de la misma manera en todas las situaciones pero si denotara las dificultades y vacíos que existen con base al trabajo, la candidata no cumple con un perfil para vendedor en esta área al no poseer permiso y habilidad para la conducción de vehículos, habilidad para la venta ya que no logra persuadir o convencer al cliente y explicar características, ventajas y realizar el proceso de negociación no será motivado ya que el intereses particular que requiere el puesto por los autos no se denoto en la entrevista, siendo más bien su objetivo solo generar ingresos y al ver una oportunidad que le permita estar en su hogar generando ingresos optara por dejar el empleo sin tomar el crecimiento como profesional dentro de la empresa, añadiendo que el trabajo bajo presión para tratar de llegar a los objetivos de venta , no es algo que le beneficie con el perfil ya que la persona prefiere realizar las actividades de manera cautelosa por miedo a equivocarse .

FIRMA:  _____

TERAPEUTA PRACTICANTE

CASO 2. Informe Laboral XXX

Candidato: XXX.

Pruebas aplicadas: Test Otis sencillo, Test Zavic, Test Cleaver.

Resultado: Óptimo para desempeñar el cargo.

Datos personales.

Nombre: XXX

Sexo: M

Edad: 35 años.

Nivel académico: Universitario.

Cargo: Encargado de logística.

Fecha de aplicación: 09/05/22.

B) Pruebas aplicadas.

1. Test Otis sencillo.

De acuerdo al Test OTIS Sencillo el cual mide la capacidad del sujeto para adaptar su pensamiento a nuevas exigencias, indica con precisión la posibilidad de desempeñarse con éxito en situaciones que requieren aprendizaje, en donde se evalúan factores que miden significado de palabras, analogía verbal, oraciones desordenadas, interpretación de proverbios, razonamiento lógico, serie de números y razonamiento aritmético.

El candidato obtiene un resultado global de 44 que le atribuye un rango intelectual término medio. Sus habilidades generales en cuanto al razonamiento lógico, aritmético, interpretativo de razonamiento y resolución de problemas, se encuentran en el promedio de la media, lo que le permiten; en la mayoría de ocasiones, dar respuesta a situaciones con cierto nivel de complejidad tácita, sin embargo, puede llegar a presentar dificultades al momento de brindar respuesta inmediata a situaciones

abstractas o de alto nivel de complejidad. Su cosmovisión acerca de las dificultades es lógica y práctica.

2. Test Zavic (Valores e intereses).

De acuerdo al test Zavic que se encarga de medir valores e intereses de los sujetos entre los cuales se destacan sub ítems de las dos grandes categorías generales: Valores (moral, legalidad, indiferencia, corrupción) e intereses (económico, político, social y religioso).

En los resultados del postulante se puede evidenciar un índice elevado al factor legalidad lo cual se puede atribuir a un alto grado de honestidad, por lo tanto, se puede presumir que la persona será honesta y honrada, orientándose a las políticas de la empresa, seguirá indicaciones y tareas a las órdenes de jefaturas inmediatas.

De igual manera el candidato presenta un alto grado en referencia al factor social, lo que le permite interesarse genuinamente en la construcción y mantenimiento de relaciones internacionales con sus colaboradores de trabajo, su énfasis está dirigido a contribuir al trabajo en equipo. Es un elemento que se sigue las políticas que rigen la empresa. Capaz de seguir las indicaciones de su jefe inmediato. Se identifica un bajo interés por actividades que estén dirigidas

de forma ilícita como robos, estafas alteraciones que puedan perjudicar directamente al bien de la empresa y se contrapongan a los valores éticos y morales bajo los cuales la empresa ha dirigido sus lineamientos. Interesado en ser juzgado por su habilidad para lograr utilidades, técnica de reducción de costos o habilidades para resolver problemas prácticos y un fuerte enfoque respecto al retorno sobre la inversión o en la efectividad de costos.

3) Test Cleaver.

El propósito general de esta evaluación es establecer una descripción acerca de tipo de comportamiento necesario para satisfacer los requerimientos de un puesto. Evalúa la compatibilidad entre el perfil del puesto y el estilo personal del evaluado en 4 factores fundamentales: Dominancia, influencia, constancia y apego.

En referencia a los resultados del candidato se aprecia que presenta características de ser una persona intrépida, resuelta, competitiva, es una persona confiable, sin embargo, puede

llegar a mostrar impulsividad ante algunas tareas, es muy ingenioso y libre; estas características se mantienen en el candidato bajo las tres condiciones que se indican: en un estado norma, bajo motivación y bajo presión. Su característica principal es el de pensamiento lógico, tiende a ser crítico y dominante en sus enfoques hacia la obtención de metas. Se sentirá retado por problemas que requieren esfuerzos de análisis complejos y profundos.

D) Integración de resultados.

En base a los resultados obtenidos por el candidato en la aplicación y evaluación de test psicológicos para desempeñar el cargo de Encargado de Logística, se determina que el sujeto es óptimo para ser considerado a desempeñar el cargo para el cuál aplica.



Carlos Wilfredo Salas Zamora.

Evaluador

CASO 3. Informe laboral I.C.M.C**INFORME LABORAL****A. DATOS GENERALES**

Nombre completo:	I.C.M.C
Sexo:	Femenino
Edad:	34
Nivel académico:	Bachiller.
Cargo a aplicar:	Vendedor de autos
Fecha de aplicación:	10-05-2022

B. ENTREVISTA AL CANDIDATO

La candidata actualmente está soltera, sin hijos con residencia en San Salvador, en la colonia Málaga rentando un apartamento. Cursó estudios universitarios del 2006 hasta el 2018 en la carrera de Licenciatura en Psicología hasta cuarto año, actualmente no se encuentra estudiando, pero planea retomar sus estudios en un futuro cercano, las razones del porque suspendió sus estudios radican en dificultades económicas y poca disposición de tiempo por encontrarse laborando.

La experiencia laboral que reporta la candidata inicia en el 2013 como auxiliar de limpieza temporal en CIFCO por un periodo de 1 año, encargada de ventas de comida rápida en el 2016 por un periodo de 9 meses, psicóloga Auxiliar Área de Parvularia realizando evaluación y corrección de pruebas psicométricas en recursos humanos, impartiendo clases a nivel de parvularia con estimulación temprana y clases a nivel del bachillerato con la materia de Orientación para la vida en Colegio Bautista San Salvador durante el 2016 hasta el 2018, posteriormente inicia sus labores en el Programa Nacional de Alfabetización a personas con Discapacidad en el año 2018, cuyo contrato es anual por servicios profesionales, con cargo de alfabetizadora de círculos de alfabetización a personas con discapacidad intelectual en el municipio de Lourdes Colón y ascendiendo a promotora del departamento de La Libertad del 2019 al 2021. Actualmente el

programa no ha dado inicio por lo que se encuentra desempleada desde inicios de este año 2022, laborando por un periodo de 3 meses como cajera en panadería El Rosario y renunciando por supuesto inicio del programa de alfabetización en el mes de abril, posteriormente acepta ser encargada en ventas de chip Movistar durante un mes, actualmente se encuentra desempleada.

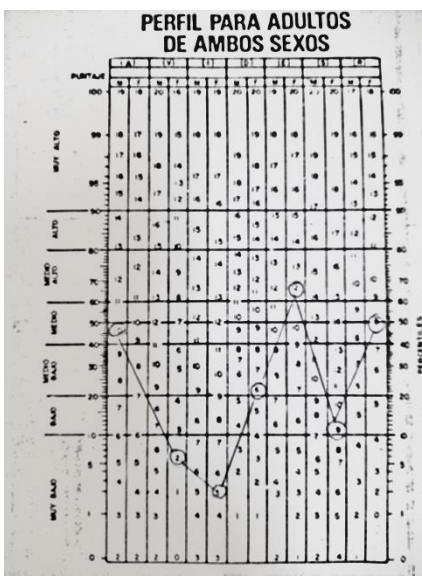
La candidata expresa ser una persona dinámica, activa y propositiva con la meta de establecerse en un puesto de trabajo fijo para poder adquirir una casa propia y saldar sus deudas personales en el banco. La candidata cuenta con una experiencia de atención a personas con discapacidad, trabajo que implicaba planificación de proyectos, trabajo administrativo, gestión de personal y revisión de avances técnicos y académicos de los beneficiarios, ejerció en dicho puesto durante 4 años, además de estas labores ha laborado en atención al cliente y en ventas pero por periodos de tiempo corto, la candidata manifiesta que su interés es poder ejercer actividades laborales congruentes a su carrera y por ese motivo al encontrarse oportunidades laborales a fines deserta de los empleos relacionados a venta.

C. PRUEBAS APLICADAS

TEST 1: OTIS SENCILLO

P.D: 57

De acuerdo a los resultados del Test, el cual mide distintos aspectos de la inteligencia tales como el razonamiento deductivo e inductivo y el conocimiento léxico, la candidata presenta un CI de 108, que le atribuye un rango intelectual de inteligencia normal, lo que indica que puede desempeñar muy bien su trabajo sin salirse de la norma, además no presenta dificultades a la hora de comprender y resolver los problemas.



TEST 2: INVENTARIO DE RASGOS TEMPERAMENTALES (IRT)

A: Puntaje promedio representa que la candidata permanece activa en algunas actividades, más que todo en las que le parecen interesantes y en las cuales se siente cómoda o

hábil para realizarla, pero en otras ocasiones es probable que prefiera tomar una postura pasiva y tome las cosas con calma.

V: Un percentil de 5 indica que la candidata no es vigorosa, es probable que la candidata evite cualquier actividad que requiera ejercicio físico.

I: Un puntaje bajo refleja lo poco impulsivo que es la candidata, prefiere pensar antes de actuar, se preocupa por los acontecimientos que pueden llegar a afectarle y prefiere no cambiar de planes a última hora puesto que eso representa un desequilibrio a la rutina que gusta mantener.

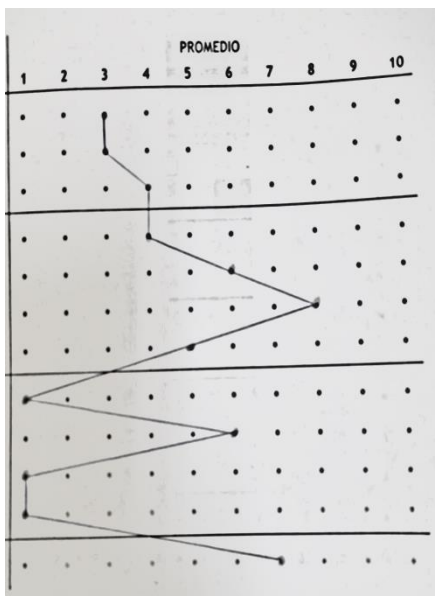
D: Un promedio medio bajo representa que la candidata prefiere mejor mantenerse al margen de actividades sociales y delegar responsabilidades o actividades a terceros.

E: Un puntaje medio alto indica que la candidata es rutinariamente estable en cuanto a sus emociones, optando por mantenerse en calma lo más que le es posible, pero es posible que existan ocasiones en que algunas cosas puedan desestabilizar su calma y se muestre afligido, aunque prefiera no demostrarlo.

S: Un puntaje bajo refleja lo poco sociable que es la candidata. Es posible que el sujeto evite formar parte de grupos sociales grandes, permanezca al margen de actividades sociales y prefiera solamente codearse con un cierto número de personas con las cuales haya entablado un lazo de amistad.

R: Un puntaje promedio representa la reflexividad de la candidata. Se infiere que en ocasiones prefiera meditar sobre sí mismo, analizarse y pensar en sus acciones tratando de mejorar cada día, también puede preferir actividades en las cuales pueda concentrarse de manera individual que actividades que requieran actividades físicas.

TEST 3: INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA VENEDORES (IPV)



Escala DGV: Nivel bajo en la disposición general para la venta lo que representa que la candidata no posee las cualidades importantes para cualquier vendedor que son la interacción y persuasión con los clientes.

Escala R: Un nivel bajo en la receptividad refleja que la candidata no posee buenas cualidades empáticas por lo que no puede interactuar con facilidad con otras personas.

Escala A: El promedio bajo que presenta la candidata en agresividad es posiblemente una representación de lo poco activa que es para poder convencer a las demás personas y para la competencia o empeño para ascender.

Escala I: Un promedio bajo puede indicar la poca comprensión de la candidata, es decir, presta poca o nula atención a las necesidades de los demás.

Escala II: Un puntaje promedio en la escala de adaptabilidad indica que la candidata puede adaptarse a las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta y pueda cambiar los planes según surja la situación, aunque también prefiere no tener que hacer cambios continuos y mantenerse haciendo las cosas como tradicionalmente se hacen.

Escala III: Un puntaje alto en control de sí mismo refleja la capacidad de mantenerse tranquilo, la candidata acostumbra a tomar las cosas con calma y controlar sus emociones.

Escala IV: El puntaje promedio de la candidata en tolerancia a la frustración indica que es capaz de soportar las caídas que experimente en sus actividades y no se tome de manera personal el fracaso, aunque bien también es probable que existan ocasiones en las cuales el sujeto pueda sentirse sumamente frustrado y decepcionado por algunos acontecimientos a los que se exponga.

Escala V: Un puntaje muy bajo refleja la poca combatividad de la candidata, lo que representa que evita enfrentamientos, pero si se llegan a presentar conflictos prefiere estar calmado con tal de no tener mayores conflictos.

Escala VI: El nivel promedio en la escala de dominancia indica que la candidata posee la disposición, en algunas ocasiones, de tomar la iniciativa en las actividades, así como el anhelo de ganar y para conseguirlo poder manipular y persuadir a los demás.

Escala VII: Un puntaje muy bajo indica la inseguridad que posee la candidata, los cambios de planes y el tener que enfrentarse a cosas nuevas o desconocidas le incomodan.

Escala VIII: Un puntaje muy bajo en actividad puede indicar que la candidata evite a toda costa el ejercicio físico por lo que no practica ningún deporte.

Escala IX: Un puntaje promedio en la escala de sociabilidad indica que la candidata puede convivir con los demás y crear nuevos contactos, pero también es probable que el sujeto prefiera en algunas ocasiones realizar actividades en solitario y no necesita la compañía de los demás.

D. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados de la aplicación de las pruebas y la entrevista se determina que la candidata no es apto para el puesto, si bien el nivel de inteligencia promedio le permite llevar a cabo sus funciones principales del puesto, posee buena gestión de emociones, capacidad para la resolución de problemas, rapidez en la toma de decisiones y es autoreflexivo, no posee las habilidades necesarias para poder ejercer en el campo de ventas debido a que sus niveles de receptividad, habilidades sociales, servicio al cliente, disposición para las ventas y seguridad son muy bajos, esto indica que la candidata no posee el interés de permanecer en contacto con las personas para interactuar, persuadir y lograr que éstos compren lo que se pretende vender, por lo que puede presentar un inconveniente para la empresa o área de ventas.



F. _____
Terapeuta practicante

3. Entrevista En El Área Pedagógica.

3.1 Modelos De Evaluación Psicopedagógica.

Los modelos pedagógicos son el conjunto de principios, normas y criterios para planificar, ejecutar y evaluar los procesos de aprendizaje, implican un cambio en las prácticas pedagógicas, culturales y organizativas en la escuela y la comunidad. En El Salvador, el sistema educativo apuesta por el modelo constructivista, este es un tipo de aprendizaje en el que el estudiante asocia y reconstruye información que ya poseía.

Por lo tanto, el estudiante es el responsable de su propio proceso de aprendizaje, la enseñanza se centra en que la información posea un significado y no una mera incorporación mecánica de información. Este modelo saca al estudiante de su papel pasivo y lo orienta con un proceso de aprendizaje construido y relacionado con los conocimientos previos dejando atrás el modelo tradicional donde el centro del enfoque era el maestro quien posee una autoridad

incuestionable y dónde se brinda mayor importancia a la adquisición del conocimiento y no al desarrollo de habilidades y actitudes.

Así pues, el sistema educativo de El Salvador debe de aplicar metodologías activas, centradas en el desarrollo de competencias para la vida (comprensión lectora, expresión oral y escrita, resolución de problemas, trabajo en equipo, juicio crítico, entre otras) en lugar de la mera acumulación memorística de contenidos para ello requiere de una evaluación psicopedagógica en donde se recoge y analiza la información relevante del proceso de enseñanza y aprendizaje para poder identificar las necesidades educativas de determinados estudiantes que presentan desajustes en su desarrollo personal o académico, y así poder tomar decisiones sobre la propuesta curricular y tipo de orientación psicopedagógica requerida para potenciar sus distintas capacidades.

En base a lo anterior, el psicólogo en el área pedagógica trabaja en dos tipos de informes principalmente: informe pedagógico enfocado a determinar las características, habilidades y destrezas, que el estudiante tiene para desempeñarse en un grado determinado y el informe educativo hace referencia a adecuar una situación problema en el marco de la escolaridad del alumno para llevarlo en un nivel igual o superior en el que se encuentra por medio de las adecuaciones curriculares.

3.2 Técnicas E Instrumentos De Evaluación Psicopedagógica.

La evaluación psicopedagógica registra descriptivamente la situación del estudiante, realizada por el profesional de la psicología a solicitud del docente quién ha detectado la necesidad o dificultad del estudiante plasmado en un informe técnico y objetivo por medio de las técnicas de la observación y la entrevista al estudiante, docente y tutor.

En cuanto a los instrumentos a utilizar en la evaluación psicopedagógica, se sugiere hacer uso de cuestionarios de observación realizada por docente y tutor, Test de matrices progresivas de Raven, Test de inteligencia, cuestionarios de conducta adaptativa, cuestionarios de aptitudes y baterías psicopedagógicas que evalúen el área de matemática, lectura y escritura.

3.3 La Observación.

La observación dentro del aula es una técnica de investigación cuyo propósito es recoger evidencia del proceso de enseñanza y aprendizaje del estudiante, esta debe de servir a un objetivo previamente planteado, es decir, saber qué información se requiere obtener a través de la

observación y el fin de dicha información recolectada, para ello debe ser planificada sistemáticamente apoyándose con instrumentos como cuaderno de notas o guías de observación

3.4 Casos De Análisis Y Evaluaciones: Medio, Atributos Y Dinámico.

CASO 1. Informe Psicopedagógico J.B.M.A

1. Datos generales

Nombre completo: J.B.M.A

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 2 de julio de 2013

Edad: 8

Centro Escolar: Centro Escolar Francisco A. Gamboa

Curso Académico: Segundo grado.

Maestra: R.A.M.E

Responsable: A.F.G

2. Referencia y objetivos

Motivo de consulta: La maestra encargada ha observado un decreciente rendimiento académico en la paciente por la que la abuela ha solicitado una evaluación psicopedagógica para determinar las causas.

Objetivo de evaluación psicopedagógica: Evaluar el área cognitiva, emocional y conductual en las dimensiones familiares y escolares de la menor evaluada para identificar las dificultades y necesidades de atención para mejorar su proceso de aprendizaje

3. Aspectos previos

3.1 Antecedentes evolutivos

La menor no presentó ninguna anormalidad durante el proceso de gestación y parto, desde su nacimiento cuenta con una buena salud por lo que no requiere de medicamentos especiales, de igual manera no se reportan accidentes o alergias de ningún tipo. Caminó a la edad de 1 año y medio y alrededor de esa edad empezó a hablar, fue matriculada en el kínder amiguitos a la edad de 4 años donde cursó kínder 4, 5 y parvularia y a la edad de 7 años fue trasladada a un Centro Escolar público, aprendió a leer, escribir y contar hasta el número 10 alrededor de los 6 años.

3.2 Ámbito familiar.

