

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



**El impacto en la salud mental de las personas con trastorno de
personalidad narcisista**
(Práctica Profesional Dirigida)

Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez

Guatemala, noviembre 2014

**El impacto en la salud mental de las personas con trastorno de personalidad
narcisista**

(Práctica Profesional Dirigida)

Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez

M.A. Rebeca de Chajón (**asesora**)

Lic. Mario Salazar (**revisor**)

Guatemala, noviembre 2014

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos Licda. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta Facultad
solicita autorización para realizar su Práctica
Profesional Dirigida para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar Práctica Profesional Dirigida está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
*Guatemala septiembre dos mil catorce.*_____

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “El impacto en la salud mental de las personas con trastorno de personalidad narcisista”. Presentada por el (la) estudiante: Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez, previo a optar al grado Académico de Licenciado en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Rebeca de Chajón
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala septiembre dos mil catorce.

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "El impacto en la salud mental de las personas con trastorno de personalidad narcisista". Presentada por el (la) estudiante: Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez, previo a optar al grado Académico de Licenciado en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Salazar
Revisor

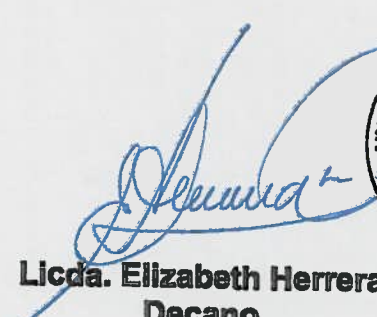


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala
noviembre dos mil catorce. _____

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "El impacto en la salud mental de las personas con trastorno de personalidad narcisista". Presentada por el (la) estudiante: Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Ubicación de la institución	1
1.3 Visión	2
1.4 Misión	2
1.5 Organización	2
1.6 Programas establecidos	3
1.7 Objetivos de la institución	3
1.8 Organigrama	4
1.9 Planteamiento del problema	4
1.10 Objetivos	5
Capítulo 2	
Marco teórico	
2.1 Trastornos de la personalidad	6
2.2 Criterios de clasificación según DSM-IV-TR	7
2.2.1 Caracterización clínica de los trastornos de personalidad	7
2.3 Trastornos de personalidad: Freeman (1988)	8
2.4 Trastorno narcisista de la personalidad según el DSM-VI.TR	9
2.5 Manifestaciones conductuales	10
2.6 Consideraciones fenomenológicas del trastorno narcisista de la personalidad no incluidas en el DSM-IV-TR	11
2.7 Causas del trastorno de personalidad narcisista	12
2.8 Efectos del trastorno narcisista de la personalidad	13
2.9 Métodos, técnicas e instrumentos para diagnosticar el trastorno narcisista de la personalidad	13

2.10 Principales modelos de psicoterapia para abordar el trastorno narcisista de la personalidad	14
2.10.1 Terapia cognitivo-conductual	15
2.11 Técnicas cognitivas	15
2.11.1 Técnicas conductuales	16
2.12 Terapia psicoanalítica	17
2.12.1 Terapia sistémica breve	18
2.12.2 Psicoterapia breve centrada en soluciones	18
2.12.3 Terapia racional emotiva conductual	18
2.12.4 Terapia cognitiva	19
2.12.5 Terapia existencial-humanista	19
2.13 Proceso de intervención Freeman	19
2.14 Limitaciones en el tratamiento	20
Capítulo 3	
Marco Metodológico	
3.1 Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida	21
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional dirigida	21
3.3 Población atendida en el centro de práctica	22
3.4 Cronograma de actividades realizadas	23
Capítulo 4	
Presentación de resultados	
4.1 Análisis de resultados	24
4.2 Caso psicológico atendido en la práctica profesional dirigida, motivo de la presente investigación	24
4.2.1 Informe clínico	25
4.2.2 Informe cierre de caso	36
4.3 Logros	40
4.4 Limitaciones	41

Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Referencias	44
Anexos	46

Resumen

A continuación se presenta el trabajo realizado por el alumno de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana Sede El Naranjo, Tomás Rigoberto Cuyuch Álvarez, el cual se realizó durante los meses de marzo a octubre del año dos mil trece, en el Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios” ubicado en la aldea “El Fiscal”, Palencia, Guatemala; dicho ministerio cristiano brinda atención médica gratuita los días lunes en dos salones del primer nivel, por lo que fue apropiada el área asignada para efectuar la práctica.

En el primer capítulo se realiza una descripción completa de la institución y los objetivos del presente informe, el trabajo de atención clínica se realizó con pacientes que se mostraron interesados en recibir terapia psicológica posterior a una charla informativa que se les impartió; la mayoría de ellos fueron personas que asisten a la iglesia, por presentar problemas en una o más de las siguientes áreas: afectiva, conductual, cognitiva, relaciones interpersonales, percepción y quejas somáticas.

El segundo capítulo presenta la base teórica del planteamiento del problema en base a un caso clínico presentado “El impacto en la salud mental de las personas con trastorno de personalidad narcisista”, definiciones, causas, efectos, instrumentos de evaluación, modelo terapéutico para su intervención psicológica y prevención. En el tercer capítulo se menciona la metodología de investigación y las técnicas utilizadas para su realización, para lograr los objetivos de este trabajo se aplicó la investigación cualitativa, la cual requiere de un profundo entendimiento de la conducta humana y los elementos que la conforman, para ello se empleó el método inductivo, utilizando métodos y técnicas del psicodiagnóstico. El capítulo cuatro contiene el análisis de resultados, las conclusiones y recomendaciones de la sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

Introducción

A continuación se presenta la ubicación del centro donde se realizó el trabajo: Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios”, aldea “El Fiscal”, Palencia, Guatemala con pacientes que asistieron a esta institución durante todo el año 2013, en busca de ayuda profesional. Durante el periodo de Práctica Profesional Dirigida, se atendieron pacientes que presentaron problemas emocionales, conductuales, cognitivo, afectivo y somático; a la mayoría de ellos se les brindó asistencia psicológica, necesaria para cada caso en particular.

En la realización del trabajo profesional se pudo observar la repetición de patologías en adultos atendidos, la cual se resume en lo siguiente: un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento y sentimiento que se aparta de las expectativas de la cultura del paciente, identificados como Trastornos de la Personalidad, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-IV-TR, es por ello que se hace necesario plantear lo que representa, para los pacientes del centro de práctica, estos padecimientos que necesitan atención psicológica. Sin embargo, existen pocos centros especializados a donde pueden acudir.

De acuerdo con el estudio realizado por el Dr. José Antonio Flores Mazariegos—consultor contratado por la OPS/ OMS, con la colaboración del Programa Nacional de Salud Mental y el Hospital Nacional de Salud Mental (ambos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala) año 2008—aún no existe una política de salud mental ni un plan actualizado, aunque se realizan acciones por parte de las instancias gubernamentales responsables en atender la salud en todas sus manifestaciones. En lo que respecta a legislación, el país no cuenta con un marco legal específico en el campo de la salud mental.

Por tal razón se pretende profundizar el estudio y abordaje clínico psicológico del Trastorno Narcisista de la personalidad, el cual forma parte de un sistema de agrupamiento, según el DSM-IV-TR, la cual se caracteriza por pautas generalizadas de grandiosidad. La persona con este trastorno manifiesta un sentido elevado de su persona, ocupa su mente en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitados; es incapaz de reconocer e identificar los

sentimientos o necesidades de los demás, es explotador o explotadora, en sus relaciones interpersonales, requiere de admiración excesiva, cree tener derechos especiales mostrando conductas arrogantes y altivas; lo que genera en su entorno familiar y social situaciones altamente tóxicas y dañinas para su propia persona y su grupo social donde se relaciona, tales como: pérdida de empleo, divorcios, adicción a sustancias, enfermedades de transmisión sexual, exposición a peligros que amenacen su integridad física.

Estas sintomatologías pasan muchas veces inadvertidas; es por ello que se hace necesario informar y educar sobre los efectos que tienen estas conductas en la salud mental de quien las padece. Además este trabajo puede ser de beneficio para los y las estudiantes de la carrera de psicología clínica de esta universidad, quienes durante sus prácticas pueden participar de una forma más activa en las instituciones educativas.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción de la Institución

La Práctica Profesional Dirigida fue realizada en el Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios”, ubicado en la aldea “El Fiscal”, municipio de Palencia, Departamento de Guatemala; cuenta con un edificio de dos niveles, el primer nivel se encuentra distribuido de la siguiente manera: tres salones designadas para atención Médica y Psicológica los días lunes, con capacidad para atender a 50 personas por día; también se encuentra una sala para venta de alimentos, cocina y comedor: en el segundo nivel se ubica el auditorio donde se celebra los días de reuniones de la congregación, con capacidad para 100 personas; tiene dos grupos de alabanza, quienes brindan clases gratuitas de instrumentos musicales a los fieles del ministerio. Brindan escuela dominical los días domingos a niños y niñas de 3 a 12 años de edad, en dos salones ubicadas en el segundo nivel, asimismo, la oficina pastoral. Es una congregación que reconoce a Jesucristo como el único hijo de Dios y salvador de sus almas.

1.2 Ubicación de la Institución

Palencia es un municipio del departamento de Guatemala en la República de Guatemala, se encuentra ubicado a 21 km. al Norte de la Capital de Guatemala, colinda al norte con el departamento de Jalapa y San Antonio la Paz, Sanarate, El Progreso; al oeste y este con la Ciudad de Guatemala.

El Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios” se encuentra en la aldea “El Fiscal”, haciendo posible su ingreso en el kilómetro 17.5, ruta al Atlántico: se ubica en el centro de la aldea, a cuatro cuadras del Instituto Básico por Cooperativa “El Fiscal”. Se encuentra localizado aproximadamente en el kilómetro 18.5 del casco urbano de este municipio.

1.3 Visión

Ser una iglesia reconocida a nivel nacional por sus valores, Santidad, Amor y servicio, siendo el primer ministerio Judeo- Cristiano con sentido social, que pueda proporcionar ayuda humanitaria integral a los habitantes de la localidad con la finalidad de proclamar el nombre de Dios a través del amor puesto en práctica.

1.4 Misión

Proclamar el nombre de Dios reconociendo a Jesucristo como el único hijo de Dios y salvador de las almas, a través del servicio al prójimo.

1.5 Organización

El Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios” se encuentra Organizado de la siguiente manera:

- Pastor General
- Co-Pastor
- Junta Directiva
- Presidente
- Vicepresidente
- Secretario
- Tesorero
- Vocales
- Ancianos
- Junta Directiva de Jóvenes
- Ministerio de Oración
- Ministerio de Alabanza
- Junta Directiva de ayuda Humanitaria
- Ministerio de Damas

1.6 Programas establecidos

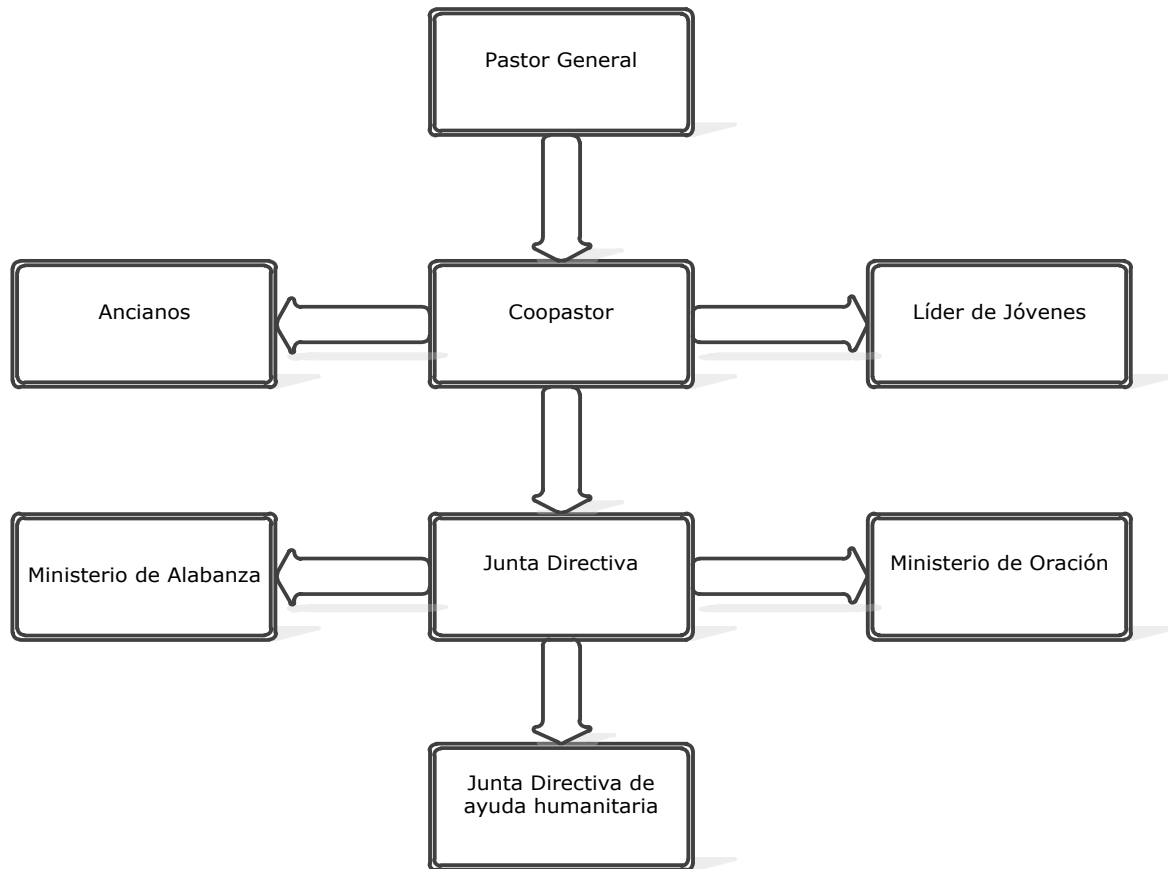
Se brinda educación sobre tres programas establecidos:

- Evangelización: impartida a toda la población ya que su prioridad es que todas las personas tengan acceso a la palabra de Dios.
- Educación integral para jóvenes niños y niña quienes asisten en el Ministerio Cristiano, la cual incluye: impartición de escuela Dominical, Clases de música y Artes industriales, impartida por los mismos fieles. Con el objetivo de formar líderes al modelo de Jesús.
- A través del Ministerio de Ayuda Humanitaria, en coordinación con el pastor general y su esposa, se brinda atención médica un día por semana a la población; atendiendo únicamente 40 personas por semana.
- Consejería Cristiana: principalmente para consolidar matrimonios mediante la palabra de Dios.

1.7 Objetivos de la institución

- Alcanzar 25 almas cada año para Jesucristo.
- Consolidar a los matrimonios mediante la palabra de Dios.
- Contrarrestar las falsas enseñanzas con la sana doctrina.
- Ayudar al necesitado animándolo con la palabra de Dios.
- Visitar a los enfermos orando por ellos.
- Formar líderes de acuerdo al modelo de Jesús.

1.8 Organigrama



Fuente: Elaboración propia.

1.9 Planteamiento del problema

Dado que en Guatemala los trastornos de personalidad no son objeto de atención psicológica por considerarlas manifestaciones “normales” de la conducta, partiendo de que todos somos diferentes; sin embargo, muchas personas se ven afectadas día a día en su desenvolvimiento interpersonal, laboral, familiar y social, sin saber qué hacer o a dónde acudir por la manifestación y vivencia de patrones de conductas a nivel psicológico, emocional y cognitivo. Las manifestaciones del trastorno de personalidad narcisista, las cuales son caracterizadas por pautas generalizadas de grandiosidad; la persona con este trastorno manifiesta un sentido elevado de su persona, ocupa su mente en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitados;

es incapaz de reconocer e identificar los sentimientos o necesidades de los demás, es explotador o explotadora en sus relaciones interpersonales, requiere de admiración excesiva, cree tener derechos especiales mostrando conductas arrogantes y altivas.

Lo que genera en su entorno familiar y social situaciones altamente tóxicas y dañinas para su propia persona y su grupo social donde se relaciona, tales como: pérdida de empleo, divorcios, adicción a sustancias, enfermedades de transmisión sexual, exposición a peligros que amenacen su integridad física. Esas sintomatologías pasan muchas veces inadvertidas, por consiguiente se hace necesario informar y educar sobre los efectos que tienen estas conductas, en la salud mental de quien las padece. Por lo expuesto se hace la siguiente interrogante:

¿Cuál es el impacto en la salud mental de las personas con trastorno de personalidad narcisista?

1.10 Objetivos

Objetivo general

Investigar el impacto en la salud mental del trastorno de personalidad narcisista.