Hija única de un matrimonio, con convivencia familiar armoniosa durante toda su infancia hasta finales de octubre del año pasado, periodo en el cual vivenció discusiones constantes y finalmente la separación de sus padres, actualmente la menor es custodiada por sus abuelos y solo tiene interacción con su madre durante las noches ya que tras la separación la madre está laborando en una empresa de plásticos con una jornada laboral en la que se retira del hogar en la madrugada antes que J.B.M.A despierte y regresa a las ocho de la noche. La abuela reporta que debido a esto los horarios de sueño de la menor se han visto perturbados ya que opta por desvelarse para poder convivir con su madre un poco más de tiempo, pero que a pesar de esto ha observado una distancia significativa entre madre e hija puesto que la madre a veces se muestra irritable alegando que se encuentra cansada del trabajo y no desea convivir tanto con su hija durante las noches, y los fines de semana no la ve puesto que se va a pasar con el padre desde viernes en la noche y regresa hasta domingo en la noche.

En cuanto a la rutina diaria de la menor se limita a asistir presencialmente a su centro escolar durante el turno matutino y durante la tarde estar en casa sin ningún otro pasatiempo más que estar en el celular viendo videos de YouTube o jugando en alguna aplicación.

3.3 Ámbito académico.

Se reporta un excelente rendimiento académico de la menor por parte de sus maestros desde kínder a primer grado. La maestra actual, quién la atendió en primer grado también, reporta que su desempeño sobresalía entre sus demás compañeros, comprendiendo los contenidos de manera rápida, presentando tareas de manera puntual, dinámica, sociable, respetuosa y muy participativa en actividades escolares. Sin embargo durante este año la menor no presenta las guías completas, no presenta ninguna tarea de la materia de inglés, no sube tareas a Classroom y las tareas en ocasiones se presentan incompletas o con errores evidenciando claramente que la menor no

cuenta con apoyo en casa para completar sus actividades, además se observa que hay ocasiones en las cuales no es muy receptiva con los temas u olvida procesos que antes ya manejaba, esto se debe a que la menor ya no recibe los refuerzos de parte de sus padres y los abuelos no poseen las competencias para poder apoyarle en sus tareas por motivos de salud y por su bajo rendimiento académico.

4. Aspectos de exploración

4.1 pruebas aplicadas:

TEST 1: FACTOR G, ESCALA 2

P.D: 25

De acuerdo a los resultados del Test, la evaluada posee un CI de 119 lo cual lo ubica en un nivel de inteligencia normal superior, siendo capaz de comprender instrucciones, seguir e identificar una secuencia reconociendo patrones visuales simples (tareas de exploración visual) propios de la velocidad cognitiva, lo que indica que puede desempeñar actividades competentes a su edad.

TEST 2: BATERIA PSICOPEDAGOGICA

Área	Indicador	Resultado	%	Categoría	Recomendaciones
Matemática	Dictado de cantidades	20	65%	1 grado menos (61% a 79%)	Realizar actividades de refuerzo para repasar contenidos a fin de nivelar sus competencias a su grado académico actual.
	Operaciones	50			
	Problemas Narrativos	40			
	Medidas	20			
	Total	130			
Lecto-escritura	Lectura oral	10	10%	Su mismo grado (0% a 20%)	No se requiere actividades adicionales obligatorias.
	Lectura Comprensiva	80	80%	Su mismo grado (80% o más)	No se requiere actividades adicionales obligatorias.
	Escritura	151	75.5%	Su mismo	No se requiere actividades

				grado (100% a 75%)	adicionales obligatorias.
--	--	--	--	-----------------------	---------------------------

TEST 3: DIBUJO DE LA FAMILIA

CRITERIO	INTERPRETACIÓN
Ubicación: parte inferior de la página	Depresión, abstinencia, percepción de un yo débil.
Ubicación: Lado izquierdo de la página	Símbolo del pasado, regreso a la infancia
Trazo fuerte	Violencia, pulsión fuerte, audacia.
Figuras pequeñas	Distanciamiento emocional, poco afecto.
Figuras en fila	Rasgos neuróticos obsesivos.
Estructuras formales	Abuelos: contacto físico. Padres: personajes rígidos con brazos manos escondidas reflejando educación autoritaria.
Contenido	Regresión: Situación de confort, situación no amenazante. Dibuja una casa en la cual todos viven en ella juntos (situación real antes de la separación de sus padres).
Preferencias e identificaciones	Identificación real: familia real e identificación de su lugar real dentro de la familia.
Valoración del personaje	Se dibuja al centro: ocupa una posición central en la familia

El dibujo realizado corresponde a la familia ideal a la que J.B.M.A desea volver a pertenecer, durante la entrevista ella expresa su tristeza al percibir a su familia “rota” puesto que ya no se siente protegida y amada, cuestionándose si su padre no la amaba lo suficiente para quedarse con ella en casa, además de sentirse culpable de que su madre trabaje tantas horas al día para poder mantenerla. En cuanto a su relación con sus abuelos, J.B.M.A afirma tenerles mucho aprecio y agradecimiento por cuidarla pero que preferiría volver a la rutina donde su madre estaba más pendiente de ella y su convivencia diaria con el padre quién no regresaba a casa tan noche y cansado como su madre. Algo importante a destacar la poca disposición de hablar de su familia al

inicio de la prueba, prefiriendo referirse a la familia realizada como una familia desconocida, feliz y en “paz”, pero posteriormente empezó a expresar su sentir sobre su situación familiar con timidez.

4.2 integración de resultados

Con los resultados obtenidos se pueden relacionar las diferentes áreas sobresalientes de la menor, destacando su capacidad de retención y procesamiento mental ágil la cual utiliza para la resolución de problemas, responder de manera positiva a actividades que requieran mayor desafío y la comprensión de contenidos acorde a su edad.

En cuanto a la lecto-escritura la menor se encuentra en un nivel de rendimiento académico acorde a su edad, en cambio, en el área de matemática la menor se encuentra en 1 grado menos, durante la prueba se observó interés en el correcto llenado aplicando diferentes estrategias para resolver los ejercicios, los procesos operacionales los ejecutó mediante operaciones extras que anotó en las páginas y se observó poco uso de dedos para contar, únicamente en un problema narrativo y en dos restas; en cuanto a las preguntas o ejercicios que la menor desconocía la respuesta, fue directa en informarlo absteniéndose de responder al azar.

5. Conclusiones

La menor posee buen desempeño académico según su edad y nivel de escolaridad de manera general, presentando únicamente deficiencias en el área de matemáticas, según información recolectada mediante las entrevistas la menor ya manejaba algunos contenidos de ésta área pero al momento de resolver la prueba la menor informa que no recuerda los procedimientos matemáticos requeridos, esto se atribuye a la afectación de los problemas de su dimensión familiar que influyen negativamente en el pleno desarrollo y refuerzo educativo de la menor.

6. Orientaciones psicoeducativas

Se recomienda atención psicopedagógica para trabajar principalmente el área de matemática para lograr la nivelación a su grado actual, además de reforzar las competencias que ya posee en el área de lectura oral para una lectura fluida y en el área de escritura orientada a la instrucción de reglas gramaticales simples para mejorar la ortografía.

Se recomienda, así mismo, psicoterapia familiar en la cual se establezcan normas, responsabilidad parental y horarios para el refuerzo académico en casa, y trabajar en familia la situación problema

para que la menor exprese su malestar emocional debido a la separación de sus padres de manera natural y sin contención, logrando que pueda exteriorizar sus ideas, emociones y sentimientos para un adecuado manejo de emociones.

F.  _____

Terapeuta practicante

CASO 2. Informe Psicopedagógico K.L.H.A

1. Datos generales

Apellidos: H.A

Nombre: K.L

Fecha de nacimiento: 21/12/2013

Edad: 8 años 6 meses

Sexo: femenino

Centro de estudio: Centro escolar Asunción Paleca

Nivel académico: Segundo grado

Fecha de evaluación: 29/05/22

Referencia: no aplica

2. Motivo de consulta

Confunde signos y totales en el área de matemáticas lo que le genera molestia el tener bajas calificaciones en esta materia.

Objetivo de la evaluación: Indagar sobre los aspectos básicos de la vida del paciente para elaborar un panorama de su realidad y encontrar sus habilidades y bajas en su rendimiento académico.

3. Aspectos previos

salud, familiar académico

Menor de 8 años 6 meses, desde que nació ha vivido con ambos padres, no ha presentado ningún tipo de intervenciones médicas graves, según la madre recientemente presentó problemas en su baja alimentación, hasta hace unos meses ha iniciado a recuperarse ya que estaba llegando a una posible desnutrición, la menor en su desarrollo no ha presentado problemas en su motricidad ni lenguaje, actualmente se ha visto involucrada en los problemas de los padres, por el hecho de estar presente

ante algunos problemas de pareja en donde se enteró que el padre fue infiel, caso por el cual el padre se alejó dos semanas del hogar , comenta la madre esto ya se está solucionando.

La menor siempre ha sido amada y consentida por los padres, con adecuadas relaciones interpersonales en su comunidad y académicamente. Según comenta la madre es el primer año que estudia en una institución pública ya que desde kínder siempre estudio en colegios privados, pero a causa de problemas económicos en el hogar han cambiado de institución.

4. Aspectos generales

Para las sesiones evaluativas se creó un ambiente exclusivo para la menor en donde se permitió que hablara sobre sus pasatiempos favoritos, comentando que no le gusta jugar con juguetes si no juegos con sus amigas de correr y patinar.

5. Aspectos de exploración

Pruebas psicológicas aplicadas

FACTOR G ESCALA 2: Evaluación de inteligencia

TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA: Evaluar el estado emocional con respecto a su adaptación familiar.

BATERIA PSICOPEDAGOGICA: Evaluar conocimientos, habilidades y comprobar el aprendizaje.

A. FACTOR G ESCALA 2

CI: 125

De acuerdo a los resultados, la menor se encuentra dentro de una inteligencia promedio superior, encontrándose así por encima de la media de los menores de su edad, de acuerdo a su perspectiva es más amplia y general, permitiendo tener una mayor valoración de las situaciones.

B. TEST DE DIBUJO DE LA FAMILIA

Plano de análisis		Características del dibujo	Interpretación
Plano grafico	Amplitud trazado	Líneas amplias	Expansión vital fácil extroversión.

	Fuerza trazado	Trazo fuerte	Evidencia fuertes pulsiones audacia, violencia o liberación instintiva
	Ritmo trazado	Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro	Perdida de la espontaneidad, vivir dominado por reglas.
	Sector de la pagina	Sector izquierdo	Simboliza el pasado, había una dificultad de proyectarse al futuro.
Plano de las Estructuras formales	Estructura grupo de personas representada	Utilización de líneas curvas variadas Reproducciones estereotipadas personajes aislados y detalles precisos.	Nino sensorial, espontaneo, vulnerable al ambiente y al calor los lazos. Nino racional espontaneidad inhibida
El plano del Contenido (correlación con composición real de la familia)		Orden en que dibuja personajes Tamaño y detalles de figuras Identificación de símbolos según el contexto familiar	Identifica su valoración Análisis particular según contexto

Análisis sintético

El dibujo de la familia elaborado por la menor de 8 años de edad destaca una expansión en la amplitud de las líneas lo que refleja una extroversión denotando que es una niña que muestra sus sentimientos, libremente y se relaciona con los demás abiertamente suele ser sensorial al ambiente siendo racional, mientras que el trazo fuerte denota una evidencia de fuertes pulsiones que expresa a través de mecanismo de defensa en donde es valorizada y se presenta con mayor atención, denotando esto en dibujarse en primer lugar y con mucho esmero en su dibujo fue mucho mayor que el de los demás miembros colocando adornos en la ropa ,identificando su valoración , denota ser una niña la cual está siendo amada por su familia, pero con una espontaneidad inhibida, en donde vive bajo el dominio de reglas, las cuales le generan perdida de esa espontaneidad , incluye a todos los miembros y expresa que todos son buenos y felices , pero al momento de elegir expresa que el más feliz es el hermano menor y el menos bueno es el papa recalcando que solo a veces, este aspecto es reflejado al momento del dibujo del padre en donde se muestra una desvalorización cuando fue colocado como el ultimo y una línea que divide su postura lejos del resto, además del débil delineado en su dibujo lo que se interpreta como inhibición de impulsos y pulsiones débiles, suavidad y timidez hacia este. Manifiesta querer ser como la madre esto como una forma de ejercer autoridad y ser quien defina las reglas y el orden en el hogar, ya que en su mayoría de tiempo comparte con la madre y es a quien la menor siente mayor afinidad y admiración.

C. BATERIA PSICOPEDAGOGICA

Área	Indicador	Resultados	Porcentaje	Categoría	Recomendaciones
Matemática	Dictado cantidades	20	65%	1 grado menos (61% a 79%)	Se recomienda refuerzo operaciones básicas orientadas a sumas y restas compañía de material lúdico para generar interés y poder nivelar competencias para grado actual.
	Operaciones básicas	20			
	Problemas narrativos	50			
	Medias	40			
	total	130			
Lector escritura	Lectura oral	2	2%	Su mismo Grado	No se requieren actividades

				(0 a 20%)	adicionales obligatorias.
	Lectura comprensiva	95	95%	Su mismo grado (80% o más)	No se requieren actividades adicionales obligatorias.
	Escritura	67.5	67.5%	Instruccional grado abajo (74 a 75%)	Es recomendable apoyar al menor con la identificación y refuerzo de signos de puntuación y ortografía en gramática.

6. Análisis sintético

Los resultados en la evaluación se resumen a la validación del grado en el que se encuentra la menor este es apto para su nivel de habilidades y comprensión en cuanto al proceso de lectura oral y comprensiva, mostrando un leve retraso en su escritura además de un refuerzo obligatorio en el área de las matemáticas especialmente en operaciones básicas.

7. Integración de resultados

Integrando los resultados obtenidos en cada una de las pruebas realizadas a la menor se encuentran aspectos relevantes tales como su capacidad mental, en donde se descarta cualquier tipo de retraso en su desarrollo cognitivo, si nos mas bien es colocada dentro de un coeficiente intelectual el cual le beneficia para poder desempeñarse de forma adecuada dentro de su ambiente académico, personal y familiar, abonando a sus capacidades y habilidades que ha ido desarrollando a los largo de la vida se le considera apta para formar parte del grado académico en el que se encuentra, siendo este el segundo grado, presentando dificultades mínimas ya que en sus evaluaciones matemáticas manifestó no haber iniciado aun temas como la división mientras que el tema de la multiplicación se está iniciando dicha temática, por lo que no se puede definir si existe esas competencias , en las operaciones básicas de resta y suma presenta una leve dificultad la cual necesita refuerzo así como el caso de la escritura ya que omite mayúsculas y escribe silabas de forma incorrecta esto de manera parcial.

La forma en que se desenvuelve dentro de su ambiente familiar no es el adecuado en donde se le pueda permitir un apoyo a colaborar en su desarrollo psicosocial ya que la menor muestra cierto

límites en su espontaneidad los cuales no le generan la confianza de pedir el apoyo que demanda académicamente, los problemas familiares le exigen ser más cerrada en sí misma y únicamente mostrarse como la que se deja regir por reglas ya establecidas en su hogar, en sus relaciones con ambos padres la comunicación es escasa por un lado expresa sentir amor por ambos padres pero en su dibujo expresa una desvalorización hacia este, como resultado por los conflictos que se han generado últimamente dentro del hogar, viendo así a la madre como la figura a imitar, y sentir la necesidad de ser el centro de atención de los padres a través de sus mecanismos de defensa en donde sus pulsiones van encaminadas a su sobre valoración, lo que le genera satisfacción por ser la hija mayor y tener mayor influencia sobre las decisiones de los padres, rechazando la idea que el padre dejara el hogar. El apoyo familiar es escaso y nota su necesidad afectiva, ya que ambos padres trabajan y no comparten la mayor parte del tiempo con la menor, dejando a su cargo el cuidado del hermano menor.

Durante las evaluaciones se denota el interés por su familia dibujando así a su propia familia desde el primer momento, se muestra así una persona confiada, amigable y simpática además de una observación crítica y analítica como resultado de su coeficiente intelectual, encontrado el hecho de cambiar de colegios constantemente le genera dificultades para la comprensión del área matemática, ya que según expresa el sistema educativo público resulta ser más complejo comprado al sistema privado, además de esto sus habilidades en área de la lectura oral y comprensiva están siendo manejados adecuadamente, necesitando urgentemente se le oriente a la comprensión e identificación de reglas ortográficas entre estas el uso adecuado de mayúsculas y minúsculas dentro de nombres propios y comunes, siendo los ambientes escolares inconstantes para la menor se percibe la inestabilidad que esto le genera ya que se ven cambios en materiales lúdicos entre clases y libros que utilizaba en colegio y ahora en institución pública.

8. Conclusiones

- Las exigencias que le demanda un segundo grado con materiales más complejos, generan una confusión al momento de la resolución de problemas, pero las capacidades y bases que posee la menor son esenciales para el refuerzo y creación de nuevas habilidades.
- El entorno familiar es básico para el desarrollo de habilidades académicas, el refuerzo y apoyo constante permitirá un mayor desempeño.
- las habilidades que posee en el área de lectura oral y comprensiva son fundamentales para el nivel académico en el cual se encuentra, tomando en cuenta la disposición y capacidad para aprender permitirá el refuerzo de su escritura a través de la práctica constante de la lectura

en donde la menor podrá darse cuenta de la utilización de mayúsculas, minúsculas y signos de puntuación, reforzándolos para poder estar en el nivel que se encuentra actualmente.

9. Orientaciones psicoeducativas

Se recomienda al menor formar parte de un programa psicopedagógico en donde se refuerce el área de matemáticas en operaciones básicas de sumas y restas, además del proceso de escritura, hasta poder nivelarlo al segundo grado

10. Orientación profesional

Se le orienta al docente representante del segundo grado que refuerce el proceso de escritura a través del dictado de palabras en donde se logren diferenciar mayúsculas y minúsculas y el uso de estas, además de invitar a la interacción de la introducción de nuevos conceptos como divisiones y multiplicaciones realizándolas de manera lúdica y recursos tangibles para el refuerzo de motricidad gruesa y fina y la experiencia de un proceso más significativo para los alumnos y en especial la menor evaluada.

11. Orientación personal

Que ambos padres trabajen de manera conjunta por el desarrollo académico y personal

Orientando a la menor a realizar compras en donde pueda realizar operaciones matemáticas de suma y resta, además del juego libre en donde puedan coordinar estos ejercicios sin ser evidente el área de trabajar, por ejemplo enviarla a que ordene los pares de zapatos y cuantos fueron encontrados, además de enviarla a barrer hojas y pedirle que cuente cuantas tiene y como se modifica cuando se le agregan más de las ya establecidas, entre estas propuestas lo padres serán deberán utilizar la creatividad para reforzar y desarrollar en buen porcentaje su habilidad, así mismo el caso de la escritura se solicita a los padre estimular de manera más precisa esta área, revisando cuadernos con clases y preguntar así también explicar lo que se observa y buscar y quitar los esquemas erróneos que almacena la menor.

FIRMA:  _____

TERAPEUTA PRACTICANTE

CASO 3. Informe Psicopedagógico D.S.C.A

Pruebas aplicadas: Test de la familia, Test de factor G escala 2, Batería de lectoescritura y matemáticas.

Diagnóstico: Estrés y ansiedad, causado por contexto familiar disfuncional.

A. Datos generales.

Nombre: D.S.C.A

Edad: 8 años.

Sexo: F

Fecha de nacimiento: 02/02/2014

Colegio/escuela: Colegio Pablo Montesinos.

Nivel académico: 2 grado de primaria.

Fecha de evaluación: 3, 4 y 5 de junio de 2022.

Fecha de informe: 11 de junio de 2022.

Evaluador: Carlos Wilfredo Salas Zamora.

B. Motivo de referencia.

La paciente ha presentado dificultades a nivel conductual y de aprendizaje en el regreso a clases presenciales, por la madre solicita, se evalué para determinar qué factores están interviniendo en su comportamiento y desempeño actual.

C. Objetivos.

1. Realizar una evaluación psicológica a la menor referida mediante la aplicación de entrevistas y pruebas psicológicas, para determinar qué factores pudieran estar influyendo en su cambio comportamental dentro del centro educativo al cual asiste.
2. Brindar una serie de recomendaciones psicológicas para mejorar el comportamiento de la menor referida dentro del centro educativo y en su hogar, mediante el análisis del caso y las evaluaciones psicológicas aplicadas.
3. Proporcionar apoyo psicológico a la menor referida, su sistema familiar y maestros del centro educativo al que asiste a fin de obtener resultados positivos en la conducta de la menor de manera más inmediata y a largo plazo a través de herramientas y técnicas psicopedagógicas.

D. Aspectos previos de la menor referida.

La menor referida, proviene de un hogar nuclear, conformado por padre, madre y una hermana mayor. La familia es de un estrato socioeconómico medio bajo, donde el padre es el único

proveedor del hogar y la madre es ama de casa, su hermano mayor de 15 años, actualmente cursa la educación secundaria.

Cabe señalar que la madre de la menor referida expresa que actualmente está en proceso de separación con su esposo, lo cual considera podría haber afectado a su hija.

En cuanto al desempeño académico de la menor, este ha disminuido notablemente en el transcurso del actual año lectivo, presenta dificultad para seguir el ritmo de aprendizaje de las y los demás compañeros de su grado escolar.

La menor ha presentado una adecuada salud y se descarta alguna enfermedad orgánica que pudiera estar interfiriendo en su desarrollo académico.

Actualmente la menor se ha mostrado bastante dispersa y sin motivación de prestar atención a sus clases presenciales, expresando que a ella le interesa ir a la escuela solo para jugar con sus amigas y que las clases prefiere recibirlas desde casa.

E. Aspectos explorativos.

1. Técnicas y procedimientos aplicados.

Test de la familia.

En base al dibujo y entrevista realizada a la menor se puede inferir que:

La menor realizó los dibujos de los integrantes de su familia pequeños en proporción al tamaño que le dio al dibujo de sí misma dentro del sistema familiar, lo que podría indicar el deseo de la niña por obtener mayor cantidad de atención en su hogar. En su dibujo se puede apreciar cinco siluetas a las que identifiqué de la siguiente manera: papá de 36 años, mamá de 40 años, Daniela de ocho años, Keyla de 15 años y Celeste (su oso de peluche) de un año; a quien ella dice cuidar y proteger de cuando sus padres pelean, lo cual podría indicar que la menor experimenta altos niveles de ansiedad y estrés, por los posibles conflictos de sus padres. Curiosamente no nombró a su madre y a su padre, lo que refuerza la posibilidad de que los padres experimenten crisis de pareja recientemente, y que algunas de las discusiones hayan sido presenciadas por la menor, por lo que ha generado una especie de resentimiento o miedo hacia ellos.

Expreso que la persona más buena era su padre ya que la sacaba a ella y a su hermana a pasear, como el menos bueno identifiqué a su hermana Keyla ya que ocultaba sus juguetes. Menciono que

el miembro más feliz de su familia era su hermana Keyla, ya que podía salir con sus amigas y que el menos feliz era su oso celeste, porque no podía hablar y jugar como quería, lo que indica que posiblemente la menor ha sido regañada o amenazada para que no hable de algunas cosas que suceden en su hogar.

Test de factor G escala 2.

En la aplicación de la prueba para evaluar el coeficiente intelectual de la menor se obtiene el siguiente resultado:

La menor obtiene un puntaje directo de 18, lo cual equivale a un CI de 100, lo cual permite inferir que:

La menor evaluada cuenta con un CI dentro del promedio, lo cual corresponde a su desarrollo cronológico actual, permitiéndole desarrollar tareas intelectuales acorde a su estadio de desarrollo, se descarta, por consiguiente, problemas intelectuales que limiten su capacidad de aprendizaje.

Batería de lectoescritura y matemáticas.

Matemáticas:

Categoría: Su mismo grado

Recomendaciones

No se requieren actividades adicionales obligatorias.

Lecto Escritura

Categoría: Su mismo grado

Recomendaciones

No se requiere ninguna adecuación

F. Integración de resultados.

En base a las evaluaciones de matemáticas y lectoescritura, la menor referida no presenta ninguna dificultad en torno al proceso de aprendizaje, lo cual se refuerza al obtener resultados favorables

en relación a su coeficiente intelectual, el cual se encuentra dentro del promedio esperado para su estadio de desarrollo cronológico.

G. Conclusiones.

1. En base a los resultados obtenidos se considera que la menor referida, cuenta con las capacidades intelectuales para desarrollar un adecuado proceso de aprendizaje, por lo que se considera sus actuales dificultades tanto de comportamiento y de aprendizaje obedecen a factores relacionados a su gestión de emociones, las cuales posiblemente estén siendo afectadas por la crisis familiar que actualmente experimenta su núcleo más cercano; siendo específicamente el manejo de la ruptura de sus padres.
2. La menor referida experimenta altos niveles de ansiedad y estrés, los cuales canaliza a través de su comportamiento en un intento de llamar la atención.
3. El bajo rendimiento académico de la menor referida, puede ser mejorado en medida, se modifiquen las actuales condiciones del entorno familiar.

H. Recomendaciones.

A padres de familia.

1. Establecer espacios y tiempos adecuados para discutir aspectos que corresponde exclusivamente a su relación de pareja, intentando en medida de lo posible que sus hijas escuchen o se involucren en dichas discusiones.
2. Proporcionar límites claros a la menor en cuanto a tiempos para estudio, esparcimiento y tiempo de calidad entre los miembros de la familia, respetando ambos padres los acuerdos tomados, sin desmeritar o quitar el poder el uno del otro.
3. Explicar a la menor de edad; adecuando su lenguaje, lo que sucede entre ellos, dejando en claro que lo que sucede no es su responsabilidad, ni tampoco cambiará la relación que tiene con cada uno de ellos.
4. Escuchar y responder; en medida de lo posible a las preguntas y dudas que la menor tenga respecto a lo que sucede en su hogar.
5. Realizar actividades escolares en conjunto, brindando apoyo y acompañamiento a la menor en el desarrollo de las mismas.

6. Mostrar genuino interés por las emociones y sentimientos de la menor, en caso de que presente dificultades para llevar a cabo dicha tarea, buscar apoyo en un profesional de la salud mental.
7. Asistir a los llamados que las y los maestros sugieran en cuanto al desempeño de la menor.

A maestras y maestros.

1. Proporcionar atención ante cualquier cambio repentino en el comportamiento de la menor, que pudiera ser indicador de consecuencias mayores en su conducta, refiriendo a los padres la información pertinente.
2. Adecuar un espacio para que la menor pueda ser atendida por el psicólogo del colegio al menos una vez por semana, hasta notar cambios significativos en su comportamiento.
3. Colocar de manera estratégica a la menor en el salón de clases a fin de captar su mayor grado de atención y al mismo tiempo observar su comportamiento.
4. Realizar actividades lúdicas con la menor y los demás alumnos y alumnas del salón de clases a fin de dinamizar el proceso de aprendizaje.
5. Fomentar el trabajo en el aula entre pares, a fin de potencializar las capacidades de aprendizaje de las y los alumnos.
6. Efectuar evaluaciones periódicas del método de enseñanza aprendizaje que se utiliza en el salón de clases a fin de obtener feed back de las y los estudiantes y en base a eso realizar las adecuaciones necesarias al currículum de enseñanza aprendizaje.



Carlos Wilfredo Salas Zamora
Psicólogo evaluador

CASO 4. Informe Educativo

Identificación del paciente

María es una chica de 13 años y 9 meses. Asiste a un colegio concertado desde los 3 años. En el momento en el que acude a consulta cursa 2º de Br. Vive con su madre (42 años) que se encuentra en el paro actualmente y con el marido de ésta (39 años) que dirige un restaurante. Sus padres se separaron cuando ella tenía 6 años y visita a su padre semanalmente.

El nivel sociocultural familiar es medio-alto. Historia del problema La madre informa que desde hace unos meses María está teniendo un comportamiento muy diferente tanto en casa como en el colegio. Siempre está a la defensiva, discuten a menudo, reprocha cualquier comportamiento de su madre y la desafía en multitud de ocasiones. Según la madre, María ha sido una chica sensible, obediente y con un rendimiento escolar bueno, siempre han mantenido una buena relación entre ambas, así como confianza. Afirma que nunca ha exteriorizado los sentimientos y que no mostró cambios ni actitudes negativas durante la separación de los padres.

La relación con el padre es difícil, ya que la madre relata que María no está de acuerdo en tener que irse con él fines de semana alternos, puesto que según le cuenta tienen dificultades a la hora de comunicarse y que le da miedo hablarle sobre algunas cosas y pedirle ayuda con las tareas escolares y el estudio, porque este se altera y le grita, incluso en alguna ocasión ha tenido que ir a recogerla antes del día previsto tras recibir una llamada de la niña pidiéndole irse de allí. La relación entre ambos padres no es buena, mantienen continuas discusiones sobre la manutención y la situación de su hija.

Durante el curso anterior María empezó a salir con un grupo nuevo de amigas de clase y fue cuando empezaron los problemas, discusiones continuas con su madre, quejas y desobediencia. Posteriormente, tuvo problemas con este grupo de amigas, que se metían con ella y le acosaban en el colegio, hasta que la madre le prohibió verlas de nuevo. María continuó quedando con el grupo de amigas a espaldas de la madre con continuas mentiras. Actualmente, ha cambiado de grupo de amigas, pero las conductas problema y las discusiones en casa continúan.

Según la madre, tiene una actitud pasiva en casa y es maleducada: no saluda ni se despide de los miembros de la familia, no recoge la habitación ni hace las tareas correspondientes y que la comunicación con ella es prácticamente inexistente.

En el colegio María continúa viendo a las antiguas amigas, sigue con conductas problemáticas,

estudia poco y falta a la entrega de trabajos y deberes. El tutor se puso en contacto con la madre con quejas de varios profesores de mal comportamiento e interrupciones en clase, peleas con compañeros, expulsiones de clase y múltiples suspensos. Los profesores afirman que María es una niña muy buena y muy capaz de sacar el curso con buenas notas. Finalmente, animan a la madre a pedir ayuda ante esta situación.

Motivo de consulta

La madre informa que el comportamiento de María, tanto en el colegio como en casa, ha empeorado considerablemente. Tal es el cambio que desde el colegio han animado a la madre a buscar una solución. En casa las peleas son continuas: discusiones y desobediencia por parte de su hija, así como una mala relación con el marido de la madre. Desde el colegio informan que ésta, siempre ha sido buena estudiante y nunca ha tenido llamadas de atención hasta el último año, en el cual se han venido repitiendo continuos castigos y viéndose una disminución considerable del rendimiento escolar.

Entrevista con la madre

En la primera sesión se mantuvo una entrevista con la madre. En relación al periodo de embarazo, parto y desarrollo de María, no existieron problemas ni operaciones graves, tan solo una intervención quirúrgica con 8 años en la que le extirparon las amígdalas. En cuanto a enfermedades, no presenta ninguna actualmente ni ha padecido ninguna grave con anterioridad. Su madre considera que lleva una buena dieta equilibrada y tiene un apetito alto.

En alguna ocasión ha tenido épocas de no querer comer y querer bajar de peso, por lo que actualmente todos en casa siguen una dieta equilibrada para controlar lo que comen y evitar el aumento de peso en exceso. No presenta problemas de sueño, ya que suele dormir de forma ininterrumpida entre 8 y 9 horas diarias.

Respecto a las relaciones sociales, la madre dice que actualmente son buenas, tiene un grupo de amigas fuera del colegio y un grupo dentro de colegio, a parte del problema con las compañeras en el curso pasado no ha habido ningún problema en este ámbito. La madre también admitió tener parte de culpa respecto a estas situaciones puesto que reconocía no saber cómo reaccionar y como explicarle las cosas a su hija en muchas ocasiones. Además, admitió estar más nerviosa últimamente debido a la situación económica que estaba atravesando la familia actualmente.

Entrevista con el tutor

Se llamó al colegio para tener una entrevista con el tutor. Este afirmó que tanto en este curso como en el curso pasado se había observado un descenso significativo en las notas de María, así como cambios en el comportamiento en las clases. Los profesores coincidían en que siempre había sido una alumna que se portaba bien y con buenas notas pero que en los cursos anteriores esto había cambiado. El tutor informó que se pondría en contacto con la madre si este comportamiento se volvía a repetir o si María cometía alguna falta como no tener los deberes hechos, no entregar los trabajos a tiempo o si suspendía algún examen.

Entrevista con la niña

Se mantuvo una entrevista con María con el apoyo de una entrevista clínica para adolescentes con el objetivo de obtener más datos sobre su vida. Se le preguntó si sabía lo que era un psicólogo y qué cosas en su vida diaria le gustaría mejorar para estar más contenta. Reconoció que le gustaría cambiar su comportamiento que, en ocasiones, no era bueno y esto le llevaba a continuas discusiones con su madre, también admitió que le gustaría mejorar la relación con ella y aumentar las notas del colegio. María se mostró como una chica alegre, tranquila, inteligente y un poco insegura.

PRUEBA APLICADA	RESULTADOS
- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAI-C; Spielberger, 1973)	Las puntuaciones fueron 85 para ansiedad estado y 70 para ansiedad rasgo, lo que significa que tiene un elevado nivel de ansiedad.
- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965).	En esta escala María obtuvo una puntuación de 22 que refleja baja autoestima.
- Inventario de Depresión para niños (CDI; Kovacs, 1992)	En esta prueba obtuvo una puntuación de 22 lo que refleja cierta tristeza o depresión.

EJERCICIO: DE ACUERDO A LOS RESULTADOS Y LA INFORMACION, REALICE UN INFORME EDUCATIVO DE LA PACIENTE Y HAGA UNA PROPUESTA DE INTERVENCION DE ACUERDO AL MODELO SEÑALADO.

ESTRUCTURA DE INFORME EDUCATIVO

I.- IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: María

FECHA DE NACIMIENTO: XXXXXX

EDAD: XXXXXX ESCOLARIDAD: 2° año de bachillerato

CURSO: XXXXX FECHA INFORME :28-05-2022

EVALUADOR: Teresa Margarita Torres Galán

ANTECEDENTES GENERALES:

María, de 13 años y 9 meses de edad con nivel sociocultural familiar medio alto, alumna de 2° año de Bach, hija de padres separados desde los 6 años, actualmente vive con su madre de 42 años que se encuentra en el paro actualmente y con el marido de ésta de 39 años que dirige un restaurante y visita semanalmente a su padre.

Por sugerencia de maestros al observar descenso significativo en las notas y cambios en el comportamiento en las clases la madre decide buscar ayuda profesional.

II.- PRUEBAS APLICADAS:

- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAI-C; Spielberger, 1973)
- Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965).
- Inventario de Depresión para niños (CDI; Kovacs, 1992)

III. DIMENSIONES EVALUADAS.

DIMENSIÓN

- Contexto DIMENSION I:

María es proveniente de una familia desfragmentada en la cual la relación entre ambos padres

no es buena puesto que mantienen continuas discusiones sobre la manutención y la situación de su hija y la madre se muestra más nerviosa últimamente debido a la situación económica que estaba atravesando la familia actualmente. En cuanto a la relación con el padre, María expresa su descontento con convivir con él los fines de semana debido a las dificultades de comunicación y falta de confianza (miedo de abordar ciertos temas y apoyo para tareas escolares) porque este se altera y le grita, con la madre, en cambio, solía tener una buena relación y confianza, sin embargo, hace unos meses siempre está a la defensiva, discuten a menudo, reprocha cualquier comportamiento de su madre y la desafía en multitud de ocasiones.

- Habilidades intelectuales DIMENSION II:

Los profesores coinciden en que María siempre tuvo buen rendimiento académico, presentando buenas notas pero que en los cursos anteriores esto había cambiado, observando un descenso en sus calificaciones debido a la falta de estudio y de falta entrega de trabajos y deberes.

- Conducta adaptativa DIMENSION III: Salud

no presenta ninguna enfermedad grave en su historial médico y solamente tuvo intervención quirúrgica a los 8 años en la que le extirparon las amígdalas, sin problemas de sueño y con una alimentación equilibrada que sigue toda la familia para evitar el aumento de peso en exceso por preocupaciones de María.

- Participación, interacciones y roles sociales DIMENSION IV:

Durante el curso anterior María empezó a relacionarse con un nuevo grupo de amigas, a partir de eso María empezó a mostrar problemas de conducta y rendimiento escolar, posteriormente, tuvo problemas con ese grupo de amigas, que se metían con ella y le acosaban en el colegio, hasta que la madre le prohibió verlas de nuevo, pero María continuó quedando con el grupo de amigas a espaldas de la madre con continuas mentiras. Actualmente, ha cambiado de grupo de amigas, pero continúa interactuando con este grupo de amigas en la escuela.

SÍNTESIS VALORATIVA:

Según los resultados obtenidos por medio de las pruebas aplicadas y la información recolectada

por medio de los tutores y madre, se concluye que el desencadenante de la problemática que presenta María es su estructura familiar puesto que la falta de vínculos afectivos saludables con el padre, las constantes discusiones de sus progenitores y la preocupación constante de la madre por los problemas económicos generan preocupaciones constantes en María y relaciones interpersonales no saludables que promueven los problemas conductuales, ansiedad y bajo rendimiento académico, lo que ocasiona que tenga problemas de auto concepto expresado en tristeza y preocupaciones sobre su peso.

IV. DETERMINACIÓN DE APOYOS:

En el ámbito familiar se propone trabajar con la madre la necesidad de disminuir la frecuencia e intensidad de las discusiones, trabajar en la resolución de problemas y la comunicación asertiva, de igual manera se requiere trabajar en la interacción entre padre e hija y la colaboración de éste en el proceso terapéutico para que no se observen retrocesos cada vez que María permanezca en la casa de su padre. En el área escolar se requiere que se trabajen en técnicas de estudio y un seguimiento de las calificaciones académicas, esto con apoyo inicial desde el hogar y refuerzo por el personal docente del centro escolar, de igual manera se propone atención psicoterapéutica para la madre para que sus niveles de ansiedad no influyan negativamente en la hija. Se recomienda un proceso psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual con una duración aproximada de 10 sesiones semanales y hacer uso de técnicas de modificación de conducta para trabajar el área familiar como académica.

CASO 5. Evaluación Del Trastorno Alimenticio M.C.R.M

A. DATOS GENERALES:

Nombre completo: M.C.R.M

Sexo: Femenino

Edad: 42 años

Peso: 121 libras

Estatura: 1.48 metros

Estado civil: Separada

Fecha de evaluación: 28-06-2022

B. MOTIVO DE EVALUACIÓN: Remisión para consulta general por trastorno alimenticio.

C. PRUEBA APLICADA: Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

D. RESULTADOS

La paciente informa que en enero del corriente año pesaba 180 libras, por lo que se trazó la meta personal de bajar de peso para sentirse mejor consigo misma y superar la separación conyugal, en el transcurso de 4 meses perdió 40 libras por medio del ayuno intermitente de 16 horas y purgas (té de piña y laxantes) y a inicios del mes de mayo suspendió las purgas y se acomodó a realizar un solo tiempo de comida.

Actualmente la paciente pesa 121 libras y expresa satisfacción por los logros obtenidos, es consciente que cada vez que se pesa continúa bajando de peso sin embargo presenta repulsión cuando se fuerza a comer de más puesto que se siente satisfecha con la poca ingesta de alimentos, informa que se ha percatado de su bajo peso excesivo por los constantemente comentarios de preocupación por su bajo peso ya que ella no considera que su peso sea para alarmarse.

Por lo tanto, según los datos recolectados por la paciente y con una puntuación de 51 en el cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT) en el cual puntea todos los ítems para anorexia y varios ítems correspondientes al grupo de dieta y preocupación por la comida, se identifica según DSM-IV un trastorno alimenticio de anorexia nerviosa, cumpliendo con los criterios de restricción de la ingesta que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo y estatura, y el miedo intenso a ganar peso o a engordar.

Por lo tanto, se refiere a nutrición para que reciba un asesoramiento adecuado para recuperar su peso ideal, de igual manera se refiere a psicología para trabajar en la percepción de la imagen corporal, la ansiedad por el aumento de peso y los pensamientos obsesivos entorno a la comida y el peso.