Objetivos específicos

- Investigar las causas y efectos del trastorno de personalidad narcisista.
- Describir los efectos en la salud mental de las personas que presentan el Trastorno de Personalidad narcisista.
- Identificar los instrumentos para diagnosticar el Trastorno de Personalidad Narcisista.
- Enumerar los principales abordajes psicoterapéuticos para personas con el Trastorno de Personalidad Narcisista.
- Estructurar un documento psicoeducativo de auto ayuda, de la temática investigada como aporte al centro donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. A diferencia de la dimensión cognitiva, al hablar de personalidad, se les da preferencia a los procesos emotivos y tendenciales del individuo, aunque los diferentes factores ejercen una influencia directa entre sí. Los desajustes o trastornos son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales y aunque haya que hacer clasificaciones, según ciertas categorías comúnmente aceptadas, el diagnóstico debe hacerse de forma individual. Hay que tener presente que la misma causa puede tener síndromes diferentes y un síndrome determinado puede ser la manifestación de causas diversas, condicionada por la constitución biológica y el medio familiar, escolar y social en el que el individuo se encuentre.

Los obstáculos que impiden que una personalidad se desarrolle eficazmente se conocen con el nombre de frustración, y esta corresponde a las circunstancias que determinan que una necesidad o motivo fracasen en ser satisfechos. El estado emocional que acompaña a este hecho se denomina presión psicológica, tensión o ansiedad. Los trastornos de personalidad hay que limitarlos, por tanto, a problemas emocionales, afectivos y sociales. Estos últimos solo cuando haya evidencias de que fueron causados por perturbaciones emocionales o afectivas subyacentes, y no cuando son producidos por situaciones ambientales propiamente, aunque sea muy difícil separar en ocasiones el origen y las consecuencias de estos trastornos, que son más bien una red compleja en la que es difícil determinar las causas y los efectos, aunque no todos los trastornos de personalidad llevan a conductas de inadaptación social, hay una frecuencia de que las perturbaciones emocionales dan como consecuencia un desajuste social.

2.2 Criterios de clasificación según DSM-IV-TR

- A. Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.
- B. El patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo.

2.2.1 Caracterización clínica de los trastornos de personalidad

Grupo A: Sujetos Extraños Excéntricos

- Trastorno Paranoide de la Personalidad: desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad: dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.
- Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: anormalidades de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia. Según M. Valdés (1991), los sujetos de este grupo serían: introvertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente e independientes.

Grupo B: Sujetos Teatrales y/o impulsivos

- Trastorno Histriónico de la Personalidad: conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.
- Trastorno Narcisista de la Personalidad: sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.

- Trastorno Antisocial de la Personalidad: conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
- Trastorno Límite de la Personalidad: inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
Según M. Valdés (1991), las personas de este grupo se caracterizan por ser: extrovertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente y dependientes.

Grupo C: Sujetos Ansiosos o temerosos

- Trastorno de la Personalidad por Evitación: hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social, a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.
- Trastorno de la Personalidad pro Dependencia: pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad: perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.
- Trastorno Narcisista de la Personalidad: el narcisismo ingresó en la terminología psiquiátrica luego de que Freud lo describió en 1914 evidenciando sus aspectos patológicos; alrededor de los años 70 las publicaciones de Kohut enfatizaron su importancia en la psiquiatría dinámica.

2.3 Trastornos de Personalidad: Freeman (1988)

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas cognitivos son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida y las relaciones con otros y el autoconcepto, que se han formado a lo largo del desarrollo. Los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos los activan (p.e. situaciones estresantes, nuevas fases y

cambios en el desarrollo psicoevolutivo, ciertas condiciones vitales) presentando el sujeto ciertos patrones de conducta. Las experiencias tempranas infantiles conformarían el contexto de formación de estos esquemas, sobre todo los mensajes y refuerzos provenientes de los otros significativos; además, en términos piagetianos estos esquemas tendrían una alta capacidad de asimilación (interpretar los hechos en función de los significados previos) y una baja capacidad de acomodación (modificar los significados en función de los hechos).

Esto resultaría que la persona está convencida de la credibilidad de sus significados (egosintónicos). Determinadas experiencias infantiles influirían en la tendencia asimilativa (egocéntrica) de los esquemas, de modo que el paciente tendría dificultades para desarrollar esquemas más acomodativos de tipo alternativo a lo largo de su evolución personal.

2.4 Trastorno Narcisista de la Personalidad según el DSM-VI-TR

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (por ejemplo: exagera los logros, capacidades, espera ser reconocido como superior sin unos logros proporcionados).
- Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza y amor imaginarios.
- Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o solo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales, de alto status.
- Exige una admiración excesiva.
- Es muy pretencioso, por ejemplo: tiene expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
- Es interpersonalmente explotador, por ejemplo: saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.

- Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- Frecuentemente envidia a los demás y cree que los demás lo envidian a él.
- Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

2.5 Manifestaciones conductuales

Las personas con este trastorno asumen con alegría el que los otros otorguen un valor exagerado a sus actos y se sorprenden cuando no reciben las alabanzas que esperan. Es frecuente que de forma implícita, en la exageración de los logros, se dé una infravaloración o devaluación de la contribución de los demás. La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto muy sensible al "ultraje" de la crítica o la frustración.

Las críticas pueden obsesionar a estas personas hacer que se sientan humilladas, degradadas, hundidas y vacías. Estas experiencias pueden conducir al retraimiento social. Es habitual que no consigan darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades. En todo caso, cuando los reconocen es probable que los vean con menosprecio como signos de debilidad. Quienes se relacionan con sujetos con trastorno narcisista es típico que lleguen a una frialdad emocional como también a una falta de interés recíproco.

a) Epidemiología

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista oscilan entre el 2 y el 16% de la población clínica y no menos del 1% en la población general.

b) Comorbilidad

Los y las pacientes con trastornos narcisistas de personalidad frecuentemente presentan trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y abuso de sustancias.

Tiene una prevalencia incrementada entre las personas con anorexia nerviosa. Los trastornos de personalidad histriónicos, borderline, antisociales, esquizotípicos y paranoides pueden asociarse con el trastorno narcisista de la personalidad.

c) Diagnóstico diferencial

La característica más útil para discriminar entre el trastorno narcisista de la personalidad y los trastornos de la personalidad histriónicos, antisociales y borderline, es la grandiosidad típica del trastorno narcisista. La estabilidad relativa de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones de abandono, también ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno borderline. El trastorno narcisista exige atención como los otros, pero necesita que la atención sea específicamente del tipo de la admiración. Si bien la grandiosidad puede surgir como parte de un episodio maníaco o hipomaníaco, la asociación con cambios en el estado de ánimo y/o el deterioro funcional ayuda a distinguirlos.

2.6 Consideraciones fenomenológicas del trastorno narcisista de la personalidad no incluidas en el DSM-IV-TR

Las formas patológicas del narcisismo son muy fácilmente identificables si se observa la cualidad de las relaciones de la persona. La tragedia que afecta a estos pacientes es la incapacidad de amar. Los criterios del DSM-IV-TR, identifican a un cierto tipo de paciente narcisista: el arrogante, grandioso, que exige reconocimiento y admiración. En cambio no caracterizan adecuadamente al paciente narcisista hipervigilante, tímido, vergonzoso, callado, grandioso, exquisitamente sensible a las críticas y reacciones de los demás hacia él, pero que evita ser centro de atención pública convencido de que será rechazado y/o humillado vergonzosamente. Podría decirse que en su mundo interior hay un profundo sentido de vergüenza relacionado con su secreto deseo de exhibirse en forma grandiosa.

El narcisista hipervigilante mantiene su autoestima evitando situaciones de vulnerabilidad, estudiando profundamente a los otros para imaginar cómo comportarse frente a ellos con el antedicho fin.

2.7 Causas del trastorno de personalidad narcisista

Se cree que las personas con trastorno narcisista están detenidos en un estadio de su desarrollo que requiere respuestas específicas de las personas de su entorno; para mantener la cohesión de su self, esto es resultado de la falla empática de los padres que no respondieron a sus demandas de validación y admiración al manifestar su exhibicionismo durante sus primeros años de vida, en este contexto Kohut conceptualiza la agresión conductual; como comprensible frente a las fallas parentales. Kernberg define a la personalidad narcisista como una subcategoría de la personalidad borderline.