F. _____

Terapeuta practicante

CASO 6. Evaluación Del Trastorno Alimenticio M.I.M.C**I. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombre: M.I.M.C Edad: 38 sexo: Femenino

II. MOTIVO DE EVALUACION

Problemas de sobrepeso desde los ocho años de edad, con el cual ha luchado hasta en la actualidad.

III. RESULTADOS DE LA EVALUACION

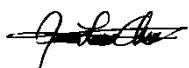
Aplicación del cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT). Paciente con un puntaje de 45 puntos lo cual denota una tendencia a un trastorno de anorexia nerviosa de tipo restrictivo , en donde el temor a aumentar de peso es muy alto y refleja preocupación por la comida realizando dietas en donde la preocupación por la comida es constante al punto de hacer ayunos, evitando carbohidratos, acompañado de ejercicio intenso sin llegar al consumo de atracones de purga u otras sustancias similares, existe una percepción distorsionada en donde no existe equilibrio entre su aspecto y los alcances logrados manifestando que no es lo esperado.

IV. INDICADORES DE EVALUACION

Paciente con antecedentes de sobrepeso, expresa no estar conforme aun con el peso alcanzado, por lo que realiza de forma cotidiana mucho ejercicio para quemar calorías ya que la idea de tener grasa en el cuerpo le preocupa diariamente, siente comodidad con la ropa ajustada y disfruta el sentir el estómago vacío. Expresa haberse sido víctima de bullying por su peso y esto además afecto su relación de pareja en donde ambos conyugues llegaron a despreocuparse por su aspecto físico por lo que en la intimidad en la relación fracaso llegando al punto de separarse, es aquí donde ve la necesidad de introducir su vida ejercicios y dietas, en la actualidad expresa no ser suficiente todos los ejercicios o dietas que realiza ya que espera verse diferente, aunque sus grupos sociales expresen lo contrario.

V. SE REFIERE

Reflejando que mantiene un control en sus comidas e identifica cuales causan un desequilibrio en su alimentación, se refiere a la paciente atención psicológica profesional para orientar a una



mejora en la percepción física de sí misma y disminuir las ideas irracionales de sí misma ayudando en los traumas de la infancia que en la actualidad afectan a su vida y además en la percepción de sí misma. Jackelline Ávila. Psicóloga

CASO 7. Evaluación Del Trastorno Alimenticio J.M.H.C

Nombre: J.M.H.C

Pruebas aplicadas: Attitudes Test (EAT)

Resultado: Anorexia Nerviosa.

A) Datos del usuario

Nombre: J.M.H.C

Edad: 25 años.

Género: Masculino.

Profesión: Atención al cliente en callcenter.

Grado académico: Universitario; tercer año de administración de empresas.

Zona de residencia: Urbana.

Evaluador: Carlos Wilfredo Salas Zamora.

B) Motivo de referencia: Pérdida de peso acelerada, acompañada de rutinas de ejercicios extremas que lo han llevado a desmayarse en varias ocasiones.

C) Resultados: El evaluado obtiene un puntaje global de 45 puntos, desglosados en las siguientes categorías: Dieta y preocupación por la comida 25 puntos, presión social percibida y malestar con la alimentación 15 puntos, trastornos psicobiológicos 5 puntos.

D) Diagnóstico: En base a los resultados obtenidos por el evaluado en el tamizaje aplicado y al cumplimiento de criterios del DSM IV, se determina un diagnóstico de anorexia nerviosa, además por la información obtenida mediante la entrevista aplicada al usuario se identifican factores que podrían indicar la presencia de vigorexia.

E) Principales indicadores identificados: Preocupación excesiva por la cantidad de carbohidratos y grasas que poseen los alimentos, rutinas de ejercicios

extremas que lo han llevado a presentar desmayos y deshidratación, dietas pocas balanceadas; en las que realizan ayunos prolongados, presencia de disforia corporal; relacionada a su peso, ansiedad por cumplir estándares sociales; relacionados a belleza física.

F) Referencia: Partiendo de los resultados obtenidos y a la información proporcionada por el usuario, se sugiere la evaluación de un profesional en el área de nutrición, e iniciar un proceso psicoterapéutico; que permita encontrar las problemáticas psicoemocionales de los trastornos alimenticios en el usuario.



Carlos Wilfredo Salas Zamora
Psicólogo evaluador

4. Informe Psicológico.

4.1 Evaluación Psicológica.

La evaluación psicológica es una actividad encaminada a la comprensión y solución de los diversos tipos de problemas psicológicos que las personas presentan; es ante todo un proceso de acopio, valoración e integración de información dirigida a tomar decisiones; que se realiza, con propósitos bien definidos, desde distintos supuestos:

- Teóricos sobre el comportamiento humano y sus determinantes.
- Metodológicos sobre la adecuación de estrategias a seguir, técnicas a utilizar y sobre cómo garantizar la efectividad de ésta en las personas evaluadas.

Los procedimientos a seguir dentro de la evaluación psicológica van a depender de los objetivos finales que se pretendan al realizar la evaluación.

Pawlik (cit. en Aragón y cols. 2002) sugiere que los objetivos de la evaluación se sitúan dentro de un continuo entre la selección/clasificación, la modificación y los juicios valorativos, pasando por una serie de situaciones en las que los objetivos son mixtos:

- En los objetivos de selección/clasificación es fundamental evaluar las características que permitan predecir el rendimiento cognitivo o funcionamiento socioemocional de la

persona. Esta predicción se ha apoyado tradicionalmente en la medida de variables concebidas un tanto estáticas – aptitudes, rasgos, etc. Medida en que lo importante es su estabilidad.

- Cuando el objetivo es determinar qué tipo de intervenciones se requieren para facilitar el cambio de conducta en sujetos con problemas clínicos, es necesario analizar las variaciones que se producen en el comportamiento tanto en forma espontánea, como inducidas desde el exterior, de modo que se pueda identificar en qué punto se debe intervenir.
- Cuando los objetivos son de tipo valorativo, el tipo de información a reunir como base de la evaluación dependerá de aquellos datos que permitan conocer los efectos de la intervención y determinar las causas por las que se hayan obtenido los resultados deseados o no deseados.

4.2 Método De Evaluación.

El psicodiagnóstico es un proceso de inferencia mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos a través de diversos procedimientos, instrumentos y técnicas, los ordena y organiza desde un marco de referencia constituido por teorías del desarrollo y la personalidad, para darle un sentido psicodinámico, funcionalista, cognoscitivista, gestaltista etc. El proceso psicodiagnóstico, se apoya en el método clínico, que puede a su vez ser definido por el conjunto de procedimientos, que, ordenados sistemáticamente, se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano.

Se constituye de 6 pasos básicos: observación, indagación, confirmación, abstracción o diagnóstico, pronóstico y sugerencias de intervención.

Inicialmente el psicodiagnóstico parte de la observación sistemática del comportamiento, guiada por el marco teórico metodológico, que maneja el psicólogo y que determina la forma de observar y escuchar, los datos a los que atiende y la lectura de los mismos; iniciando así el proceso de comunicación de la persona que acude en búsqueda de solución de los problemas que le aquejan.

El psicólogo observa tanto la comunicación verbal (discurso) como no verbal (apariencia física, facies, manerismos, inflexiones de la voz, tono afectivo, etc.); atiende tanto al contenido (lo que dice) como al proceso (cómo lo dice); lo explícito y lo implícito; además de escuchar la

demanda, qué solicita, cómo solicita, quién solicita y por qué; incluso escucha “lo no dicho”. Por otra parte, como proceso comunicacional dinámico, el psicólogo con sus actitudes, preguntas, reacciones, persona misma y estilo propio, también comunica y favorece o entorpece el devenir del proceso. El segundo paso del método clínico es la indagación, dirigida para explorar y obtener información acerca de la vida de la persona, los eventos actuales y el motivo de la demanda; particularmente a través de la entrevista y la historia clínica que permiten delimitar el planteamiento del problema, las preguntas de investigación y el establecimiento de hipótesis; base para la planeación y diseño de la evaluación, lo que conduce a la elección de los instrumentos y técnicas psicológicas idóneas a utilizar para el caso. La entrevista diagnóstica incluye los siguientes aspectos:

- Aclarar la naturaleza del problema que requirió la evaluación.
¿Quién o qué produjo esta necesidad?
¿Proviene del seno familiar o de fuentes externas?
- Exploración completa del problema que se presenta.
¿Qué, cómo, cuándo y dónde de la queja manifiesta
- Exploración de otras áreas relacionadas con el problema.
¿Ha tenido otros problemas, de qué tipo, se relacionan?
- Examen mental, en caso necesario.
- Establecer hipótesis diagnósticas.

La información relacionada con el problema que se presenta, es el principal organizador del proceso de entrevista y toda la recopilación tomará el problema presente como punto de referencia y eje de integración.

Por lo tanto, la conversación entre el psicólogo y el paciente tiene un propósito especial; no es una comunicación vaga y sin sentido. Tanto la entrevista como los estímulos de la prueba favorecen respuestas del paciente, y su análisis ofrece una apreciación y comprensión de los conflictos internos, causas, manifestaciones sintomáticas, áreas de mayor afectación, formas peculiares de demanda y estilo de relación e interacción con los demás.

La entrevista, por tanto, ofrece un bosquejo inicial de la personalidad del sujeto evaluado, en el que se basan las primeras hipótesis acerca de su peculiar estructura y de la madurez o inmadurez de la misma.

Durante las sesiones de entrevista, es importante tomar el historial clínico de la persona evaluada y realizar el examen mental de ser necesario.

La historia clínica es una herramienta a disposición del psicólogo, cuyo formato permite la organización del acopio de información que se ha logrado durante la entrevista, ha sido concebida de diversas maneras:

- Esquema mental o escrito correspondiente a diferentes modelos teóricos.
- Entrevista, con objetivos específicos, estructurada previamente.
- Registro sistemático de los datos organizado por áreas o etapas.
- Cronología detallada de la historia de desarrollo del niño.
- Perspectiva de la situación actual.

El formato de la historia clínica presenta en forma estructurada los datos centrales sobre los antecedentes personales, adecuando el contenido y énfasis de las áreas indagadas en función de las características de cada caso.

En tanto, a la evaluación mental, es un procedimiento que se presenta en un formato jerárquico, al que recurre el psicólogo para explorar el estado mental de la persona al valorar las principales áreas de funcionamiento:

- Orientación (tiempo, espacio y persona), atención, percepción, emociones y afectos, patrones de pensamiento, conducta volitiva y habilidades cognoscitivas, entre otras.

La exploración del estado mental permite detectar signos y síntomas para cada área de funcionamiento. Simultáneamente con la historia clínica brinda las bases para establecer el diagnóstico nosológico, determinar objetivos del psicodiagnóstico y diseñar la evaluación.

El tercer paso del método clínico alude a la confirmación de las hipótesis iniciales establecidas a partir de las observaciones, entrevistas, historia clínica y examen mental, al obtener datos sistemáticamente a través de una batería de pruebas psicológicas elegidas exprofeso para cada caso y situación (instrumentos psicométricos y técnicas proyectivas), cuyos resultados permitirán aceptar o rechazar las hipótesis propuestas.

Para seleccionar las pruebas psicológicas que se van a utilizar, es importante considerar tanto las características individuales de la persona evaluada (edad, escolaridad, nivel sociocultural, estado de salud, limitaciones físicas y psicológicas, actitudes y disposición a la evaluación) como a

los criterios y particularidades de cada instrumento (estandarización, validez y confiabilidad, fundamentos teóricos y materiales).

La situación de prueba refleja el funcionamiento conductual cotidiano del paciente, al emerger en forma constante las características básicas o rasgos centrales de la personalidad que se verán reflejados en las diversas técnicas y escalas de medición que evalúan las principales áreas de funcionamiento y relación. La detección de este patrón cognitivo y socioemocional hace posible confirmar, invalidar o modificar las hipótesis iniciales y asienta las bases para el diagnóstico.

Una vez aplicados, calificados e interpretados los instrumentos y técnicas psicológicas, se inicia el cuarto paso correspondiente al proceso de abstracción de la información total recolectada sobre la persona, este paso consiste en identificar los elementos significativos del caso, comprender las concordancias, explicar las discrepancias y establecer las relaciones entre los datos desde un enfoque psicodinámico, que dé cuenta cabal de la estructura de personalidad del sujeto; así como definir a partir de la naturaleza de su queja, un posible trastorno o enfermedad. Datos que reunidos permiten establecer el diagnóstico informal; mientras que el diagnóstico formal, atiende en estricto a las relaciones entre signos y síntomas detectados y se sustenta en las clasificaciones nosológicas vigentes en el DSM-V o CIE11.

Los últimos pasos del Método Clínico se presentan íntimamente ligados, corresponden al pronóstico y a las sugerencias de intervención. El primero se establece en términos de adjetivos que califican la posible evolución del conflicto o trastorno (favorable, desfavorable o reservado, positivo o negativo), al considerar recursos personales, red social de apoyo, adherencia terapéutica, posibilidades y disposición para seguir las recomendaciones. A ello se agregan términos relacionados con el tiempo (a corto, mediano o largo plazo), que deberá transcurrir para alcanzar ciertos resultados en el caso de aplicar las sugerencias terapéuticas.

Acercas de las sugerencias terapéuticas, es importante partir de una visión integral del caso, jerarquizar las necesidades de atención y valorar las posibilidades y actitudes para el cambio de la persona, grupo familiar o institución, por lo que las recomendaciones deberán ser realistas y estar asentadas en las condiciones personales, relacionales y contextuales actuales de la persona evaluada.

La importancia que tiene el psicodiagnóstico, es sustentar la toma de decisiones basada en los resultados de la evaluación, que serán determinantes en la vida de una persona. Por tanto, aplicar

el Método Clínico, es más que el empleo de un simple procedimiento, implica un proceso, que requiere del psicólogo, no solo una actitud, sino también una serie de aptitudes sustentadas en una formación profesional, personal y ética que se ponga a disposición de la comprensión de aquel que le hace una demanda.

Finalmente, con el material integrado se elabora el informe psicológico de manera precisa y comprensible, a fin de facilitar la devolución de los resultados, concluyéndose así el proceso diagnóstico.

4.3 Conceptos Y Objetivos Del Informe Psicológico.

Existen diferentes conceptualizaciones sobre lo que es un informe psicológico, y por tanto se le define de acuerdo con las diferentes teorías psicológicas en función de sus postulados, al hacer énfasis en los puntos básicos y fundamentales que cada una de ellas considera. Tallent (citado en Avila, A y cols, 1992) define el informe como un documento escrito que sirve para comprender algunas características de la persona y sus circunstancias, con el fin de tomar decisiones y de intervenir positivamente en su vida.

Desde el punto de vista clínico, Ochroch (cit Verthelyi, R. F. 1989) con un enfoque más dinámico del diagnóstico individual, define el informe a partir de dos elementos:

Por su objetivo. “Es un instrumento para dar respuesta a las preguntas específicas del derivante”.

Por su contenido. “Debe ser una descripción evaluativa de un ser humano. Qué clase de persona es, qué le pasa, y cómo esto que le pasa influye en cómo piensa, siente y se comporta”. Esta descripción puede incluir múltiples dimensiones, tales como sus aspectos funcionales y disfuncionales, sus mecanismos adaptativos y modos de distorsión defensiva de la realidad, cómo y cuándo ocurren los momentos de disfunción (síntomas) y qué los detona (aspectos dinámicos).

Por otra parte, Fernández Ballesteros (2005) indica que, el informe supone un documento escrito, que presenta los resultados de las exploraciones efectuadas, con base en las cuales se realizan una serie de concretas recomendaciones o, se llevan a término determinados tratamientos con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados por el sujeto o por el derivante.

Por tanto, el objetivo general de todo informe psicológico es atender a las demandas y problemas presentados por el paciente o derivante, el reporte debe estar centrado en el sujeto evaluado, y la información contenida debe responder al motivo de la evaluación.

Para cumplir con su cometido, el informe se puede presentar de manera oral o escrita. El primero de ellos hace referencia a la entrevista de devolución de la información, que consiste en comunicar al sujeto o personas cercanas autorizadas, en el curso de una o varias entrevistas, los resultados de la exploración psicológica, y discutir las recomendaciones de intervención cuando sean necesarias. Esta comunicación constituye la fase devolutiva del proceso de evaluación clínica, y supone la participación activa del sujeto y del evaluador, en una mutua interacción determinante para ambos.

Por otra parte, el informe escrito, es un producto acabado, un documento que se entrega comúnmente a otro profesional o a quien deba tomar decisiones con base en el contenido del mismo, suele ser una comunicación unidireccional y escrita; sin embargo, aunque el informe debiera ser suficiente para transmitir las ideas básicas sobre el caso, no hay que descartar un enriquecimiento mutuo por medio del diálogo entre el psicólogo y el que demanda que, al complementar lo escrito con lo verbal, permite el abordaje de otras áreas y el intercambio de opiniones.

Dentro de las cualidades que debe contener un informe, Sattler (2003), indica que éste debe de estar bien organizado y tener fundamentos sólidos; para él un buen informe contempla los hechos, integra los resultados de las observaciones conductuales, la información obtenida de las entrevistas y el material pertinente de la historia clínica (que incluye los datos actuales y anteriores de naturaleza social, educativa, psicológica, psiquiátrica y médica, y las recomendaciones e información previa a la canalización) y los resultados de las pruebas aplicadas. Siempre bajo una óptica de respeto por parte del evaluador hacia la individualidad de la persona evaluada y tomando en consideración el contexto, el motivo o propósito del estudio.

El informe psicológico puede tener diferentes propósitos, entre otros:

- Proporcionar a la persona evaluada y a otras partes interesadas la información precisa relacionada con la evaluación.
- Proporcionar información para confirmar las hipótesis clínicas.
- Desarrollar con la información obtenida un programa de intervención.

- Valorar programas de investigación.
- Proporcionar información significativa de línea base para valorar:
 - a) progresos terapéuticos de la persona evaluada.
 - b) cambios que ocurren como resultado del tiempo.
- Documento legal.

4.4 Contenidos Del Informe.

Un informe es un registro clínico que describe de manera adecuada los hallazgos de la evaluación, incluyendo la información acerca de los antecedentes de la persona examinada y sus problemas, ventajas y limitaciones actuales; incluye las observaciones conductuales y las interpretaciones de las pruebas. El valor del informe psicológico reside en el grado en que atiende a la pregunta de canalización.

La forma de estructurar un informe psicológico depende básicamente del enfoque teórico que se adopte, para algunos psicológicos, se estructura basándose en el sistema teórico que le da sentido; para otros, parte de la descripción de los resultados de los test o procedimientos utilizados en la exploración; o bien centrado en los objetivos o en el problema de estudio.

Es evidente que un modelo específico estandarizado no es posible ni tampoco recomendable ya que el contenido y la forma del mismo dependerá de a quién va dirigido (niño, adolescente, adulto, adulto mayor) y cuál es el motivo de la evaluación, por lo que se sugiere que el clínico construya un informe que sea relevante para cada problema que estudie, que contemple el ámbito en que se desarrolla la evaluación y los propósitos de la misma (selección, diagnóstico, diseño de un programa de intervención o seguimiento).

No obstante, existen diferentes modelos que se pueden ajustar a diferentes poblaciones como, por ejemplo, Sattler (2003), quien trabaja principalmente con niños, diseñó un formato estándar de los elementos que deben considerarse en un informe y contempla los siguientes puntos:

- Información de identificación.
- Instrumentos de evaluación.
- Razón para la canalización.
- Información sobre antecedentes.
- Observaciones durante la valoración.
- Resultados de la evaluación e impresiones clínicas.

- Confiabilidad y validez.
- Pautas para informar los resultados de una prueba.
- Intervalos de confianza.
- Impresiones clínicas y diagnósticas.
- Organización de la sección de resultados de la evaluación e impresiones clínicas.
- Recomendaciones.
- Resumen.
- Firmas.