Tienen mejor funcionamiento yoico basado en un self patológicamente integrado. Para Kernberg la agresión de un paciente narcisista incluye una intensa y crónica envidia. A la luz de las dos descripciones puede decirse que Kernberg ha descrito pacientes cercanos al tipo arrogante mejor caracterizado en el DSM-IV-TR, mientras que Kohut pareciera referirse al hipervigilante. Ambos proponen el tratamiento psicoanalítico para estos pacientes, pero presentan diferencias; Kohut enfatiza en el aspecto positivo del paciente mientras que Kernberg cree que la insaciable demanda de atención del paciente debe ser confrontada y examinada a partir del impacto sobre los otros, examina e interpreta sistemáticamente la transferencia negativa, ambos puntos de vista resultan útiles, probablemente según el tipo de pacientes al que se refieren. Todo terapeuta comprobará en estos tratamientos que la fascinación que el ser humano siente con tanta facilidad por sí mismo se encuentra en muchas categorías diagnósticas y, por tanto, en las personas en ellas categorizadas. Verificará que el estado amoroso presenta un aspecto alienante descrito por Freud en 1914: el enamoramiento por proyección de su propio ideal sobre el otro. Esta situación aislante demuestra que no hay objetivo propiamente amoroso sin asumir una irremediable insuficiencia narcisista: la inevitable exigencia del otro en cuanto otro, que es la esencia de la alteridad.

2.8 Efectos del trastorno narcisista de la personalidad

La persona con este trastorno manifiesta un sentido elevado de su persona, ocupa su mente en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitados; es incapaz de reconocer e identificar los sentimientos o necesidades de los demás, es explotador o explotadora en sus relaciones interpersonales, requiere de admiración excesiva, cree tener derechos especiales mostrando conductas arrogantes y altivas; lo que genera en su entorno familiar y social situaciones altamente tóxicas y dañinas para su propia persona y su grupo social donde se relaciona, tales como: pérdida de empleo, divorcios, adicción a sustancias, enfermedades de transmisión sexual, exposición a peligros que amenacen su integridad física. Esas sintomatologías pasan, como se mencionó, al inicio, muchas veces inadvertidas, por consiguiente se hace necesario informar y educar sobre los efectos que tienen estas conductas en la salud mental de quien las padece.

2.9 Métodos, Técnicas e instrumentos para diagnosticar el trastorno narcisista de la personalidad

Anteriormente los trastornos de personalidad no solían ser sistemáticamente evaluados y se supeditaban a la presencia de un síndrome dominante. La tendencia de los manuales DSM-III y DSM-III-TR, así como el creciente interés clínico por estos trastornos (ejemplo: Millon, 1981) ha influido en el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación o la aplicación de otros ya existentes a la evaluación de este campo. Jacobsberg y cols. (1989) mencionan como instrumentos frecuentemente utilizados:

- Entrevista clínica estructurada (SCID-II; Spitzer y Williams, 1985): Consta de un autoinforme con preguntas de evaluación referentes a todos los criterios de trastornos de personalidad del DSM-III-TR.

- Examen de los trastornos de la personalidad (PDE; Loranger, 1987): Consta de una entrevista de una a dos horas que incluye 328 ítems. Cada sección comienza por preguntas abiertas y se continúa con preguntas más concretas sobre los rasgos de personalidad.
- Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad según el DSM-III (SIDP; Pfohl, 1983): Consiste en 160 preguntas sobre distintas áreas de funcionamiento personal, que se codifican en los criterios DSM-III de trastorno de personalidad.
- Preguntas de la entrevista sobre la personalidad (PIQ; Widiger, 1985): Consta de 81 ítems que son codificados en las categorías DSM-III de los trastornos de personalidad.
- Escala de evaluación de la personalidad (PAS; Tyrer y Alexander, 1979): Evalúa 24 rasgos de la personalidad en escalas de 9 puntos de gravedad.
- Cuestionario clínico multiaxial de Millon (Millon, 1981): Combina síntomas psicopatológicos y nueve escalas diagnósticas de trastornos de la personalidad.
- Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y McKinley, 1943): Existen versiones y escalas diagnósticas dirigidas a evaluar los trastornos de la personalidad.
- Test de la Figura Humana, de Karen Machover,
- Test de la Familia.
- Test del Árbol.

2.10 Principales modelos de psicoterapia para abordar el trastorno narcisista de la personalidad

A continuación se mencionan los distintos modelos terapéuticos para el abordaje clínico de los trastornos de la personalidad, en especial para el trastorno narcisista de la personalidad.

2.10.1 Terapia Cognitivo-conductual

El enfoque cognitivo-conductual se basa en el principio de que si un comportamiento inadaptado puede ser aprendido, puede también ser desaprendido. De acuerdo a la terapia cognitivo conductual, las actitudes, los hábitos y los pensamientos negativos son respuestas aprendidas y el mejor medio de deshacerse de ellos es aprender nuevas formas (de pensar, actuar, sentir) que son más constructivas. Durante la terapia, el psicólogo cognitivo-conductual ayudará al cliente a tomar conciencia de sus pensamientos y creencias y a remplazarlos por evaluación y juicios más real.

2.11 Técnicas Cognitivas

- Comprensión de significados asociados a los pensamientos del paciente: p.e. ¿Qué quiere decir con que no "todas las personas le envidian"? Se utiliza para especificar pensamientos generales y vagos.
- Cuestionamiento de evidencia: Se usa para buscar evidencias para retar el mantenimiento de pensamientos y creencias (p.e. ¿Qué pruebas tiene usted para mantener que todos le envidian?).
- Retribución: Se utiliza para modificar las atribuciones-interpretaciones que el paciente utiliza (p.e. ¿Puede haber otras causas que expliquen la envidia de las personas?
- Examen de opciones alternativas: Se usa para que el paciente se dé cuenta que los acontecimientos pueden ser interpretados desde otras conductas de afrontamiento a ciertas situaciones (p.e. su amigo se cruzó con usted y no le habló, usted pensó que debía de estar disgustado y no le saludó: ¿Se pudo deber a otras causas? ¿Pudo usted comprobarlo? ¿Cómo?
- Examen de ventajas y desventajas del mantenimiento de una creencia: (p.e. usted piensa que puede ocurrirle algo desagradable, como perder el control y dañar a sus seres queridos: bien hagamos una lista de las ventajas e inconvenientes de mantener esta creencia).
- Escalas: Se utiliza como un modo de dar alternativas a una experiencia que se percibe como global y catastrófica (p.e. usted dice que tiene mucho miedo de exponer su punto de vista ante

los demás: hagamos una escala de situaciones de menos a más dificultad donde coloquemos gradualmente esta dificultad).

- Uso del cambio de imágenes: Por ejemplo, el paciente mantiene imágenes de contenido catastrófico relacionadas con su ansiedad. El terapeuta ayuda al paciente a manejar situaciones con el afrontamiento gradual, relajación y autoinstrucciones incompatibles.
- Etiquetado de distorsiones cognitivas: El paciente después de identificar su pensamiento, relacionado con el malestar, lo etiqueta como un modo de separación emocional del mismo (p.e. ¿Y si meda un ataque?...¡Ya estoy otra vez catastrofizando las cosas!).
- Asociación Guiada: El terapeuta va explorando los significados asociados a un determinado pensamiento o creencia (p.e. P: Puedo suspender matemáticas; T: ¿Y entonces que pasaría?; P: No pasaría de curso...; T: ¿Y entonces?; P: Soy un fracasado).
- Distracción Cognitiva: Es muy útil para los problemas de ansiedad. Se induce al paciente a utilizar pensamientos, imágenes, sensaciones y conductas incompatibles con las ansiosas (p.e. relajación) rompiendo sus círculos viciosos.

2.11.1 Técnicas Conductuales

- Autoinstrucciones: Se utiliza para reemplazar los autodiálogos inadecuados o deficitarios de los pacientes (p. e. en un paciente impulsivo: "Bien, lo primero que haré es...").
- programación de actividades: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas en el tiempo (p. e. actividades gimnásticas en la situación de soledad donde el paciente suele llorar).
- Escala de Dominio y Placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo de un día y va anotando hasta qué punto las domina y qué grado de placer le proporciona. Esta información es utilizada tanto para la modificación de creencias erróneas como para la programación de conductas gratificantes.
- Asignación de Tareas Guiadas: Cuando el paciente tiene ciertas dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con él conductas graduales de menor dificultad en acercamiento hacia esa conducta final (en secuencias de modo que la superación de un paso haga más accesible el siguiente).

- Entrenamiento Asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que exprese sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos. Respetándose a sí mismo y a su interlocutor.
- Entrenamiento en relajación: Se utiliza como técnica para que el paciente aprenda a controlar sus sensaciones de ansiedad. Puede incluir técnicas de meditación, yoga, entre otros.
- Distracción Conductual: Se utiliza para programar actividades incompatibles con las conductas problemas (p.e. al paciente insomne se le indica que no permanezca más de 10 minutos en la cama sin dormir, que salga de la habitación y se ponga a leer en vez de quedarse en la cama dándole vueltas a los problemas del día).
- Repaso conductual/Rol Paying: El paciente con el terapeuta recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, adoptan papeles y van introduciendo modificaciones en ella hasta llegar a unas conductas más adecuadas.
- Exposición en vivo: El paciente afronta las situaciones que le producen miedo y que este evita, hasta que en su presencia deja de sentir miedo.
- Psicodramatización: El paciente y el terapeuta pueden representar escenas pasadas significativas donde se han generado sus significados personales disfuncionales, de modo que se active su secuencia interpersonal-cognitiva-emocional y se generen alternativas también representadas.

2.12 Terapia Psicoanalítica

El enfoque psicodinámico o analítico (psicoanálisis) se basa en el estudio introspectivo del ser humano: de acuerdo con el psicoanálisis el problema psicológico se desarrolla cuando una persona actúa sin estar consciente de sus verdaderas motivaciones y de sus miedos. Los psicoanalistas ven el problema que presenta el paciente como la expresión de conflictos inconscientes generados por experiencias pasadas; al adquirir conciencia de estos conflictos, el paciente podrá comprender mejor por qué razón actúa de tal o cual manera, por qué resiente tan o cual emoción, aumentando así su libertad de actuar y de pensar.

2.12.1 Terapia Sistémica Breve

La terapia sistémica considera las dificultades que presentan las personas, dependen de las relaciones que mantiene éste último consigo mismo y su entorno, y en ese sentido son la expresión de que algo funciona inadecuadamente en su sistema familiar o de pareja. Los psicólogos sistémicos ayudarán a sus clientes a desarrollar nuevos modos de interacción en sus relaciones con los otros, buscando las soluciones que mejor concilien las expectativas de cada uno. Este enfoque reúne métodos de intervención utilizados frecuentemente para solucionar problemas precisos.

2.12.2 Psicoterapia Breve Centrada en Soluciones

La Terapia Breve centrada en soluciones se basa en el principio de que visualizar o imaginar una alternativa viable es lo que es necesario para iniciar el proceso natural del cambio. La Terapia Breve se enfoca en lo que el cliente desea alcanzar y no en lo que quiere dejar atrás. La terapia breve comienza preguntando al cliente cuáles son sus mejores expectativas de la terapia, en lugar de preguntar acerca del problema. Muchas personas permanecen estancados en los problemas porque no pueden visualizar o imaginar lo que los remplazaría.

2.12.3 Terapia Racional Emotiva Conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual es la primera forma de terapia cognitivo conductual. De acuerdo a este enfoque, las personas experimentan eventos detonantes no deseables de los cuales tienen creencias racionales e irracionales. Estas creencias conducen a consecuencias emocionales, cognitivas y de comportamiento (tanto funcionales como disfuncionales). La terapia conduce al paciente a disputar las creencias irracionales y a asimilar creencias más eficientes, adaptativas y racionales, con un impacto positivo en la vida emocional, cognitiva y comportamental.

2.12.4 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva tiene como premisa fundamental que los pensamientos influyen a los sentimientos y que las respuestas de la persona a cualquier situación son dadas en función de una construcción subjetiva de tal situación. Para la TC, la enfermedad mental es esencialmente un desorden del pensamiento, en el que se distorsiona la realidad de modo que se afecta no solo la forma de ver el mundo sino que se desarrollan emociones inadecuadas y dificultades conductuales. El objetivo de la terapia cognitiva es ayudar a las personas a lograr una remisión de sus desórdenes y prevenir una recaída.

2.12.5 Terapia Existencial-Humanista

Los psicólogos que adoptan el enfoque existencial-humanista se basan en la relación terapéutica como principal herramienta de cambio. Al estar en contacto con un psicólogo que da prueba de autenticidad, de comprensión y de aceptación, el cliente vivirá una experiencia nueva en la que podrá permitirse redescubrir quién es, mostrarse tan cual es y así poder seguir su desarrollo y potencialización que estaba hasta entonces interrumpido. La terapia humanista existencial está centrada en el presente, y trabaja generalmente con las emociones experimentadas por el cliente y con su vivencia actual. Los modelos terapéuticos antes descritos pueden ser efectivos en el tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad, sin embargo, la terapia cognitivo-conductual fue la que se utilizó en el abordaje clínico del caso que se presenta aquí; por tal razón se presentan las técnicas cognitivo-conductual en este apartado.

2.13 Proceso de Intervención Freeman

Las fases señaladas por Freeman (1988) son:

- Evaluar y conceptualizar los problemas del paciente.
- Desarrollar las prioridades del plan de tratamiento.

- Educación y socialización del paciente en el modelo de trabajo cognitivo (relación pensamiento-afecto-conducta, registro, entre otros).
- Colaboración con el paciente en el aprendizaje y uso de técnicas cognitivas y conductuales.

2.14 Limitaciones en el tratamiento

Las dificultades en el abordaje de los trastornos de personalidad suelen estar relacionadas con la baja colaboración que presentan las personas de cara a la terapia, ya que suelen acudir a ella a instancias de terceros (normalmente por las repercusiones relacionales del trastorno). Por esta causa trabajar como objetivo el logro de la colaboración suele ser esencial, aunque plagado de dificultades. Cuando el paciente presenta algún problema asociado (p.e. depresión, ansiedad, otros síntomas) de tipo "egodistónico" (molesto para él y con necesidad de ser cambiado) se debe de comenzar por este punto como "puente" para abordar los esquemas cognitivos del trastorno de personalidad, y como vía para lograr una base motivacional.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización Práctica Profesional Dirigida

Para lograr los objetivos del siguiente trabajo, se aplicó la investigación cualitativa, la cual requiere un profundo entendimiento de la conducta humana y los elementos que lo conforman; mediante la utilización de métodos y técnicas de psicodiagnóstico aplicado a las personas que fueron atendidas de acuerdo con la sintomatología presentada, y el proceso de la Práctica Profesional Dirigida.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida

Se aplicaron las siguientes técnicas: La observación, las entrevistas estructuradas y no estructuradas, la aplicación de pruebas proyectivas y psicométricas; fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información e investigar los posibles orígenes de la problemática de cada paciente, tomando como referencia sus respectivas historias clínicas; y la aplicación del método clínico para recolectar síntomas en el contexto de cada paciente, se utilizaron los siguientes tests proyectivos y psicométricos.

- Test proyectivos
- Árbol
- Familia
- Figura Humana
- Test psicométricos
- Escala de evaluación de la personalidad
- Como metodología para generar diagnósticos se utilizaron los criterios diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-IV-TR.

- Como procesos psicoterapéuticos se utilizaron los enfoques: cognitivo conductual, Gestalt, y terapias de apoyo en procesos individuales con toda la población atendida en el centro de práctica Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios”, aldea “El Fiscal”, Palencia.

Área Geográfica: La investigación se realizó en el Ministerio Cristiano “Prosperando con Dios”, aldea “El Fiscal”, Palencia, donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

3.3 Población atendida en el centro de práctica

Se atendió a hombres y mujeres adultos, niños y niñas por diversas causas requiriendo atención psicológica por el problema emocional y psicológico que presentaron en el momento de la intervención psicoterapéutica durante el periodo de práctica supervisada. Se hicieron entrevistas y pruebas psicológicas con la finalidad de obtener información para elaborar la historia clínica de cada paciente.

3.4. Cronograma de actividades realizadas

Cronograma de atención a pacientes en el “Ministerio Cristiano Prosperando con Dios”, aldea El Fiscal, Palencia.

Nombre de pacientes	Género	Intervención realizada	Fecha	Seguimiento/ proceso
		Realización de charla informativa sobre el objetivo de la práctica	02/03/2013	
B.E.R.	Masculino	Sesiones terapéuticas	28/03/2013 al 06/08/2013	Caso cerrado
R.C.L.	Femenino	Sesiones terapéuticas	03/04/2013 al 28/09/2013	Caso cerrado
M.S.H.A.	Masculino	Sesiones terapéuticas	03/04/2013 al 28/10/2013	Caso cerrado
K.A.F.	Femenino	Sesiones terapéuticas	03/04/2013 al 28/10/2013	Caso cerrado
J.A.F.	Femenino	Sesiones terapéuticas	03/04/2013 al 28/10/2013	Caso cerrado
R.A.J.	Femenino	Sesiones terapéuticas	06/05/2013 al 03/07/2013	Caso cerrado
F.R.E.	Masculino	Sesiones terapéuticas	12/07/2013 al 28/08/2013	Caso cerrado
J.E.P.A.	Femenino	Sesiones terapéuticas	28/06/2013 al 03/08/2013	Caso cerrado
N.A.P.J.	Masculino		06/06/2013 al 12/07/2013	Caso cerrado

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de Resultados

A continuación se presenta el informe psicológico del paciente que llegó a consulta a quien se le diagnosticó el Trastorno Narcisista de la Personalidad, durante el proceso de la Práctica Profesional Dirigida, lo que permitió comprobar las teorías trabajadas al realizar un análisis de la pregunta de investigación expuesta en un principio: ¿Cuál es el impacto en la salud mental de las personas que padecen el trastorno narcisista de la personalidad?