Por su parte, Reyes O, Lucio E y Esquivel F., (1987) proponen desde el modelo psicodinámico un procedimiento para integrar y organizar en las áreas básicas de funcionamiento y relación, la información obtenida sobre el sujeto a través de la observación, la entrevista, historia clínica, autobiografía, pruebas psicológicas y técnicas proyectivas, y proponen como elementos básicos del contenido del reporte psicológico, los siguientes:

Ficha de identificación.

Objetivos del reporte psicológico.

- fecha de aplicación.
- técnicas empleadas.

Descripción del paciente, observaciones y comentarios.

Antecedentes personales.

Resultados e interpretación de las técnicas empleadas:

- Área intelectual.
- Características del pensamiento y contacto con la realidad.
- Área perceptomotora.
- Área afectiva:
 - tono afectivo.
 - demanda y expresión del afecto.
 - características del control de impulsos.
 - autoconcepto.
 - relaciones interpersonales.

- Capacidad de insight.
- Mecanismos de defensa.
- Áreas libres de conflicto.
- Impresión diagnóstica.
- Sugerencias de tratamiento.
- Pronóstico.
- Firma.

Ficha de Identificación: Reúne los datos personales del evaluado, nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, fuentes informantes, derivante, institución que remite, etc.

Objetivos del reporte psicológico: Describe claramente el motivo por el cual el usuario y/o los familiares acuden a solicitar una evaluación psicológica. En el contexto clínico, en general se trata de un problema que produce malestar en el paciente, altera su comportamiento, y en consecuencia la relación con las personas cercanas a él, en el caso de los niños cita las distintas versiones que sobre el problema y los síntomas tienen el menor, los padres y aquellas personas interesadas en su comportamiento y desempeño.

Finalmente se agregan las características de la demanda y las expectativas sobre el proceso.

Descripción del paciente, observaciones y comentarios: Incluye una descripción sobre las características físicas y psicológicas del evaluado, entre otras, apariencia, aliño, actitud ante la evaluación y formas particulares de interacción social, basadas en la observación sistemática de sus conductas durante todo el proceso psicodiagnóstico.

Antecedentes: Reúne los hallazgos básicos sobre la historia de vida del sujeto: sobre la dinámica familiar, desarrollo, salud, hábitos, conducta y juegos o intereses, área escolar, laboral, sexual y social, eventos significativos actuales, al citar solo la información pertinente y acorde con los objetivos, contexto y persona solicitante.

Resultados e interpretación de las técnicas empleadas: Inicialmente se enlistan las técnicas empleadas en el orden en que serán analizadas con su nombre completo, versión de la prueba y año de la misma. Las pruebas elegidas permiten evaluar cada una de las áreas señaladas, aportando información cuantitativa y cualitativa, y los resultados se relacionan con el motivo de la consulta, con lo observado en las sesiones de evaluación y con la información previa y las entrevistas.

Áreas libres de conflicto: Detección de los recursos y fortalezas propias del sujeto como base para el diseño de la intervención terapéutica.

Impresión diagnóstica: Identificación sustancial de los diversos elementos que integran la organización de la personalidad de la evaluada, presentados como:

- Síntesis sobre las áreas evaluadas.
- Organización psicodinámica de la personalidad.
- Diagnóstico nosológico con base en las clasificaciones vigentes.

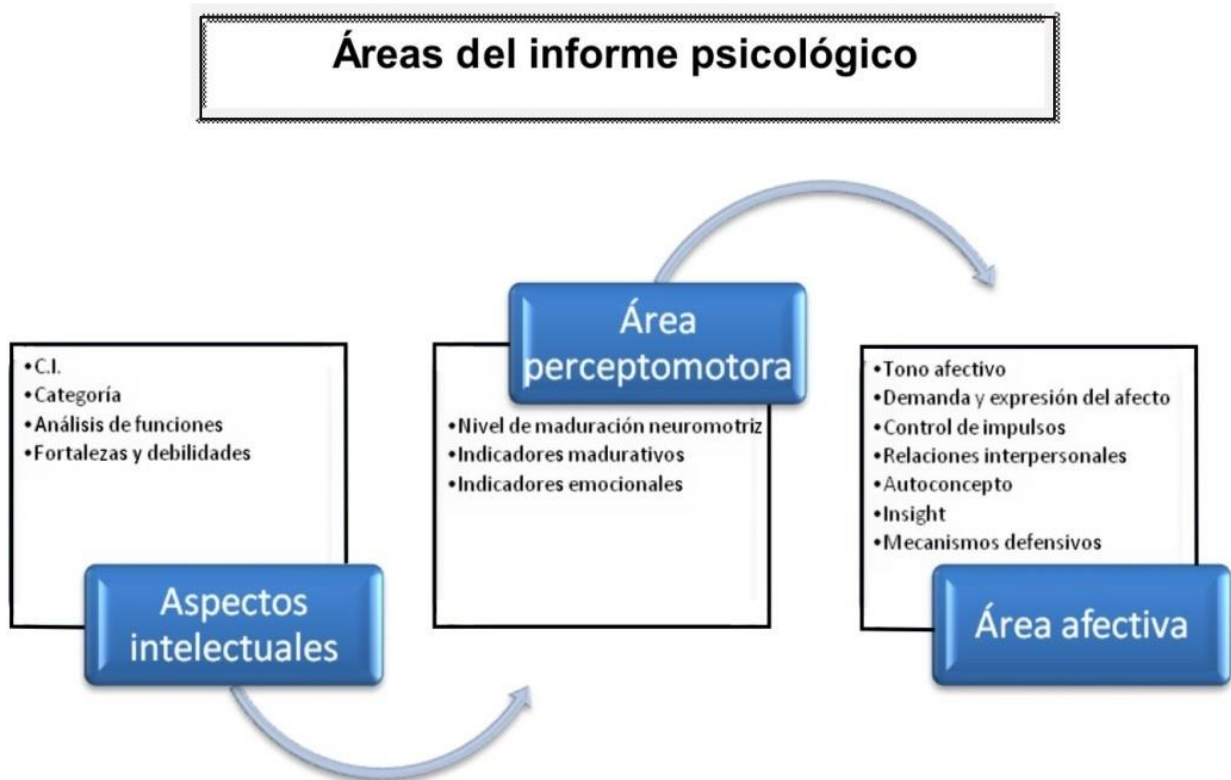
Pronóstico: Supone una predicción de la evolución del síntoma o queja, basada en el tipo de alteración, la gravedad, recursos personales y sociales.

Sugerencias de intervención: Incluye las recomendaciones pertinentes al caso que deberán ser realistas y estar estrechamente relacionadas con la conflictiva detectada y la jerarquía de síntomas.

Firma: Básicamente indica el aval del profesional a cargo de la evaluación y con ello las responsabilidades éticas inherentes.

4.5 Áreas Del Informe.

En el siguiente diagrama se presentan las áreas primordiales comúnmente evaluadas para la mayoría de los casos:



Aspectos intelectuales: Presenta una serie de informes tanto cuantitativos como cualitativos acerca de la dotación intelectual, el rendimiento, uso de recursos intelectuales y la participación de las diversas funciones cognoscitivas (atención, percepción, juicio, pensamiento, lenguaje, etc.), identificando las fortalezas y debilidades intelectuales de la persona evaluada; al observar directamente diversos indicadores durante la entrevista y a través de la aplicación de escalas de inteligencia.

- Indicadores en entrevista:
 - Nivel académico y rendimiento.
 - Logros reales del sujeto.
 - Manejo de la situación de entrevista.
 - Forma de expresión del sujeto: oral y gráfica.
 - Intereses del sujeto.
 - Manejo de situaciones cotidianas y conflictivas.
 - Comprensión de contenidos abstractos.
 - Ambiente sociocultural del que proviene el sujeto.

- Escalas de inteligencia: existe una variedad de pruebas que evalúa el factor general de la inteligencia (Dominós, Raven, Beta III). Las escalas Wechsler para niños y adultos que valoran factores específicos (WPPSI, WISC IV, WAIS III) permiten:
 - Obtención del CI y de las puntuaciones índice.
 - Comparación entre CIV y CIE.
 - Análisis de las funciones.
 - Fortalezas y debilidades.

Área perceptomotora: Considera alteraciones perceptuales, motoras y conductuales asociadas con la presencia de patología orgánica cerebral. Se orienta a establecer un diagnóstico diferencial entre problemas emocionales y alteraciones generadas por organicidad; detectadas mediante la observación directa, reportadas en la entrevista, o bien evaluadas a partir de las ejecuciones visomotoras propuestas por instrumentos diseñados exprofeso que pueden además ser calificados mediante diversos sistemas de puntuación.

- Indicadores en la entrevista:
 - Historia familiar del sujeto.
 - Antecedentes neurológicos o psiquiátricos familiares.
 - Historia del nacimiento y del desarrollo.
 - Factores de riesgo.
 - Retraso en el desarrollo.
 - Características del padecimiento actual.
 - Desarrollo académico.
 - Relación con trastornos neurológicos (dificultades en la memoria, confusiones temporoespaciales, problemas de aprendizaje, de atención y concentración, afecciones del lenguaje, conducta inusual o bizarra, labilidad emocional, dificultades en el control de impulsos, etc.).

Para evaluar el área perceptomotora se emplean diversas pruebas: Test de retención visual de Benton, Test de Integración Visomotora (IVM), Figura compleja de Rey-Osterrieth y el Test Gestáltico Visomotor de Bender, instrumento sobre el que más se ha investigado y que ofrece diversas modalidades de calificación e interpretación.

- Sistema de Puntuación de Koppitz que permite mediante los indicadores evolutivos y emocionales la obtención del nivel de maduración neuromotriz y la detección de algunos rasgos de personalidad en los niños.
- Sistemas de puntuación de Hutt y Laks, detectan signos de organicidad y determinan algunos rasgos de personalidad en los adolescentes y adultos.

Área afectiva: Evaluación de las respuestas afectivas del sujeto, resultado de la interacción de factores innatos y aprendidos que configuran la estructura caracterológica, así como la valoración de la presión del ambiente sobre dichas características. Incluye la integración de las observaciones directas en la entrevista y la interpretación clínica de los resultados de las pruebas en el contexto familiar, escolar, laboral y social según lo amerite el caso.

La evaluación e integración de los datos de esta área constituye un reto de mayor dificultad para el psicólogo, pues comúnmente las técnicas empleadas para explorar todos estos elementos promueven la subjetividad de la persona evaluada, y requieren por parte del profesional, de una actitud objetiva, registros precisos y revisión sistemática de las respuestas, para identificar el patrón global de funcionamiento y adaptación del sujeto.

Indicadores en la entrevista:

- Tono afectivo – estado anímico predominante durante la evaluación.
- Demanda y expresión del afecto – demanda de atención, fluctuaciones del estado de ánimo, manifestaciones, intensidad, estabilidad, motivación, etc.
- Control de impulsos – tipo de control, límites, autoconciencia, reacciones y expresiones asociadas.
- Relaciones interpersonales – pautas de interacción con el psicólogo, actitudes sociales, campo de relaciones, forma característica de vinculación con personajes significativos.
- Autoconcepto – percepción, valoración y referencias del sí mismo, en relación con la percepción de otros.
- Insight – capacidad de reflexión y juicio, relaciones causa efecto, nivel de participación, actitud de compromiso y responsabilidad con el cambio, expectativas de atención.
- Mecanismos defensivos – tipo, empleo efectividad y variedad.

Las técnicas más frecuentes para indagar esta esfera son:

- Técnicas informales: observación, entrevista y autobiografía.
- Técnicas semiestructuradas: Frases incompletas, Fábulas de Düss.
- Técnicas grafoproyectivas: DFH-Koppitz, Machover, H.T.P., Familia.
- Técnicas aperceptivas: CAT, TAT.
- Pruebas psicométricas: MMPI-2, MMPI-A, 16 PF Catell, Escalas de depresión, ansiedad, autoconcepto, etc.

4.6 Devolución De Los Resultados Bajo Informe.

Informe y devolución han sido considerados desde siempre como el momento de cierre del proceso de la evaluación psicológica. La correcta devolución de resultados exige que el psicólogo a cargo de la evaluación haya logrado el adecuado conocimiento y cabal comprensión del caso, para que pueda explicarlo con eficacia y resolver las dudas que la persona evaluada, familiares o interesados puedan plantear ya sea sobre los mismos resultados o sobre las acciones a seguir.

La revisión y reflexión con el consultante sobre las calificaciones, ubicaciones sus respuestas y ejecuciones características reflejadas en las técnicas empleadas suelen ser el material más adecuado para mostrarle al paciente aspectos de sí mismo observables en su propia producción y así a partir de ello iniciar un verdadero diálogo sobre sus logros, dificultades y probable origen de las mismas, así como de la situación actual y de sus posibilidades futuras.

Siquier y García (Cit. en Verthelyi, R. F., 1989) definen la devolución de información como “la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres, y al grupo familiar, sobre los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico”. Según estas autoras, la devolución tiene una serie de objetivos específicos tanto para el psicólogo como para el consultante, diferenciándolos entre adultos, adolescentes, niños y el profesional mismo. Desde el punto de vista del paciente o consultante adulto, la devolución resulta importante, puesto que podrá:

Lograr un mayor nivel de compromiso y mejor disposición para colaborar de manera más activa a lo largo del proceso de intervención y futuras evaluaciones.

- Evitar las posibles fantasías de envidia, empobrecimiento, curiosidad y robo provenientes del psicólogo.

- Favorecer la comprobación (prueba de realidad) de que el psicólogo ha salido indemne de la depositación de los aspectos destructivos del paciente, al analizarlos junto con los elementos buenos y reparadores, lo que permite al consultante reconocerlos como coexistentes y propios.
- Disminuir las fantasías que pueda tener sobre su enfermedad como grave e incurable, a través de una comunicación abierta en que las dificultades y los síntomas dejan de ser inabarcables o misteriosos, lo que brinda una oportunidad para percibirlos con un criterio de realidad.
- Restituir al paciente la identidad latente, integrando los aspectos desvalorizados y temidos con otros enriquecedores y potencialmente adaptativos.
- Dar una terminación clara al proceso de psicodiagnóstico, que facilite el desprendimiento en un contexto de diálogo.

En el caso del psicodiagnóstico con niños y adolescentes, la devolución clara de los resultados de la evaluación podrá:

- Favorecer la discriminación de identidades dentro del grupo familiar por medio de la devolución por separado a los padres y al paciente.
- Disminuir las fantasías de enfermedad y de culpa, al reintegrar una imagen corregida, actualizada, ampliada del hijo.
- En los casos de niños y adolescentes que no han venido por propia iniciativa, les da una oportunidad para que logren cierto insight respecto de su situación actual, al funcionar el psicólogo como un segundo detector del conflicto y como el encargado de lograr que los padres perciban y encaren el problema en su justa dimensión coadyuvando así a la solución.

Desde el punto de vista del psicólogo, la devolución de resultados del caso que ha evaluado, le permite:

- Preservar su salud mental evitando que la tarea diagnóstica se transforme en insalubre por los depósitos masivos del paciente.
- Aumentar el caudal informativo al observar la respuesta verbal y para-verbal del paciente durante la devolución, enriqueciendo así el diagnóstico y pronóstico previos y la posibilidad de planificar la terapia.

- Establecer una prueba de realidad de su tarea anterior y facilitar su propia separación del consultante.
- Respecto a la pregunta obligada en estas circunstancias ¿A quién o a quiénes se dirige la información?, existen también ciertas reglas protocolarias:
- La información generalmente se dirige en primera instancia a quien ha sido objeto de la evaluación, ya que el concepto mismo de devolución se fundamenta en la idea de la proyección y posterior reintroyección, “discriminada y dosificada” de los aspectos que de sí mismo ha aportado el sujeto al proceso de psicodiagnóstico.
- Al igual que en la consulta médica, la devolución al paciente implica que se lo considera con capacidad y derecho de conocer aspectos de sí, de sus dificultades y/o capacidades, de lo que pudo enfermarlo y aquello que puede intentar para recuperar o lograr la salud. Sin embargo, no siempre, ni en todos los ámbitos, se ha tomado en cuenta el esclarecer directamente al paciente respecto de cuál o cuáles son los resultados del estudio diagnóstico y el porqué de las recomendaciones sugeridas.
- En el caso particular de la evaluación infantil, dadas las fantasías inconscientes que pueden existir en cuanto a la enfermedad y la curación, es importante hacer un cierre expresamente con el niño separado de sus padres, ya que tiene derecho de saber, a ser escuchado y a ser respondido en sus inquietudes.
- Cuando se planifica una devolución por separado a los padres y al niño, es conveniente primero realizarla con los padres, ya que son éstos quienes deberán decidir si aceptan o no nuestras indicaciones, y es con ellos con quienes haremos el contrato terapéutico, la indicación de una derivación, el compromiso de un seguimiento etc. Necesitaremos de esta información previa para poder planificar adecuadamente la devolución del niño, y dosificar su contenido según el posterior destino de la estrategia propuesta.
- En el caso de los jóvenes, necesario considerar que tan adecuado es hacer o no la devolución por separado, puesto que algunos adolescentes llegan a cuestionar que se vea a los padres por separado como producto de la desconfianza que puede existir, ante el tipo de información que sobre él trasmite el psicólogo a los padres. No obstante, para algunos otros jóvenes pueda resultar cómoda la función de portavoz puesta en el psicólogo.
- En algunas evaluaciones con adultos, por las características del caso (edad avanzada, nivel de deterioro, falta de autonomía o recursos, peligrosidad del síntoma etc.,) requieren que

la devolución y sobre todo las recomendaciones y estrategia terapéutica se explicita no sólo al paciente sino a otros miembros del grupo familiar.

Por consiguiente, es necesario planificar cuidadosamente la sesión de cierre con la devolución de resultados. Para cada caso, así como la evaluación tuvo características y un desarrollo particular y único; la devolución también va a ser única y diferente; por lo que al diseñarla es capital considerar, cómo es la persona, cómo fue la interacción con ella durante el proceso, el material que se va a presentar y la forma en que se le van a mencionar nuestras hipótesis e indicaciones al consultante o a su familia.

Algunas sugerencias que se pueden considerar para planear la devolución pueden ser:

- El número de entrevistas a realizar.
- El tipo o cantidad de información a brindar.
- La secuencia de presentación de la información.
- Las características del lenguaje empleado.
- La utilización de las pruebas.
- La inclusión de señalamientos y /o interpretaciones.
- La presentación del pronóstico e indicaciones.

Sattler (2003), propone considerar al menos cinco factores acerca de las características del niño y de los padres, para diseñar la entrevista de devolución con ellos:

- Aspectos cognitivos – capacidad y nivel de comprensión de la información que les pueda ofrecer y la manera idónea para trasmitirla.
- Factor interactivo – atiende al patrón interaccional del grupo y a la forma de relación con el profesionalista, quien deberá alentar la participación de todos ellos.
- Elementos afectivos – se refiere a las emociones que pudieran emerger en los miembros del grupo durante la devolución.
- Aspectos ético religiosos – contempla las ideologías ético religiosas predominantes de la familia y las reacciones derivadas de éstas, ante los problemas del niño, la responsabilidad, participación y aceptación de las recomendaciones.
- Prácticas etnoculturales – considera los antecedentes étnicos y las prácticas culturales y la manera en que puedan afectar la exposición del problema y la disposición para la intervención.

Este mismo autor, Sattler (2003) reconoce cuatro fases de la entrevista de post evaluación con el niño y sus padres, y sugiere una serie de factores esenciales a tomar en cuenta para una de ellas:

1.- Establecimiento del rapport.

- Hacer acuerdos para la(s) reunión(es).
- Conceder tiempo suficiente.
- Tratar de que asistan ambos padres.
- Preguntar si desean que asista algún otro familiar.
- Iniciar con los saludos y presentaciones correspondientes.
- Revisar principal preocupación, expectativas sobre los resultados y posibles soluciones.
- Citar primero aspectos positivos del niño.
- Mostrar agradecimiento y respeto a todos y cada uno.

2.- Comunicación de resultados.

- Resumir resultados e implicaciones de ellos en forma clara.
- Enfocar la entrevista en el niño.
- Ante resultados graves considerar las diversas reacciones emocionales de los padres.
- Esclarecer causas del problema.
- Usar de manera realista hallazgos diagnósticos para evitar creencias falsas o erróneas.
- Confirmar la comprensión de los padres y del niño acerca de los resultados.
- Hacer consciente la propia actitud hacia los padres y el niño.
- Considerar potenciales obstáculos en la discusión de resultados.

3.- Discusión de las recomendaciones.

- Permitir que los padres formulen un plan de acción.
- Presentar las recomendaciones y analizar alternativas de acción.
- Analizar posibles estrategias, longitud y costas aproximados de las recomendaciones.
- Alentar a los padres a asumir la responsabilidad de la interacción.
- Dar oportunidad a los padres para resuelvan toda duda sobre las recomendaciones.

- Tomar precauciones sobre el pronóstico que del problema que se les ofrece a los padres.
- Informar a los padres sobre sus derechos legales.
- Recomendar libros, panfletos, materiales y organizaciones que ayuden a los padres a participar en la intervención.

4.- Cierre de la entrevista de post evaluación

- Valorar comprensión y emociones de los padres acerca de los resultados.
- Alentar cualquier pregunta adicional.
- Informar sobre su disponibilidad para reuniones posteriores.
- Indicar a los padres que comprende sus dificultades, en especial para aceptar los resultados.
- Identificar la reacción inmediata de los padres al salir del espacio actual.
- Cerrar la entrevista ofreciendo sus datos de ubicación, teléfonos y horarios para cualquier eventualidad.

Para Verthelyi (1989) es necesario tomar en cuenta diversos aspectos de la entrevista de post evaluación:

Número de entrevistas - Respecto al número de entrevistas a realizar, es importante partir del tiempo que se dispone para hacer la devolución de los resultados, y sobre esta base jerarquizar cuáles serán los ejes de la intervención.

Tipo o cantidad de información - generalmente el consultante trae a la entrevista de devolución una serie de expectativas y temores, que será necesario contemplar previamente al programar la devolución de los resultados. Cuando el psicólogo que realizó la evaluación será el mismo que lleve el abordaje terapéutico, puede dejar parte de la información para ir la revisando durante el tratamiento. Cuando se va a derivar el caso, se puede acordar con el futuro terapeuta, que información se le devolverá al consultante.

Pero cuando de antemano se sabe que no habrá un seguimiento y no se cumplirán las recomendaciones, es muy importante que la devolución brinde un cierre que funcione como un modelo de comprensión y esclarecimiento. El sujeto puede así incorporar cierta imagen rectificadora que a pesar de darse en un lapso breve resultará terapéutica.

Por otra parte, el tipo y la cantidad de información a devolver, va a depender del caso, por lo que se debe tomar en cuenta el motivo de consulta y las características personales del examinado. Para que la información aportada no resulte excesiva o escasa. Siquier de O. García, A. (1976) recomiendan empezar por discriminar los aspectos más sanos y adaptativos de los menos adaptativos y enfermos, para luego poder discriminar en aquello que es visualizado como lo más enfermo que se puede o no decir al paciente y/o su familia, tras evaluar sus posibilidades y/oicas que posean para asimilar y tolerar esa información.

Ferrer y Fernández (Cit. en Verthelyi, R. F., 1989) sugieren que con el fin de no inundar al entrevistado con un exceso de material que puede resultar perjudicial, conviene centrarse en el punto de urgencia o motivo de consulta. En esa planificación incluye el uso de material proveniente de algún test para anclar lo que el paciente manifiesta como lo más angustiante, y las manifestaciones inconscientes de esa angustia que se han podido detectar.

Secuencia de la información - la entrevista para la entrega de resultados por lo general provoca ansiedad de parte del entrevistado que puede manifestarse de diferentes maneras como pueden ser el manifestar una actitud de temor y expectativa manifiesta o defensivamente al mostrar una conducta de desinterés o desvalorización. Siquier de O. García, A. (1976) identifican como indicadores positivos de tolerancia a la información que se va brindando, la aparición de nuevas asociaciones y puntos de vista diferentes, así como la expresión de afectos anteriormente soslayados o negados. En cambio, se considera de mal pronóstico una aceptación intelectualizada o excesivamente sumisa y pasiva de la devolución.

Lenguaje utilizado - el lenguaje que utilice el entrevistador debe ser claro, comprensible, sin terminología técnica para facilitar una adecuada comprensión. Cuanto más utilicemos para la devolución de la problemática, los mismos términos en que fue presentada por el sujeto, más éste puede reconocerse y sentirse reconocido. Las metáforas facilitan muchas veces la transmisión de un concepto, siempre que puedan ser compartidas o surjan con claridad del material de quien consulta.

Utilización de las pruebas - Incluir o no el uso de los test en la devolución y elegir cuál o cuáles pueden resultar más adecuados o accesibles para mostrar al entrevistado, es una decisión compleja y difícil. Si la función del test en la devolución es permitir una mejor comunicación con el sujeto a partir de su producción, el material elegido deberá ser fácilmente entendible para el examinado. Solo así podrá promover asociaciones y facilitar reflexiones que favorezcan el

autoconocimiento brindando al mismo tiempo la oportunidad para afinar, confirmar o rectificar las presunciones diagnósticas del entrevistador. Verthelyi (1989) sugiere que el material que se presente esté lo más cercano a la inferencia, cuyo contenido sea menos simbólico y donde la interpretación pueda ser fácilmente ligada con la preocupación más manifiesta del sujeto.

Papel de los señalamientos e interpretaciones - la mayoría de los autores coinciden en que es más adecuado incluir señalamientos que hacer interpretaciones en la entrevista de devolución.

Pronóstico e indicaciones - al igual que en la organización de un informe, plantear las recomendaciones aparece como resultado natural del desarrollo de la entrevista de devolución, ya que surge de la información brindada respecto de qué es lo que pensamos que le ocurre al consultante, las hipótesis que nos formulamos sobre el por qué y para qué y las predicciones que podemos hacer con relación al futuro de esta situación, si se mantiene o empeora. Esto es así, aun en los casos en que podemos llegar a visualizar más de una posible forma de abordaje y discutimos luego con el entrevistado cuál le parece más factible para él.

Sin embargo, aunque las recomendaciones se asientan en toda la información anterior y deben ser coherentes con lo expuesto, el montante de la ansiedad que generalmente movilizan, requiere un espacio temporal importante para su elaboración conjunta. Si la devolución se da en una sola entrevista resulta incorrecto dejar las indicaciones para los últimos minutos sin ofrecer un contexto que permita la indagación y discusión detallada de qué es lo que el psicólogo propone, que tipo de cambios pueden esperarse, cuánto tiempo pueden durar etc.

Cuando se trabaja con niños las indicaciones terapéuticas pueden resultar más difíciles porque toda conclusión en cuanto a la comprensión del paciente, las expectativas y las motivaciones de los padres y el pronóstico clínico sobre el niño son tentativos y parciales.

Se debe de tener cuidado en las entrevistas de devolución a padres, no actuar en contra de ellos, identificándonos con el hijo, ni funcionar como juez, aliándonos con uno y otro miembro de la pareja parental, según quien concuerde más con los resultados que se le presentan en la devolución. Esto es fundamental cuando se pretende lograr que ambos padres acepten una mayor responsabilidad por las dificultades del hijo, centrándose en buscar soluciones.

4.7 Manejo Ético De Resultados.

Es necesario reconocer la gran responsabilidad del psicólogo al realizar funciones de evaluación y psicodiagnóstico, por lo que, al tener y manejar información del paciente, se debe regir por una serie de principios éticos que aseguren el buen manejo de los datos sobre la persona evaluada.

1) **Respeto a la dignidad humana:** Este principio tiene que ver con la autonomía de las personas. Por lo que antes de aplicar cualquier prueba a la persona que solicita una evaluación psicológica, debe estar debidamente informada sobre las aplicaciones y la tarea que se va a llevar a cabo; en el caso de los niños, el profesional debe juzgar si el niño cuenta con los requerimientos de comprensión y conocimiento para ser informado (consentimiento informado). Los informes deben contener únicamente los datos de la vida privada del paciente que sean pertinentes, se deben proteger las notas y registro que se obtienen de la evaluación psicológica. No se debe degradar la integridad de los pacientes ni proporcionar informes a los que abusan de los derechos humanos (Confidencialidad). El profesional debe asumir la responsabilidad de supervisar su trabajo cuando es estudiante y también en caso de duda (debido al poder que en esa circunstancia tiene su palabra).

2) **Tratamiento humano y responsable:** El principio de no dañar, es básico en nuestra profesión, por lo que se debe cuidar sobremanera que los datos registrados obtenidos en el informe no dañen al paciente. Se debe ser discreto con la información que se proporciona y en caso de error, corregir las consecuencias de acciones dañinas. El psicólogo debe siempre asumir su responsabilidad y no delegar a personas incompetentes su trabajo. El psicólogo debe interpretar las pruebas únicamente en el contexto de vida del paciente, lo que implica que siempre debe haber un contacto entre el profesional que interpreta las pruebas y la persona que es evaluada; en ningún caso se interpreta en términos técnicos, sin considerar el contexto.

3) **Integridad profesional:** El profesional debe reconocer sus deficiencias, por esto está obligado a solicitar asesoría en casos difíciles. La persona que realiza el psicodiagnóstico debe ser competente y no recurrir al engaño en el servicio que ofrece. Si es estudiante, debe informar que el trabajo clínico será siempre supervisado.

4) **Responsabilidad social:** La Psicología tiene una fuerte responsabilidad social, por lo que los profesionales tienen que asegurarse que toda intervención sea ética y mantener siempre altos

estándares profesionales; esto es, estar en capacitación y supervisión continua, así como mantener informado de los últimos avances sobre el tema. Nunca debe permitir que se abuse de los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas. Es necesario devolver los resultados a las personas que solicitan la evaluación (así como al niño, si a este se le realiza la evaluación), por lo que es necesario redactar un informe psicológico. El profesional debe conservar un archivo completo de cada uno de sus pacientes, por lo menos 6 meses.

5. Tipos de informe.

5.1 Tipos De Informes Psicológicos.

El informe psicológico forma parte del conjunto de la evaluación y, como tal, su redacción se ajustará a ella. Por eso, de acuerdo al ámbito en que se realiza la evaluación y a los objetivos (tipo de demanda), se hará un recorte del material obtenido para determinar sobre qué se informa.

El informe escrito es un documento que certifica la labor del profesional y en él se verá reflejada su competencia para analizar y elaborar los datos aportados por las diferentes técnicas. Los informes podrán ser diferentes en cuanto a la extensión, al contenido, a la forma o al lenguaje, pero deberán responder al objetivo de la evaluación: psicodiagnóstico clínico, informe pericial, evaluación psicoeducativa, diagnóstico psicopedagógico, selección de personal, etc.

Un autor clásico en este tema, Klopfer expresa que el estilo del mismo podrá facilitar o complicar el proceso de comunicación. Adquirirá objetividad si se lo redacta de una manera impersonal, sin dirigirse directamente al lector y evitando procesos perceptuales o cognoscitivos del autor (He visto, Yo sé, A mi entender, etc.)

5.2 Informe Clínico.

El informe psicológico clínico consiste en la recopilación, en un documento escrito, de los resultados de la evaluación psicológica de un paciente con objetivos terapéuticos.

La especialización y formación del psicólogo le ayudará a recabar solamente aquellas conclusiones que sean relevantes para el objetivo del informe y debe prestar especial atención en la información personal que va a ponerse por escrito. Ésta tendrá el carácter de confidencial y científica.

Fernández Ballesteros (op. cit.) enfatiza el rigor científico del informe psicológico y sostiene que deberá ser:

- Contrastable, por otros evaluadores. Por lo tanto, deberá contar con los datos suficientes para identificar a su autor.
- Comprensible, para la persona a quien va dirigido. O sea, que debe ser redactado teniendo en cuenta al receptor. El lenguaje utilizado, su extensión y su contenido deberán adecuarse con el fin de hacer transmisibles los resultados de la evaluación.
- Útil, debe presentar orientaciones concretas, en torno a los objetivos planteados en la evaluación.

La calidad de un informe no depende de la cantidad de lo escrito. Los datos de las pruebas no deben ser forzados con sobre interpretaciones que no se ajusten con el material. Si se hace una evaluación focalizada, para conocer un aspecto parcial de una persona o valorar un determinado cambio, el informe tendrá que ser compatible con el pedido del remitente.

Para L'Abate (op. cit.) el propósito fundamental del informe psicológico es el de aumentar el conocimiento que se tiene sobre el paciente. Destaca como más conveniente organizar el material en el lenguaje y estilo que mejor lo describa. Todo informe debe ser dividido en dos categorías generales superpuestas: descripción y explicación. Los datos que se incluyan no deben quedar aislados, sino relacionados entre sí en un todo coherente. La descripción resultará incompleta si no presenta conceptos explicativos. El enlace de la información de un párrafo a otro le da, a la redacción del informe, el sentido de continuidad e integración que debe tener.

Autores como Grassano (1984), Casullo (1988) y Bergeret (op. cit.), entre otros, nos advierten del riesgo en el tema del diagnóstico ante la posibilidad de estigmatizar |o rotular a las personas. Entre los aspectos esenciales para elaborar un informe clínico se encuentran:

Poseer la cualificación adecuada: la elaboración de informes psicológicos debe ser llevada a cabo por Licenciados en Psicología que hayan recibido la formación clínica adecuada y se encuentren colegiados en el Colegio Oficial de Psicólogos

Respetar la dignidad, autonomía e intimidad del paciente: esta serie de obligaciones deben tenerse presentes al decidir qué información puede solicitarse al sujeto y qué tipo de información personal puede o debe ser revelada en el informe.

Derecho y deber de informar: se debe ofrecer toda la información al paciente para que sea éste quien decida qué tratamiento seguir.

Organizar los contenidos: Al tratarse de documentos científicos deben estar estructurados de manera lógica y consecuente con sus fines.

Describir métodos e instrumentos utilizados y explicar los resultados: El psicólogo debe transmitir y explicar de manera comprensible y con una fundamentación normativa, empírica y teórica para minimizar las posibles interpretaciones erróneas de los datos

Incluir tanto el proceso de evaluación, como las hipótesis y la justificación de las conclusiones: El informe debe ser lo suficientemente explícito como para que todo el proceso de evaluación pueda ser reproducido y valorado, así como para que quede constancia del mismo.

Respetar el secreto profesional: El psicólogo, el paciente y las organizaciones con las que establezcan una relación científica y profesional, deberán decidir y pactar los límites de confidencialidad y el uso que se prevé de la información obtenida a través de sus prácticas psicológicas.

Cuidar el estilo: la redacción tendrá en cuenta las peculiaridades de este tipo de documentos y deberá:

- Utilizar un lenguaje comprensible.
- Emplear palabras y oraciones breves.
- Evitar el empleo de jergas.
- Utilizar un estilo preciso y claro.
- Incluir esquemas con ideas principales.
- Evitar etiquetas y ambigüedades estigmatizantes para referirse al paciente.
- Todo el abordaje evaluativo debe realizarse bajo un marco de privacidad.
- Se debe especificar desde el encuadre inicial de qué manera se transmitirán los resultados y a quiénes. Los materiales de prueba y los informes se consideran datos confidenciales, por lo tanto, deben estar resguardados y fuera del alcance de otras personas.

5.3 Informe Forense.

Pensar la confección de un informe dentro del ámbito forense, implica tener presente una serie de variables que son indispensables para un correcto desarrollo de la tarea profesional del psicólogo.

En primera instancia, se debe tener en claro que los psicólogos son considerados «auxiliares de la Justicia», esto es, construir con ciencia y saber, otorgándole al juez los instrumentos necesarios para poder dictaminar una sentencia, aportando observaciones e inferencias con la necesaria apoyatura científica sobre el caso asignado.

Dado que este informe es para profesionales alejados de la terminología «psi», se debe ser suficientemente claro y preciso en las expresiones e inferencias, permitiendo un rápido entendimiento y una fácil comprensión de los ítems que se desarrollan en el informe pericial.

La denominación "perito" abarca el concepto de "experimentado, entendido, práctico, versado en un arte o técnica, autorizado legalmente para dar su opinión acerca de algo que es de su dominio" (Castex, 1991).

Al perito psicólogo, mayormente designado por el juez de una causa (fuero civil, comercial, menores y penal), se le solicita un informe psicodiagnóstico de acuerdo a los requerimientos que expiden tanto la parte actora (la que defiende al afectado) como la parte demandada (a quien se demanda). Estos requerimientos de información son denominados puntos de pericia.

Los puntos de pericia son, por así decirlo, el ápice de la principal tarea del perito Psicológico. Es el eje directriz sobre el cual se basa todo el estudio. Si bien es cierto que en un proceso psicodiagnóstico confluyen una amplia gama de rasgos y aspectos diversos de la personalidad, en el informe sólo se volcarán aquellos que estén verdaderamente entrelazados con los puntos solicitados.

Evidentemente, y siguiendo esta misma línea, las entrevistas deberán ser más pautadas que en otros modelos de entrevistas clínicas, ya que la información requerida y los tiempos que se disponen son más acotados.

Según De Santo (1997), dentro del ámbito forense existen principalmente cuatro categorías de perito:

- Peritos de oficio (elegidos por el juez).
- Peritos oficiales (pertenecientes al Cuerpo Médico Forense y Policial).
- Peritos particulares (consultores técnicos).
- Peritos de parte (que responden a una de las partes de la causa).

El perito posee determinados deberes a cumplimentar. Ellos son:

- Aceptar el cargo.
- Prestar juramento, salvo que tenga título habilitante.
- Practicar personalmente las operaciones necesarias para su dictamen, bajo el control del juez y en la forma establecida por la ley procesal.
- Obrar y opinar con lealtad, imparcialidad y buena fe.
- Fundamentar su dictamen y rendirlo en forma clara y precisa.
- Guardar el secreto profesional cuando el caso lo requiera.
- Por otra parte, posee determinados derechos, a saber:
- Derechos patrimoniales (tiene derecho a que se le suministre el dinero para los gastos y a percibir una remuneración por su labor).
- Derecho a la libertad para investigar de acuerdo a lo que considere necesario.
- Derecho a que se le faciliten los medios necesarios para su investigación.

Por último, dentro de estas consideraciones expuestas, cabría dejar asentado aquí sus diversas responsabilidades penal, procesal y civil.

La responsabilidad penal está relacionada con el grado de veracidad y con la ética de su ejercicio de rol. No debe falsear u ocultar hechos o circunstancias que harían modificar sus conclusiones. "El juramento, precisamente, tiene como uno de los propósitos exigir esa responsabilidad penal por perjurio o falso dictamen y por soborno si es el caso" (De Santo, op. Cit.). Otros autores anexan, asimismo las faltas que el perito llegare a realiza callando verdades e informaciones obtenidas, o su propia inexperiencia en el tema. La responsabilidad procesal disciplinaria está referida a desobediencias y faltas.

Por último, la responsabilidad civil se refiere a los daños y perjuicios que origine a los litigantes (por ejemplo, por la destrucción de documentos o la violación del secreto).

Es evidente que la ética profesional debe estar presente aquí aún con mayor intensidad, ya que el perito debe adscribirse a lo que se le requiere, evitando una incursión la vida privada del

examinado, efectuando preguntas que nada tengan que ver con el área de la personalidad a evaluar, así como tampoco deberá alterar el encuadre por objetivos personales o desviar casos a la consulta privada (De Santo, op. cit.).

Dentro de dicha labor profesional, uno de los conceptos claves que se requieren en todo informe pericial es del "daño psíquico". Aproximándonos a una definición el mismo, Castex lo señala de la siguiente manera: "Puede hablarse de la existencia de daño psíquico en un determinado sujeto cuando éste presenta un deterioro, disfunción, disturbio o trastorno o desarrollo psicogénico o psicoorgánico que, afectando sus esferas afectivas y/o intelectual y/o volitiva, limita la capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa" (citado por Travacio, 1996).