4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida, motivo de la presente investigación

Durante el proceso de atención brindada a la población donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida (Ministerio Cristino “Prosperando con Dios”) se atendieron distintos casos dentro de los cuales surgió el motivo de investigación por las siguientes características: el paciente manifiesta un sentido elevado de su persona, ocupa su mente en fantasías de éxito, poder brillantez, belleza o amor ideal ilimitados; es incapaz de reconocer e identificar los sentimientos o necesidades de los demás, es explotador o explotadora, en sus relaciones interpersonales, requiere de admiración excesiva, cree tener derechos especiales mostrando conductas arrogantes y altivas; lo que genera en su entorno familiar y social situaciones altamente tóxicas y dañinas para su propia persona y su grupo social donde se relaciona, tales como: pérdida de empleo, divorcios, adicción a sustancias, enfermedades de transmisión sexual, exposición a peligros que amenacen su integridad física.

El curso de Práctica Profesional Dirigida en la Universidad Panamericana fue impartido por las licenciadas:

Melissa Lemus y Joan Rivas Zimeri

4.2.1 Informe clínico

I. Datos generales

Nombre: M. S. H.
Edad: 28 años
Fecha de nacimiento: 10/09/86
Sexo: Masculino
Grado de escolaridad: Bachiller
Profesión u oficio: Comerciante
Estado civil: Unión de hecho
Número de hijos: Ninguno
Religión: Cristiano Evangélico
Nacionalidad: Guatemalteca
Dirección: Aldea El Fiscal, Palencia, Guatemala
Teléfono:

Pruebas aplicadas/Instrumento y fecha de aplicación:

- Test de la Figura Humana, de Karen Machover, aplicado el 23 de mayo de 2013
- Test de la Familia, aplicado el 29 de mayo de 2013
- Test del Árbol, aplicado el 03 de junio de 2013

Referido por: Pastor de la iglesia
Fecha de inicio de la evaluación: 28 de abril de 2013

II. Motivo de Consulta

El paciente refiere: “No quiero que mi esposa me abandone; ella dice que tengo muchas mujeres, nunca le pongo atención, solo me fijo en lo que me conviene, que soy un aprovechado, solo la desgasto pensando en mis cosas y no así en las de ella; lo cual creo que tal vez tenga algo de razón, pero ella así me conoció, no sé por qué reacciona así ahora; lo único que quiero es que no me deje, ya me acostumbré con ella”.

III. Historia del problema actual

El paciente manifiesta que después de un año de vivir con su esposa empezó a tener problemas de celos, creyó que iba a ser pasajero; sin embargo, el problema se agravó cuando su esposa lo descubrió con alguien más. Después de ese acontecimiento la esposa del paciente empezó a sospechar de todas las actividades del esposo; a tal grado de revisar los mensajes del teléfono, a oler la ropa que usa y a controlar los horarios de salida del trabajo. Además de esas actitudes de sospecha, empezó a describirle lo cruel e inhumano que se comporta con ella ya que, según el paciente, su esposa le ha dicho que es un aprovechado, vividor, un parásito que solo ve qué puede sacar de los demás.

Esta ha sido la dinámica de convivencia del paciente desde hace cinco años con su esposa, el paciente justifica su actitud para con la esposa describiéndola como exagerada y loca; nada de esto estuviera pasando si ella supiera darme mi lugar, manifiesta el paciente autoalabándose y a la vez riéndose porque, según, su esposa es una mujer que le gusta armar drama por nada. Por otra parte el paciente manifiesta que solo aprovecha cada día de la vida tomando lo que le pertenece: placeres, dinero, lujos, amistades y un buen trabajo. “No tengo la culpa de ser muy guapo, por eso las mujeres me siguen, lo que mi esposa no entiende es que ella es la número uno” refiere el paciente; aunque le preocupa que ella le abandone ya que le ha manifestado separarse de él. Es por ello que busca ayuda porque a pesar de todo: “Yo la quiero, ya me acostumbré con ella, me trata de modo especial” refiere el paciente.

IV. Historia clínica

1. Historia prenatal

Comenta que fue esperado con mucha alegría ya que su madre tuvo muchas dificultades médicas para concebir hijos, razón por la cual nunca tuvo más hermanos, aunque fue difícil para la madre tenerlo, comenta que nació con buena salud, más aún porque, según la madre del paciente, él fue motivo de alegría y esperanza para la familia.

2. Nacimiento

M. fue concebido sin ninguna dificultad en el parto; aunque durante los meses de embarazo la madre del paciente fue sobreprotegida por el esposo por temor a que perdiera el bebe que estaba en gestación: el paciente manifiesta que su madre fue bien alimentada y vitaminada durante su embarazo. El parto duró tres horas sin muchas complicaciones, pesando ocho libras al nacer; fue alimentado con leche materna hasta la edad de cuatro años y leche de bote hasta la edad de seis años. El único problema que presentó hasta los seis años fue enuresis, la cual superó a los siete años.

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

Las diferentes etapas de desarrollo de M. fueron normales; según la madre del paciente, sostuvo la cabeza a los tres meses, fue capaz de sentarse por sí solo a los 3 meses, cuando empezó a gatear y a querer explorar el mundo por sus propios medios, fue ayudado con un andador (araña), la cual le facilitó el descubrimiento de su entorno, al cumplir un año y dos meses pudo caminar. A los cuatro meses le nacieron los dientes inferiores, hoy en día el paciente cuenta con buena dentadura. Con respecto al control de esfínteres, comenta no le fue tan bien por lo que no tiene datos.

4. Evolución de lenguaje

M. A. empezó a balbucear cuando tenía tres meses, pronunció sus primeras palabras cuando tuvo cuatro meses de edad, al cumplir un año fue capaz de formular oraciones simples, durante esta etapa no sufrió ninguna dificultad en la evolución del lenguaje; en la actualidad se expresa con claridad.

5. Desarrollo escolar

A los seis años M. A. fue inscrito en el colegio del pueblo, fue el primer niño de la aldea que inició sus estudios a tan temprana edad, por lo que todos los vecinos admiraban y felicitaban a sus padres por ser un niño inteligente; en el colegio donde inició la preparatoria finalizó hasta completar tercero básico. Durante su etapa escolar fue un estudiante destacado ganando todos los grados; comenta haber sido muy popular, admirado y envidiado por sus compañeros.

6. Desarrollo social

A pesar de su logro académico y su popularidad durante su niñez y adolescencia, M. comenta que en la actualidad los adultos, que se relacionan con él en todas las esferas de su vida, le manifiestan envidia ya que aún continúa destacándose en todo. La principal dificultad de hoy es la mala relación que está teniendo con su esposa, porque aún mantiene excelentes relaciones con sus padres, aun lo consienten y le dan el lugar que le corresponde.

7. Historia psicosexual

El paciente manifiesta haber tenido su primera relación sexogenital a los trece años de edad. Comenta resultarle con mucha facilidad tener encuentros sexuales por su atractivo físico. Lamenta haber adoptado como hábito la práctica sexual reconociéndose como promiscuo.

Pero dice no arrepentirse porque se protege muy bien de toda enfermedad sexual infectocontagiosa, utilizando preservativos.

8. Historia médica

El paciente comenta haber padecido de sarampión en su niñez, la cual fue objeto de atención médica tratada y superada, padeció de dengue a los 19 años, la experiencia más fuerte en su vida, ya que experimentó la muerte en vida, comenta M.

9. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

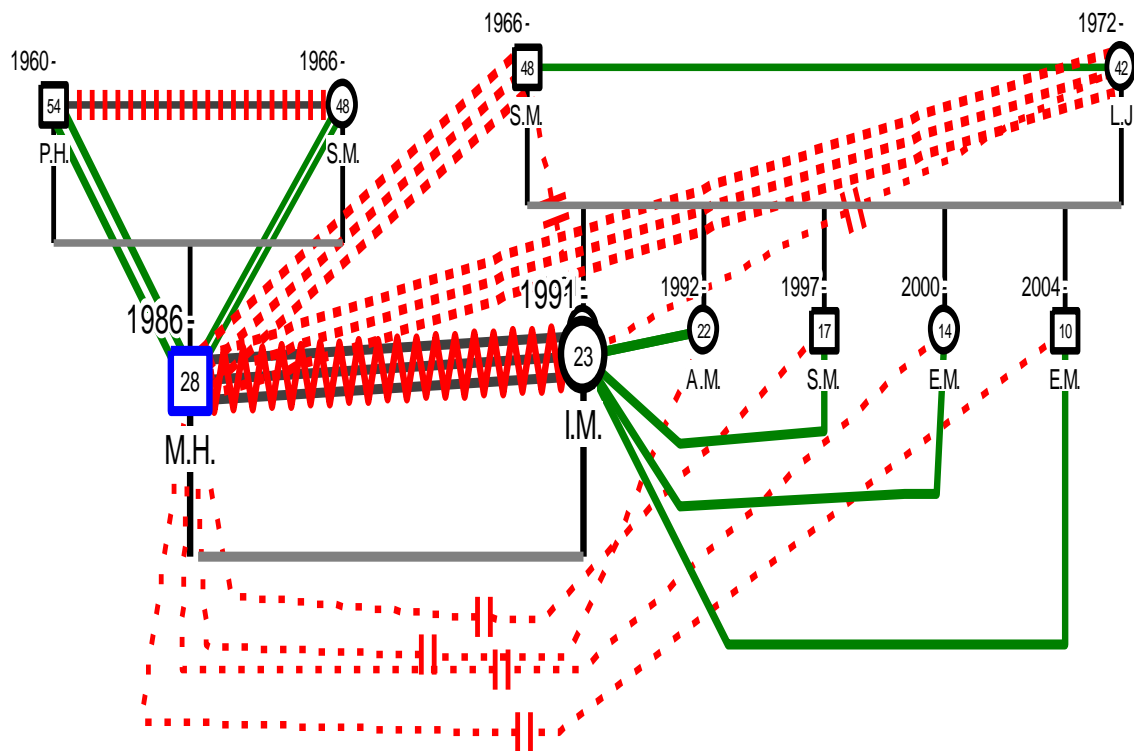
En su adolescencia manifiesta haber experimentado confusión, tristeza y soledad ya que a esa edad fue cuando experimentó el rechazo de compañeros del colegio. Sin embargo, da gracias porque todo quedó en el pasado, M.A. Manifiesta: quien quiere aceptarme como soy: bienvenido, y si no le gusta pues puede retirarse porque no sabe lo que se pierde.

V. Estructura familiar

Los miembros que integran la familia son: el esposo, (paciente) la esposa. Actualmente la dinámica familiar está en conflicto desde que la esposa del paciente descubrió que sostiene relaciones sentimentales con su actual jefa donde labora, existe amenaza de separación por parte de ella. al paciente le ha preocupado esta situación más que el qué dirán los hermanos de la iglesia; según refiere el paciente, lo que no soportaría es ver a su esposa con otro hombre.

La relación familiar con sus padres es buena ya que de ambas familias nadie ha intervenido en la relación de pareja hasta el momento; el Genograma da una muestra de la dinámica familiar del paciente evidenciando el tipo de relación distante e indiferente que mantiene con la esposa. La relación de dependencia emocional que aún mantiene con los padres se hace evidente en la representación gráfica de la familia.

VI. Genograma



Fuente: www.genopro.com

VII. Examen mental

1. Presentación (descripción general)

El paciente se presenta con regularidad en nivel de conciencia, vigilia y alerta. El aspecto general es de arreglo personal, el peso del paciente en relación a su edad y estatura es desproporcionado ya que se observa con sobrepeso, se observa posición corporal erguida, mantiene contacto visual; la actitud ante la entrevista es de colaborador y abierto ante las preguntas que se realizan.

2. Conducta motora y estado afectivo

En la conducta motora se observa equilibrio al caminar, movimientos adecuados al momento de expresarse de forma gesticular y al desplazarse, en el volumen y ritmo se observa adecuado al momento de expresarse y manifestar sus emociones, por ejemplo: llanto, tristeza o enojo.

3. Estado cognoscitivo

El paciente se observa atento, concentración y vigilia; sabe realizar operación simples, se encuentra orientado en tiempo, lugar, espacio y persona. En relación con la fluidez del volumen y timbre de voz, es adecuada al momento de expresarse, en el área de comprensión es capaz de responder "sí" o "no" ante las preguntas realizadas, sabe describir objetos, distingue entre un objeto y otro.

- a) Memoria: el paciente expone memoria a largo plazo expresando cómo era cuando estaba en el otro colegio. En la memoria a mediano plazo el paciente narra cómo fue el paseo el fin de semana; en la memoria inmediata recuerda por qué su esposa estaba enojada con él.
- b) Razonamiento (funciones cognoscitivas): El paciente maneja procesos de razonamiento práctico, realizando procedimientos de matemática; en el área de abstracción es capaz de interpretar los proverbios, identificar el análisis de una fábula.

4. Pensamiento

Proceso: En el área de coherencia el paciente, direcciono hacia un objetivo lógico tangencial (salir del tema que se está tratando con imposibilidad del sujeto para volver al mismo, circunstancial).

- a) Contenido: La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de los demás, creer que es especial y único, exigir

admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía reflejan la desvaloración y baja autoestima del paciente.

- b) Introspección: (Insight) El paciente no es capaz de interpretar razonablemente las emociones que le generan los sentimientos de autoidealización (exagerada aceptación y autoalabanza de sí mismo) generando conductas de soberbia y falta de empatía hacia los demás.
- c) Estado de ánimo Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento, no es acorde a su estado de ánimo ya que expresa sentirse bien pero su apariencia es de tristeza y preocupación; en el estado de ánimo se siente desvalido, con miedo ante el cambio, incapaz para afrontar las exigencias del ambiente.

VIII. Análisis de pruebas

Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
Test del árbol	04/05/2013

Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
Test proyectivo de la figura humana	22/04/2013

Los elementos más importantes evaluados en esta prueba evidencian la Acentuación de esa tendencia conductual del paciente, los cuales se mencionan a continuación: eventualmente obstinación infantil, orgullo, vanidad o deseo de superación; del sentimiento de inferioridad denota infantilidad, incongruencia, fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición y retraimiento.

Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación, a la iniciativa. Normas en la infancia, después por lo menos, una débil falta de madurez intelectual o afectiva. Desarrollo detenido, impedido: inhibición, sentimiento de inferioridad, terquedad, resistencia al cambio. En esta prueba se pueden confirmar los rasgos de personalidad narcisista que el paciente presenta.

En esta prueba proyectiva se han evaluado los elementos más destacados en el dibujo, los cuales presentan los siguientes resultados: Las figuras grandes se asocian con impulsividad, con poco autocontrol, también inmadurez. En adultos puede ser un rasgo de narcisismo e ideaciones paranoides, grandiosidad, característica paranoide, tendencia a la regresión, inmadurez, conflicto de virilidad; en relación a la conducta sexual aparece frecuentemente con rasgos que muestran tendencias narcisistas, perturbado por falta de coordinación entre el impulso y sus funciones de control mental, compensación o exhibición de masculinidad, necesidades agresivas dirigidas al exterior, ambición, deseos de proeza o adquisición, conducta compensatoria debido a sentimientos de insuficiencia (en relaciones interpersonales o inadecuadas), necesidad de apoyo en la realidad, sexualmente ambivalente; sobrecompensación a causa de insuficiencia corporal. Nuevamente se hacen evidentes los rasgos narcisistas del paciente, por lo que darán lugar a realizar el diagnóstico diferencial.

Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
Test proyectivo de la familia	22/04/2013

En esta prueba el paciente manifiesta inestabilidad afectiva, impulsividad e intolerancia. Su ubicación dentro de la familia es resaltada por su tamaño y otras características que son observables, lo cual muestra un total egocentrismo. Responde de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente; cuando no es reconocido por sus destrezas y habilidades, muestra Inmadurez o controles internos deficientes, egocentrismo y sobrevaloración personal al mostrar perfección en la elaboración del personaje que le corresponde. Además, sobrevalora a sus padres por la importancia que le dan dentro de la familia, característica principal del trastorno narcisista de la personalidad.

Estos elementos evaluados evidencian una vez más la autoimportancia que el paciente manifiesta por sí mismo. Características que le hacen difícil su interacción con los demás ya que carece de empatía mostrando siempre actitudes de soberbia.

Los test proyectivos y cualitativos que se le aplicaron a M. A. presentan varias coincidencias que reflejan el deterioro familiar, laboral y social que está ocasionando el padecimiento del paciente. A continuación se hace mención de los puntos que se pueden tomar de referencia para realizar un plan terapéutico.