No toda situación de intensa incidencia sobre el sujeto produciría daño psíquico, sino sólo aquellas donde las condiciones subjetivas lo posibilitan. Ello significa que, de acuerdo al tipo de estructura psíquica y del funcionamiento psíquico en particular, una situación inesperada puede o bien traer secuelas graves y derivar en el denominado "daño psíquico", o bien permanecer como un hecho traumático temporario.

Poder deslindar y precisar adecuadamente este concepto principalmente, le brinda al juez la posibilidad de adoptar una postura más clara y apropiada para la ejecución de una sentencia. El juez requiere de los peritos en psicología, para brindarle elementos y herramientas esclarecedoras para la ejecución de un veredicto digno y justo según la causa.

Los trastornos que pueden diagnosticarse como daño psíquico serán los definidos por su índole reactiva, resultante de un evento ocurrido. Ellos entran dentro de lo que se denominan "patología postraumática". Dichas patologías requieren de un intenso y exhaustivo estudio de la personalidad, para deslindar entre lo que se ha denominado "personalidad de base" o personalidad previa, los efectos y consecuencias concretas provocadas por un determinado acontecimiento, y el grado de veracidad de la alteración psíquica que pone de manifiesto el peritado a través de sus enunciados.

Estos últimos términos no están poniendo en cuestión lo que se cómo "realidad psíquica", sino que tienden a buscar un mayor esclarecimiento entre una posible simulación teñida de propia conveniencia y lo que verdaderamente está aconteciendo en la estructura psíquica del peritado. Teniendo en consideración que en esta área se juegan determinados intereses personales

(tenencias, acreditación económicos, penas y encarcelamientos, entre otros), la simulación y la distorsión de la verdad juegan un papel sumamente complejo de dilucidar, pero muy necesario para elaborar un adecuado informe pericial.

Asimismo, no dejan de sumarse aquí aspectos vinculados con el contexto social y cultural del peritado. Ellos son parte esencial en el momento de nuestra interpretación diagnóstica. Un adulto que no ha recibido escolaridad primaria sistemática ni ha desarrollado el área de la imaginación, difícilmente pueda llegar a resolver en forma eficaz determinadas técnicas que requieren de dichas habilidades.

Cuando no llega a responder adecuadamente, por ejemplo, "qué distancia hay entre Francia y Buenos Aires" (Test de Wais) o no logra expresar "qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser persona" (Cuestionario Desiderativo), o bien que no se atiende a la consigna textual del Test de Relaciones Objétales de Phillipson (TRO); dichas dificultades no deberían ser evaluadas únicamente como un problema, sino que debería contemplarse todo su desarrollo y la incidencia del medio sociocultural.

Se debe, entonces, tener la capacidad para diseñar adecuadamente la batería de test, redactando sus consignas en el caso en que así fuere necesario, para arribar a los objetivos que se planteen y realizar un apropiado diagnóstico de la estructura de la personalidad.

Es por ello que la tarea de perito Psicológico exige un alto nivel profesional que implique un posicionamiento ético, una constante formación teórica y práctica con trabajos de investigación y con una supervisión que oriente en el adecuado ejercicio profesional. En la elaboración del informe pericial, suele utilizarse, asimismo, el DSM V, el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Este manual suele ser de mucha ayuda en los momentos de definición de cuadros psicopatológicos, en especial cuando se nos requiere un diagnóstico presuntivo y un pronóstico. Asimismo, estos informes tienen una característica distintiva: suele mencionarse directamente a los autores, con citas bibliográficas específicas.

5.4 Informe Educativo.

El Informe Psicológico Educativo hace referencia al proceso y documento receptor de resultados posterior al estudio y evaluación psicológica del individuo en cuestión, con relación directa al área educacional. De ésta forma, el mismo recopila los datos de interés general que puedan ser útiles para el evaluador en ejercicio, bajo las pautas para el proceso de evaluación.

La mayor demanda de evaluaciones diagnósticas corresponde a la franja etaria infanto-juvenil.

Durante los años de educación formal, el rango de edad de la población atendida es muy amplio, desde los niveles iniciales hasta el nivel universitario. La delimitación del trabajo diagnóstico entre lo referido al campo de la salud mental y al educativo no siempre está netamente diferenciada. Es decir, que las dificultades que se presentan en las situaciones de aprendizaje, en la conducta de relación, en convivencia escolar, en consultas por orientación vocacional, etc., pueden encubrir patologías de personalidad más severas que son detectadas a través de las evaluaciones psicoeducativas.

5.5 Informe Psicopedagógico.

Desde un área educativa, el informe psicopedagógico, es un documento oficial en el que se registran los datos de evaluación de un alumno, integrándolos en un conjunto organizado y dirigido a la respuesta educativa adecuada a sus necesidades. Es, en consecuencia, un soporte de información, resultado de evaluación, vehículo descriptivo o prescriptivo sobre la persona y situación del alumno, que queda como registro referencial.

Se hace por el profesional de la Psicología, Pedagogía o Psicopedagogía a petición del Profesorado, que detectó las dificultades o necesidad en el alumno en cuestión. Se busca con ello ayudar a esa persona a adquirir, desarrollar o mejorar sus capacidades, conocimientos y habilidades, favoreciendo su óptimo nivel de enseñanza-aprendizaje. Resulta en un documento-registro de la evaluación psicopedagógica y de sus correspondientes propuestas de intervención, con lo que se pretendería asesorar al profesorado en la respuesta educativa de su alumnado, así como a las familias en la guía del desarrollo personal y educativo.

Estructura y características del informe psicológico.

Como se ha recogido en otros trabajos (Luque, 2006; Luque-Rojas y Luque, 2018), el Informe, como un documento referencial de intervención psicopedagógica, debe tener, al menos, dos características básicas: ser un documento técnico y objetivo, además de un conjunto estructurado de información útil. Como documento en el que se han recogido datos y su integración, al efecto de conocer y ayudar a una persona, deberá tratarse como conjunto de marcado carácter objetivo, estando construido de forma que sus contenidos puedan ser replicados o contrastados. Esto es, tanto en su propio contexto y situación, como en otros, sus

elementos deberán estar sujetos a revisión, actualización y seguimiento, de ahí que su estructura esté sujeta a la susceptibilidad de modificación y ajuste a la persona situación.

Dentro de esa objetividad, el Informe debe ser útil, esto es, construido para ayudar al individuo concreto, persiguiéndose la adecuación de evaluación e integración de datos hacia los objetivos de desarrollo y formación personal y social. En consecuencia, esa utilidad, que no está reñida con el rigor ni la elegancia, se expresa en un conjunto accesible, comprensible y ordenado de información, resultando en un documento equilibrado tanto en su estructura, como en su contenido, extensión y lenguaje. El Informe, en suma, deberá considerarse como instrumento claro de información y de apoyo al profesorado o padres y madres a los que se dirige.

Aspectos a considerar en un informe psicopedagógico.

En general un informe psicopedagógico de un alumno, manteniendo un formato y estructura general de menor variación, sí deberá prestar atención a sus contenidos, tanto en sus aspectos diferenciales de conjunto, como en las características individuales de los alumnos (Luque, 2006).

Una vez cumplimentados los datos generales o de identificación del alumnado, se expresarán por qué y para qué de la evaluación e informe, esto es, una respuesta al motivo de la consulta y los objetivos que pudieran perseguirse. De esta forma, se podría señalar a modo de sugerencias de texto: Se inicia exploración a petición de la Profesora o profesor, al observar ésta que manifiesta un nivel competencial, ritmo de aprendizaje y desempeño (superior, de menor nivel, medio...) a su grupo de referencia / Aprende con (cierta lentitud, inquietud, dificultad en su atención, facilidad y rapidez nuevos contenidos y de gran dificultad,) /Capacidad (superior, media o de menor entidad) en el razonamiento y la resolución de problemas.

Con todo se persiguen objetivos de evaluación y diagnóstico que procedan, buscando obtener elementos de intervención y de respuesta educativa para el alumno o alumna. En el apartado de aspectos previos se detallan aspectos evolutivos, aportados en la entrevista familiar, pudiéndose hacer constar pautas de de-sarrillo psicomotor (sedestación, gateo y deambulación), comunicación y desarrollo lingüístico (primeras palabras, comprensión – expresión), control de esfínteres, alimentación y sueño, relaciones familiares y sociales, adaptación a situaciones sociales, ... Se continuará expresando otros elementos de la historia personal (intereses y motivación, juegos y preferencias, ...) y familiar de relevancia, así como circunstancias de

trastorno, historia médica (enfermedades, medicación, hospitalización, ...) y los aspectos o cualquier situación de tipo escolar que se consideren.

En los aspectos de exploración, se podrán detallar, de acuerdo al alumno sujeto de estudio, tanto las técnicas como el procedimiento aplicados. Así, para cualquier alumna o alumno en concreto, se podría expresar: Dadas las circunstancias personales y de historia escolar del alumno, se ha decidido hacer uso, entre otras, de las siguientes técnicas y procedimiento de valoración.

Se opta por la evaluación del alumno con entrevistas de asesoramiento a la profesora - tutora, prosiguiéndose con la valoración del niño y terminándose con entrevista evolutiva y de asesoramiento a la familia. Seguimiento con el equipo educativo y familia.

Se expresan los resultados en una integración de los mismos, procurando no caer en una exclusiva exposición de datos numéricos justificándose en una estructura objetiva de resultados. Éstos han de exponerse con la relación oportuna entre ellos, generando un cuerpo coherente y expresivo de los aspectos evaluados en el alumno/a y que se dirige, finalmente, hacia un diagnóstico como entidad no sólo clasificatoria, sino de base para la respuesta educativa.

En el apartado de resumen y conclusiones, se hará la concreción valorativa, especificando el tipo de alta capacidad. Así podría expresarse: De acuerdo con lo que antecede y para este particular momento evolutivo del alumno o alumna, puede precisarse lo siguiente:

- Estructura y organización cognitiva (buenas, con alto nivel de funcionamiento/de carácter medio/ de menor nivel).
- Capacidad de adaptación y de habilidades sociales normal respecto a sus iguales.
- (Amplio, medio o reducido) vocabulario con un diálogo fluido y rápido. (Interés o no, dificultad o facilidad) hacia la lectura.
- (Capacidad o no) para crear ideas originales.
- Generación de diferentes soluciones o vías de resolución de un mismo problema.
- Nivel de conducta adaptativa y habilidades sociales.
- Otros: Aspectos musicales, de ocio, deportivos.

En un resumen de valoración diagnóstica, considerando sus aspectos evolutivos y de conducta personal y social, sin perjuicio de lo que aporten posteriores valoraciones, y como una base de partida para el seguimiento y evaluación psicológicos y psicopedagógicos, su caso puede valorarse

de ... [entidades diagnósticas que procedan]. El desarrollo de Orientaciones o Propuestas de intervención estará pues en función de la integración de resultados y de su incardinación con el análisis que haya realizado el Equipo educativo, obteniéndose así una valoración de necesidades educativas a las que poder aportar la respuesta correspondiente.

5.6 Equipos Multidisciplinarios.

El equipo multidisciplinario es aquel que esté formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno de ellos es el responsable del trabajo que se lleva a cabo. Sin embargo, requiere del aporte del resto de los profesionales para obtener el logro de los objetivos comunes. El equipo interdisciplinario, está constituido por un grupo de profesionales, en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción definido o bien es la acción simultánea y metódica de los profesionales de un mismo servicio, aportando bajo la autoridad de un responsable, una contribución bien definida al estudio y al tratamiento de una situación dada.

Para efectos de estudio, vamos a entender el equipo interdisciplinario como: "La integración armónica de un conjunto de individuos que interactúan en forma duradera, para el logro de uno o varios objetivos comunes, por medio de una autoridad técnica y administrativa que, aunque centralizada, considera la delegación de funciones". Definido y conceptualizado de esta manera el equipo interdisciplinario, constituye un método de acción, que favorece el conocimiento de los verdaderos intereses de éste. Además, permite acciones definidas útiles y eficaces al considerar los esfuerzos de sus integrantes. Por otra parte, evita la acción neutralizante del individualismo y la anarquía en el trabajo, tratando de obtener un mayor aprovechamiento, de los recursos institucionales.

Se desprende de la definición anterior de equipos interdisciplinarios que este trabajo, se basa en una administración flexible que debe considerar en forma permanente factores humanos y de dirección. Sin embargo, no debemos entender la interdisciplinaria en un sentido formalista de relación mecánica de disciplinas, sino que debe entenderse como trabajo creativo y productivo de la realidad natural o social, dinámica y compleja. Por lo tanto, es importante anotar: "que el trabajo interdisciplinario no debe constituirse como un mecanismo de racionalidad del sistema, sino que debe inscribirse en la lucha por transformar un mundo injusto, agitado por las contradicciones de clases".

Al abordar la temática del trabajo en Equipo Interdisciplinario, es necesario hacer mención a la división del trabajo. Ello por cuanto el hombre, a través de la historia de la humanidad ha establecido dos grandes tipos de relaciones sociales: cooperación y antagonismo. Ambas son resultado del desarrollo histórico de la sociedad y en consecuencia la división del trabajo. Es precisamente de esta última condición que se deriva el surgimiento de la dinámica de las clases sociales.

La división de funciones comienza a desarrollarse precisamente, en la estructura familiar, con el objeto de preservar la existencia biológica, transformando así la naturaleza y neutralizando las incidencias del medio físico. En otras palabras, es en el núcleo familiar donde se da una primera división del trabajo, como respuesta indispensable en el crecimiento y desarrollo. requieren de otros para su comunicación, cooperación para el logro de una acción en común.

Para hablar de interdisciplinariedad, es importante aludir al criterio del autor, Juan Almendares con respecto a éste, el cual dice lo siguiente: "La interdisciplinariedad existe porque el mismo tiempo que la Ciencia ha sido dividida en varias disciplinas (puntos de demarcación) estas están ligadas mediante puntos de articulación entre disciplinas: Interdisciplinariedad". Diversas circunstancias han hecho que sea imperativo lograr la acción coordinada y armónica de diferentes individuos, especializados en distintas ramas con el fin primordial de lograr objetivos de atención que beneficie a la sociedad.

La importancia de los equipos se concreta al darse por medio de ellos una vinculación de la teoría con la práctica del trabajo manual con el trabajo intelectual, de la enseñanza con el trabajo productivo de la ciencia con la enseñanza y por último de la ciencia con trabajo productivo. A través de los equipos interdisciplinarios se logra contribuir al conocimiento integral del hombre y sus relaciones con la naturaleza y la sociedad. En síntesis, se contribuye a la autoformación o bien a la participación del hombre en forma integral, individual y colectiva, participando en el proceso de transformación de la realidad.

Se orienta a través de estos grupos el conocimiento científico al servicio de la sociedad. Esto se logra mediante la actividad de los equipos interdisciplinarios dedicados al estudio de los problemas económicos, sociales, laborales. médicos y educativos, para generar cambios en la sociedad. Revisten, por lo tanto, los equipos interdisciplinarios importancia porque mediante ellos se contribuye a la creación y desarrollo de nuevas disciplinas. o a la formación de un profesional de carácter interdisciplinario y que comprende la validez de la interdisciplinariedad para la

comprensión integral del individuo. Lo cual permite, mayor flexibilidad en los niveles de ocupación, logrando empleo más acorde a su profesión y a las múltiples tareas que la sociedad requiere.

Con base en lo anterior, se deduce que el agrupamiento de especialistas en diversas profesiones se hace imprescindible, para la atención integral del hombre, debido a que se advierte la necesidad de ofrecer cierta plurivalencia en la formación profesional que permite que el equipo opere, pues se reconoce la necesidad de que en el futuro el individuo tendrá la posibilidad de cambiar profesión, debido a la movilidad e inopia de éstos, en las instituciones. Mediante este proceso se logra una mejor comunicación una reflexión sobre la situación, intercambio de conceptos, puntos de vista instrumentos y metodología que permita un mayor análisis de la situación en estudio.

Un equipo lo definimos como un grupo de personas que han adquirido un determinado nivel de interacción. Todo grupo pasó por un proceso de formación, antes de ser equipo, es decir de tener una tarea y abordarla en forma organizada. De ahí, que consideramos importante incluir algunos elementos sobre la teoría de los grupos, que dan una mayor claridad al tema que nos ocupa sin pretender ser exhaustivos. El punto de partida de este análisis lo constituye la definición de grupo, que depende en gran medida del autor, en este caso, utilizaremos la definición planteada por Georges Suvitch, y que es:

"Es una unidad, colectiva real, pero parcial directamente observable y fundada sobre actitudes colectivas continuas y activas, teniendo una obra común Que realizar, una unidad de actitudes colectivas y activas, de obras y de conductos que constituyen un marco social, estructurarle teniendo a una cohesión relativa de las manifestaciones de la sociabilidad".

El grupo presupone la existencia de varias dimensiones: objetivos, organización, dinámica, tarea y productividad, al ser dinámico constantemente está en vías de evaluación para lograr las metas establecidas. Los miembros de un grupo, participan de los caracteres culturales necesarios para el establecimiento de las comunicaciones. Un grupo, es una pequeña o gran organización, la cual debe ser entendida como una totalidad, como grupo dinámico, da soluciones constantemente, logrando de esta manera cristalizar el objetivo común a todos sus miembros, en la medida en que plantean metas, objetivos y tareas que llenen en gran medida las aspiraciones de los miembros del grupo, para que el interés de los integrantes persista hasta el logro del objetivo final. Para el logro de ésta, el grupo debe tener las siguientes características:

- Cooperación.
- Comunicación.
- Pertenencia al grupo.
- Interacción.
- Valores y normas.
- Decisión y consenso.
- La moral.
- El liderazgo.
- La cohesión.

6. Elementos Claves Del Informe Psicológico.

6.1 Elementos Claves Del Informe Psicológico.

El informe psicológico tiene como finalidad la de diagnosticar, condensar, y resumir conclusiones referentes al objeto de estudio, para realizar un informe psicológico se requiere tener ciertas habilidades como: analizar, sintetizar e integrar una serie de datos obtenidos con las diferentes técnicas e instrumentos como la entrevista, las pruebas proyectivas y las psicométricas. En el informe psicológico se describe la personalidad de tal manera que cualquiera sea comprendido de manera clara por cualquier persona autorizada a leerlo.

Para realizar un informe se requiere realizar una evaluación de la personalidad en la cual se reportan respuestas obtenidas del paciente, así como observaciones propias del psicólogo profesional, teniendo en cuenta que un informe psicológico debe tener:

1. Datos de filiación: Nombre, edad, sexo, estado civil, nacionalidad, domicilio, profesión u oficio.
2. Motivos de consulta: Por quién fue solicitado y objetivos del mismo.
3. Historial clínico, familiar e interpersonal: status socioeconómico, relaciones familiares, sociales, sentimentales y su dinámica, roles, comunicación y cambios significativos. Salud, adicciones, accidentes y enfermedad del grupo y de sus miembros.
4. Procedimientos utilizados: Entrevistas, cuestionarios, pruebas estandarizadas, test psicológicos, entre otras.

5. interpretación de resultados: incluir resultados de cada test y de cada examen complementario realizado, descripción de estructuras de conducta, descripción de rasgos de carácter y de la personalidad.

6. Diagnóstico y caracterización psicológica del individuo y de su grupo.

7. Recomendaciones o sugerencias: estas deben ser claras, concretas, individualizadas, tratamiento, pronóstico, indicar si hace falta realizar otros exámenes o evaluaciones.

6.2 Cualificación Del Evaluador.

El psicólogo profesional como evaluador debe de conocer, desarrollar y aplicar los principios, modelos y métodos propios de la psicología de forma ética con el propósito de estudiar, diagnosticar y tratar problemas o trastornos psicológicos o conductas desadaptativas. La evaluación consiste en recolectar toda información relacionada al funcionamiento cognitivo, conductual y emocional del ser humano para poder brindar un diagnóstico apropiado para promover el desarrollo y bienestar del paciente.

Es importante también tomar en cuenta que las cualificaciones de los evaluadores de la psicología no solo requieren competencias relacionadas al conocimiento de la ciencia en su práctica profesional sino que también son necesarias las cualificaciones que le permiten al profesional en la salud mental ejercer eficazmente, tal como garantizar la calidad científica de su desempeño laboral aplicando sus conocimientos de manera profesional y pertinente, apegarse en todo momento al cumplimiento de la Declaración de los Derechos Humanos y al Código de Ética de la profesión en Psicología.

6.3 Derechos Del Evaluado/Evaluador.

Es de suma importancia que tanto los evaluadores como evaluados se informen sobre los derechos que poseen en el proceso de evaluación Psicológica.

El Evaluado tiene derecho a tener acceso a cualquier servicio de atención de salud mental sin discriminación por su sexo, raza, religión o estatus social, además de tener el acceso de su información en calidad de paciente y tener poder de decisión sobre todas las acciones a ejecutar durante esta proporcionando su consentimiento. Y, sobre todo, a que la atención brindada sea de calidad bajo un profesional de la salud con seguridad a ser atendido éticamente, bajo todas las normas legales en las cuales se cuida su bienestar mental e individual.

Por otra parte, el evaluador puede ampararse al resguardo que le ofrece el Código de Ética de la profesión en Psicología donde se garantiza su derecho a ejercer su profesión de forma independiente y en el área que éste decida, a abstenerse de brindar un servicio profesional, a recibir una remuneración justa por sus servicios y a asociarse libremente para garantizar el cumplimiento de sus derechos.

6.4 Documentos Relacionados Con El Contenido Del Informe.

Los documentos relacionados con el contenido del informe dependen del área y tipo de informe elaborado, tomándose en cuenta principalmente La Ley, el Código de Ética en Psicología. En el área clínica los documentos bases son el CI-11 y DSM, en el área psicopedagógica los documentos bases son La Ley crecer con cariño y la propuesta de transformación de la Nueva Escuela cuando se trabaja con población con discapacidad.

6.5 Estilo De Redacción Del Informe.

El informe psicológico como producto final y de seguimiento del proceso de evaluación requiere de un análisis preciso de todos los datos obtenidos a través de las técnicas e instrumentos psicológicos empleados, este debe ser redactado en un lenguaje claro, concreto y en tercera persona, puesto que se busca transmitir la situación problema, el proceso de evaluación, conclusiones y recomendaciones de manera precisa y profesional.

Es de suma importancia que el informe sea redactado de tal manera que personas no especialistas en el área de psicología pueda comprender su contenido con claridad sin que el informe sea informal y escueto para los especialistas en el área en salud u otras, es decir, el informe debe de redactar ideas claras y correctamente fundamentadas en teorías y modelos de la Psicología.

6.6 Consentimiento Informado.

El psicólogo debe de proporcionar al evaluado toda la información que pueda permitirle participar activamente en las decisiones que conciernen a su salud, es decir, decidir qué tipo de tratamiento recibir o si desea continuar o no en el proceso de atención psicológica. Para esto, en el consentimiento informado se debe de exponer los hechos de forma veraz, clara y concisa, recomendar un plan de intervención e informar otras alternativas para que el evaluado pueda decidir cómo proceder, es de fundamental importancia que el psicólogo garantice que la información brindada haya sido comprendida en su totalidad.

De igual manera, en el proceso de recolección de datos, se requiere solicitar la autorización al evaluado para grabaciones o fotografías y su autorización para la publicación de dichos materiales audiovisuales o escritos en caso de ser necesario, a menos que el consentimiento informado este autorizado por la Ley. Es importante no olvidar que el consentimiento informado debe ser documentado apropiadamente por escrito.

6.7 Resguardo Y Protección De La Documentación.

El informe psicológico es un documento el cual debe proporcionarse únicamente profesionales o instancias pertinentes que requieran el acceso de esta información para ayudar a la salud mental del evaluado y bajo su consentimiento, para ello, el psicólogo debe de guardar apropiadamente el expediente y toda documentación que respalde su labor en el proceso de atención psicológica, evitando que toda documentación quede al alcance de cualquier persona, documentando la fecha, hora, lugar, nombre y propósito en caso de presentación de documentación.

7. Conclusiones y recomendaciones.

7.1 Conclusiones.

- La psicología clínica radica en la capacidad de poder prevenir y tratar afecciones mentales, por lo tanto, una oportuna y profesional evaluación permitirá la detección de un diagnóstico certero.
- La psicología en sus diferentes campos trabaja de diferentes formas, pero siempre buscando la conducta humana que permitirá crear un pronóstico del sujeto evaluado, tal es el caso de la psicología laboral en donde su trabajo marca de manera particular los resultados que el sujeto evaluado presentará dentro de una organización y como esta influirá en su rendimiento laboral.

7.2 Recomendaciones.

- A los futuros colegas se orienta a una búsqueda significativa de instrumentos psicológicos que acompañados de técnicas permitan el ahondar en la atención que demanda el cliente, ya que entre más información mayor será la cercanía a conocer la queja del paciente y por consiguiente cual es la raíz de los conflictos que presenta y poder identificar que el área clínica no solamente radica en o diagnósticas y brindar tratamiento, si no también investigar u ahondar en aquellos problemas genéticos que in fluyen .

- A los profesionales del área de salud mental se recomienda la búsqueda adecuada de instrumentos psicológicos que permitan conocer la personalidad y habilidades que el sujeto presenta, además de evaluar de manera estratégica el contraste entre lo que se presenta en el currículo y lo que muestra el sujeto evaluado, que esto sea acorde al puesto vacante.

Referencias.

- García, F (1991): Administración de Recursos Humanos, México D.E, Trillas.
- Ávila Espada, A. (coord.) (1997): Evaluación en psicología clínica II. Estrategias cualitativas. Salamanca. Amarú Ediciones.
- Ávila Espada, A. y Rodríguez, C. (1992): Psicodiagnóstico clínico, Eudema, Universidad de Salamanca.
- Bassedas E. y otros (1998): Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico, Buenos Aires, Paidós.
- Bergeret, J. (1990): Manual de Psicología Patológica., Buenos Aires, Masson.
- Bleger, J. (1973): Temasen Psicología, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Castex, M.: El daño psíquico en la medicina y la psicología forense, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, T. XXIV.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, R. (2001). Manual de Psicopatología. Vol. 1. Madrid: McGraw-Hill.
- Vallejo, J. (2002). Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Masson-Salvat.
- DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Breviario. Barcelona: Masson.
- Sue, D. y Sue, S. (1994). Comportamiento anormal. México: McGrawHill.
- Casullo, M. M. (1988): Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Klopfers, W. G. (1975): El Informe Psicológico, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo.
- Korchin, S. J. (1996): citado por Kirchner, T; Torre, M. y Foms, M. "Aportaciones conceptuales y metodológicas a la evaluación psicológica." Barcelona, España.
- Rosario. Levin, E. (2000): "La evaluación psicológica forense en población de bajos recursos

escolares y culturales", trabajo presentado en el Congreso de ADEIP, Provincia de Salta, Argentina.
Ley 12.807

"Prevención del abuso contra niños en la provincia de Buenos Aires".

Lolas, E; Jacob, E. y Vidal, G. (1995): Sistemas diagnósticos en Psiquiatría, Chile, Mediterráneo.

Lunazzi de Jubany, H. (1992): Lecturas de psicodiagnóstico, Buenos Aires, Editorial de Belgrano.

Maganto, C. (1995): Psicodiagnóstico infantil. Aspectos Conceptuales y metodológicos, Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Maladesky, A. y Veccia, T. (2001): "El Cuestionario Desiderativo: características, análisis y aplicaciones", Ficha del Dpto. de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA.

Matarazzo, J. D. (1999): Test de Inteligencia para unios WISC MI Weschler, Buenos Aires, Paidos, Prefacio.

Pain, S. (1983): Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje, Buenos Aires, Nueva Visión.

Pugliese, S. (2002): "Cuando documentamos nuestra práctica diagnóstica", en Boletín Informativo ADEIP, año 14, N9 45, pp. 40-42, Buenos Aires, ADEIP.

Rapaport, D. (1978): El modelo psicoanalítico, la teoría del pensamiento y las técnicas proyectivas, Buenos Aires, Hormé.

Schafer, R. (1954): "Criterios para juzgar la adecuación de las interpretaciones", en Psychoanalytic Interpretarían en Rorschach

Testing, Nueva York, Grunne Stratton. Resumen y traducción en Ficha de Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA.

Selviní Palazzoli, M. y otros (1990): El mago sin magia, Buenos Aires, Piados, Educador.

Travacio, M. (1996): Manual de Psicología Forense, Secretaría de Cultura, Oficina de Publicaciones del CBC, Fac. de Psicología, UBA.

Veccia, T. y otros (2002): Diagnóstico de ia personalidad. Desarrollos actuales y estrategias combinadas, Buenos Aires, Lugar Editorial

Fernández – Ballesteros, R.; De Bruyn, E. E. J.; Godoy, A; Ter Laak, J.; Vizcarro, C.; Westhoff, K.; Westmwywr, H.; y Zaccagnini, J. J (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): a proposal for discussion. European Journal of Psychological Assessment, 17, 187-200.

Fernández – Ballesteros, R.; De Bruyn, E. E. J.; Godoy, A; Ter Laak, J.; Vizcarro, C.; Westhoff, K.; Westmwywr, H.; y Zaccagnini, J. J (2003).

Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 84, 58-70.

Fernández-Ballesteros, R. (2003). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.

Luque, D. J. (2006). *Orientación Educativa e Intervención Psicopedagógica en el alumnado con discapacidad. Análisis de casos prácticos*. Málaga: Aljibe.

Luque, D. J. y Luque-Rojas, M. J. (2018). *Evaluación y diagnóstico de necesidades educativas específicas*. Málaga: ICD Editores.

Luque, D. J. y Luque-Rojas, M. J. (2016). *Discapacidad Intelectual: Consideraciones para su intervención psicoeducativa*. Sevilla: Editorial Wanceulen.

Luque, D. J. y Rodríguez, G. (2006). *Dificultades en el Aprendizaje:*

Unificación de Criterios diagnósticos (III). Criterios de intervención pedagógica. Sevilla. Consejería de Educación Junta de Andalucía.

Pérez, E.; Muñoz, M.; Ausin, B. (2003). *Diez claves para la elaboración de Informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales)*. *Papeles del Psicólogo*, 86. 48-60.

Trianes, M. V., Luque, D. J. (2014). *Manual de Psicología de la Educación para Psicólogos*. Málaga: Universidad de Málaga.

Acuña Julieta y Otros: Tesis de Grado "El Funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios de dos Programas del Patronato Nacional de la Infancia y Participación del Trabajador Siciar', Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, Almendares, Juan: "La Interdisciplinariedad y el Trabajo en Equipo", *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* No 2, septiembre-diciembre, 1975.

Cuaderno de Trabajo Social, "Programa de Trabajo Social en la Medicina Hospitalaria", Ediciones Universidad de Navarra, S. A., Pamplona, España, 1973.

Fromn Erich: "El Concepto del Hombre en Marx", Editorial, Fondo de Cultura Económica, México, 1971, Menenghello, Julio: "El Equipo en Salud en un Programa de Atención en Salud", *Pediatría*, Tomo 1, inter Médica, Editorial Buenos Aires, 1972.

Ovide, Menín: "El Trabajo en Equipo Interdisciplinario", Trabajo Mimeografiado. Patronato Nacional de la Infancia, Programa de Reubicación.

Anexos.

Prueba	Objetivo	Autor	Área de evaluación	Ámbito de edad para su aplicación	Tiempo de aplicación	Materiales	Estructura de la prueba
Test Guestáltico II - BENDER.	Evalúa el desarrollo de la integración visomotora en niños y adultos y sus posibles trastornos debido a daño cerebral, la pérdida de función, el retardo, la regresión en niños y adultos, así como las desviaciones de la personalidad en fenómenos de regresión.	Lauretta Bender (1938), Segunda Edición: Brannigan & Decker(2003)	Clínica/ psicopedagógica.	Entre 4 a 85 años de edad.	45 a 60 minutos.	-Tarjetas. - Lápiz. - Hojas de papel.	- copia de una serie de 16 formas geométricas. -reproducción de memoria de las 16 formas geométricas. - Comprende además la aplicación de un formato de observación y dos Test suplementarios de evaluación motora y de percepción.
ENFEN, Evaluación Neuropsicológica de las funciones	Es una batería que permite valorar el desarrollo madurativo	José Antonio Pérez, Rosario Martínez Arias, Lucia Zumarraga	Clínica/ psicopedagógica.	Niños de 6 a los 12 años.	20 minutos.	- manual. - Cuadernillo de	Está compuesta por 4 pruebas, fluidez, senderos, anillas e interferencia.

ejecutivas en niños.	global del niño durante el periodo escolar. En concreto permite realizar una evaluación del nivel de madurez y rendimiento cognitivo en actividades relacionadas con las funciones ejecutivas.	Astorqui.				anotación c)ejemplar de senderos d) cuaderno de estímulos e) tablero con anillas f) lapicero g) cronometro.	
Test de Desordenes de Hiperactividad-Déficit de Atención.	Identificación y evaluación de desórdenes de atención.	James E. Gilliam.	Clínico/ psicopedagógico.	Niños y adolescentes de 5 a 17 años.	3 a 5 minutos.	- Cuadernillo . - Lápiz. - Hojas de papel.	Está basado en el criterio diagnóstico del DMS-5. Contiene ítems agrupados en subtests: -Hiperactividad. -Impulsividad. -Inatención.
Cuestionario de madurez neuropsicológica escolar.	Evaluación global del desarrollo neuropsicológico en niños normales o con algún tipo de trastorno	José Antonio Portellano Pérez, Rocío Mateos y Rosario Martínez Arias.	Psicopedagógico/ Escolar.	Niños entre 7 y 11 años.	Aproximadamente entre 40 y 50 minutos.	Manual, cuadernillo de estímulos, protocolo, visor, pelota y	El CUMANES está conformado por un total de seis escalas: lenguaje, viso percepción, función ejecutiva, memoria, ritmo y lateralidad;

	(población clínica o en riesgo).					ejemplar.	dentro de las cuales a su vez podemos encontrar diferentes sub pruebas.
ESPERI. Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes.	Detección precoz de los trastornos de conducta.	María José Parellada, Javier San Sebastián y Rosario Martínez	Clínico/ Psicopedagógico.	Niños y adolescentes de 8-11 años y 12-17 años.	10 minutos.	Manual, cuadernillo, lápiz.	Se obtiene información de los factores predisocial, disocial, oposicionismo desafiante, inatención-impulsividad, psicopatía.
ESCALA GILLIAM PARA EVALUAR TRATORNO DE ASPERGER (GADS)	Identificar personas con trastorno de Asperger.	James E. Gilliam.	Clínico/ Psicopedagógico.	De 3 a 22 años.	5 a 10 minutos.	Manual y cuadernillo de respuestas. Lápiz.	La GADS se compone de 32 ítems que pueden describir conductas específicas, observables y medibles. Se incluye además un formato de evaluación con los padres a través del cual podemos obtener información acerca del desarrollo del lenguaje, habilidades de autocuidado, conductas adaptativas y curiosidad sobre el entorno.

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. (SCID-I).	Proporciona diagnósticos DSM-IV para los principales trastornos.	First, Spitzer, Williams et al.	Clínico/ Forense.	A partir de los 17 años.	una hora para las personas sin patología, y de 2 a 3 horas para las que tienen trastornos mentales.	Guía de entrevista. Páginas de papel. Bolígrafos.	La entrevista recoge información sobre datos demográficos, historia laboral, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual. Contiene nueve módulos referidos a episodios afectivos. síntomas y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias. trastornos somatoformes, de la alimentación y de adaptación.
PAI. Inventario de evaluación de la personalidad.	Evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos.	Leslie C. Morey.	Clínico/ Forense.	Adultos (18 años en adelante).	Variable, entre 50 y 60 minutos.	- Manual de aplicación experimental. - Cuadernillo de evaluación. -Hoja de respuestas.	22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales.

Test mini mental, MMSE	Detectar una posible sospecha o síntomas compatibles con el deterioro cognitivo o demencia.	Dr. Marshal Folstein	Clínico/forense	A partir de 3 años de escolaridad	5 a 10 minutos	Protocolo de aplicación (lista de ítems) Hoja con la leyenda "cierre los ojos" Hoja blanca Lápiz	Serie de preguntas y realización de algunas acciones por parte de la persona evaluada, para obtener resultados y darles un valor de su estado cognitivo
LURIA -DNA	Analizar neuropsicológicamente los procesos superiores adultos.	Doctores Magna y Ramos crearon a principio del siglo XXI batería de Luria, sistematizada por Anne Christensen (1987).	A partir de los 7 años	Clínico/ escolar	50 minutos	Una caja con tarjetas, el examen, un cuadernillo para el niño y un cuadernillo para el examinador.	La batería de Luria se compone de 81 ítems distribuidos en 4 áreas (viso-espacial, lenguaje, memoria, intelectual y atención). permite obtener un perfil neuropsicológico.
Luria inicial	Evaluar y seguir el desarrollo de las funciones psicológicas superiores en edad preescolar	Doctores Ramos y Manga (1991)	4 y 6 años de edad	Escolar	60 minutos	Objetos y láminas de dibujos, todos incluidos en el juego completo	Mediante diferentes número de test cuatro domino o funciones neuropsicológicas de nivel superior: motricidad o funciones ejecutivas , lenguaje

						de la prueba, un cuaderno del examinador en el que se recogen todas las instrucciones necesarias para la aplicación y criterios de corrección de cada test.	oral o funciones lingüísticas, rapidez de procesamiento, memoria verbal y no verbal.
Neuropsi: evaluación neuropsicológica	Valorar los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y diversos.	Ostrosky-Solis, Ardila y Rosselli (1999).	De 16 a 85 años.	Clínica/ escolar	De 25 a 30 minutos.	Hojas blancas, cronómetro, lápiz.	Medir fluidez verbal y de inhibir estímulos desencadenantes de respuestas automáticas, capacidad de control cognitivo y flexibilidad mental.
K-BIT, test breve de inteligencia	Evaluar la aptitud intelectual y medida de inteligencia verbal y no	Kaufman, N. Kaufman	4 a 90 años.	Clínica	15 a 30 minutos	Está conformado por subtests: vocabulario y matrices,	Evalúa la capacidad para resolver problemas de razonamiento a través de estímulos visuales tanto figurativos como

	verbal.					no exigen respuesta motora por lo que lo que puede ser aplicado a personas con impedimento físico.	abstractos.
CAMBIOS Test de flexibilidad cognitiva	Evaluar la capacidad para concentrarse y la flexibilidad cognitiva.	N. Seis dedos (Dpto. I + D= i de TEA Ediciones)	Adolescentes Adultos	Laboral/ escolar	7 minutos	Ejemplar (utilizando como cuadernillo de preguntas) Hoja de respuestas Plantilla de corrección (en el caso de un proceso manual)	Medir procesos lógicos para atender informaciones presentadas de manera verbal y gráfica, exigiendo capacidad de concentración.
RIAS Escala de inteligencia de	Evaluar la inteligencia y memoria en niños, adolescentes y	Cecil R. Reynolds y Randy W. Kamphaus.	3 y 94 años.	Clínica/escolar	40 minutos para aplicación completa	Manual, cuadernillo de anotación RIAS,	Proporciona un índice de inteligencia verbal, a partir de resultados de dos pruebas de adivinanzas y analogías

Reynolds, TEA ediciones	adultos.				de pruebas de inteligencia y memoria, solo la aplicación de pruebas de inteligencia 30 minutos.	cuaderno de estímulos 1, cuaderno de estímulos 2 y cuaderno de estímulo 3.	verbales y un índice no verbal partir de los resultados de otros dos : categorías y figuras incompletas, las sumas transformadas da como resultado el índice de inteligencia general.
-------------------------------	----------	--	--	--	---	--	---