La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de las personas, cree que es especial y único, exige admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía por los demás. Refleja la desvaloración y baja autoestima del paciente interpretando la actitud de las personas de su entorno como envidia hacia él.

IX. Otros estudios diagnósticos

Se logró entrevistar a la madre y a la esposa del paciente para recabar mayor información de la interacción que sostiene con el grupo primario de apoyo, así como la obtención de datos para el análisis de la historia clínica del paciente. Antes de concluir la impresión diagnóstica.

X. Impresión diagnóstica

Los tests proyectivos y cualitativos que se le aplicaron a M. Presentan varias coincidencias que reflejan el deterioro familiar, laboral y social que está ocasionando el padecimiento del paciente. A continuación se hace mención de los puntos que se pueden tomar de referencia para realizar un plan terapéutico. La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de las personas, cree que es especial y único, exige admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía por los demás. Refleja la desvaloración y baja autoestima del paciente interpretando la actitud de las personas de su entorno como envidia hacia él.

Aunado a la información recaudada por medio de sesiones terapéuticas, aplicación de pruebas proyectivas, técnicas terapéuticas, tales como: entrevista, observación y análisis, se puede concluir con lo siguiente: La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de los demás, creer que es especial y único, exigir admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía hacia los demás. Según los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, el paciente presenta el Trastorno Narcisista de la Personalidad.

XI. Evaluación Multiaxial

Eje I = Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]
Eje II = F60.8 Trastorno Narcisista de la Personalidad [301.81]
Eje III = Ninguno
Eje IV = Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas conyugales
Eje V = EEAG 60-51 actual

XII. Recomendaciones

Se recomienda que el paciente continúe con el proceso terapéutico, el cual tiene una duración aproximada de 12 a 25 sesiones durante dos a cinco meses. En su tratamiento el paciente tendrá la posibilidad de acceder a la comprensión de que nos asemejamos como humanos en la comunidad de la carencia y en la reciprocidad y el deseo de colmarla.

XIII. Programa de tratamiento/plan terapéutico

El tiempo estimado de la terapia es de 12 a 25 sesiones, aproximadamente 12 meses.

- Entrevistas y aplicación de pruebas: seis sesiones. Para conocer historia y evaluar qué y cómo se trabajará al paciente.

- Terapia Cognitivo-Conductual: una sesión. Para trabajar pensamientos automáticos y creencias irracionales.
- Terapia Cognitivo-Conductual: diez sesiones, para trabajar autoestima y fortalecer el vínculo familiar por medio de la terapia Racional Emotiva.
- Cierre de Caso: una sesión.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

M. A. Melissa Lemus García

4.2.2 Informe Cierre de Caso

Nombre del paciente:	M.A.
Edad:	25 años
Sexo:	Masculino
Fecha de inicio de la Intervención:	03/03/2013
No. de sesiones:	12

Motivo de Consulta

El paciente refiere: “No quiero que mi esposa me abandone; ella dice que tengo muchas mujeres, nunca le pongo atención; solo me fijo en lo que me conviene, que soy un aprovechado, solo la desgasto pensando en mis cosas y no así en las de ella; lo cual creo que tal vez tenga algo de razón, pero ella así me conoció no sé por qué reacciona así ahora; lo único que quiero es que no me deje, ya me acostumbré con ella”.

Impresión Diagnóstica/Diagnóstico

De acuerdo con la información recaudada por medio de sesiones terapéuticas, aplicación de pruebas proyectivas, técnicas terapéuticas, tales como: entrevista, observación y análisis, se puede concluir con lo siguiente: La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de los demás, creer que es especial y único, exigir admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía reflejan la desvaloración y baja autoestima del paciente, producto de la sobreprotección que recibió de niño de parte de sus progenitores por ser hijo único. Según los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- IV-TR, el paciente presenta el Trastorno Narcisista de la Personalidad.

Técnica Empleadas (Resumen)

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales del paciente, con la finalidad de: facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales.

Técnicas utilizadas de la terapia: Técnicas cognitivas

1. Detección de pensamientos automáticos

Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También a veces se pueden representar escenas pasadas mediante role-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2. Clasificación de las distorsiones cognitivas

Consiste en enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y cómo detectarlos y hacerles frente.

3. Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos

Puede hacerse de diferentes maneras: 1) A partir de la experiencia del paciente se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. 2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. 3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente. 4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4. Concretizar las hipótesis

Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5. Retribución

El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6. Descentramiento

El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p. e. diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7. Descatastrofización

El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8. Uso de imágenes

El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo: pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9. Descripción del proceso

Después del proceso de admisión y entrevista se atendió al paciente durante cuatro meses, un domingo con duración de una hora. Se trabajó sobre un plan terapéutico, lo cual tuvo como objetivo principal abordar los rasgos narcisistas que mantiene el paciente a nivel conductual, logrando detectar sus pensamientos automáticos y sus creencias irracionales con respecto a su sobrevaloración personal y el impacto que causa en él y en su esposa, por medio de las diferentes técnicas “cognitivo conductual” que se mencionan en este informe.

10. Motivo de cierre

Aún no se ha cerrado el caso por completo. Por tratarse de un trastorno de la personalidad actualmente existe compromiso del paciente y terapeuta para continuar con el proceso terapéutico presentar mejoría.

Fecha en la que se cierra el caso

Temporal

09/11/2013

Recomendaciones

Se darán al finalizar el proceso terapéutico

Firma Terapeuta

Vo. Bo. Catedrática supervisora

Fecha 19/11/2013

4.3 Logros

En su tratamiento el paciente tuvo la oportunidad de acceder a la comprensión de que nos asemejamos como humanos en la comunidad de la carencia y la reciprocidad de la afectividad y el deseo de colmarla. Por medio de la Terapia cognitivo-conductual pudo captar la información de su yo interno, procesarla e interpretarla de manera racional y efectiva para una mejor comprensión de sus creencias irracionales acerca del autoconcepto sobrevalorado que tenía de sí mismo, en beneficio de su salud emocional y psicológica; de esta forma se pudo brindar atención

psicológica a una parte de la población en riesgo de la comunidad donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

4.4 Limitaciones

La mayoría de pacientes en un inicio presentaron resistencia al trabajo realizado a pesar de haber dado una charla informativa sobre el objetivo del mismo, aun no hay una cultura de asistir al psicólogo para tratar los problemas que surgen en distintos contextos de la vida cotidiana de la población atendida. La mayoría de pacientes atendidos no cumplió con el contrato terapéutico establecido desde un inicio. Los horarios de atención, ya que solo se atendieron durante un día por semana.

Conclusiones

De acuerdo a la investigación realizada se ha identificado que el trastorno narcisista de la personalidad es causado principalmente por la falta empática de los padres, a las demandas de validación y admiración en los primeros años (niñez temprana) de vida de las personas quienes la padecen. Provocando que en la adultez la persona manifieste un grandioso sentido de autoimportancia.

El efecto en la salud mental de las personas que padecen el trastorno narcisista de la personalidad es: excesiva admiración. Grandioso sentido de autoimportancia, creerse especial y único, carecer de empatía hacia los demás, interpersonalmente explotador explotadora, pretenciosos, altivos y arrogantes, lo que genera en su entorno familiar y social situaciones altamente tóxicas y dañinas para su propia persona y su grupo social donde se relaciona.

Para el diagnóstico clínico de los trastornos de personalidad, en particular el trastorno narcisista existen instrumentos psicométricos y proyectivos las cuales deben de ser identificados por los profesionales de salud mental para facilitar la detección y el tratamiento de las mismas.

Dentro del rubro de abordajes psicoterapéuticos; para el tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad se identificaron dos modelos: terapia Cognitivo Conductual y la terapia Gestalt.

Como aporte al centro de práctica se ha elaborado un documento psicoeducativo con el objeto de dar a conocer en un lenguaje sencillo y de fácil entender; la procedencia, las causas y efectos de los trastornos de la personalidad; en particular el trastorno narcisista de la personalidad. La cual les será útil de consulta y guía.

Recomendaciones

Se recomienda a los padres reciban capacitación acerca de las etapas del desarrollo en la niñez y niñez temprana para que conozcan la importancia de la educación afectiva para con sus hijos.

Los efectos en la salud mental, de las personas que padecen el trastorno narcisista de la personalidad radican principalmente en el deterioro significativo en las relaciones interpersonales; por tal razón se recomienda que reciban terapia psicológica con profesionales de la salud mental.

Se recomienda la investigación y el uso adecuado de los instrumentos psicométricos aquí descritos al momento elaborar un plan terapéutico con pacientes que padezcan trastornos de la personalidad ya que requieren de total conocimiento al momento de su aplicación.

Para el tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad, se recomienda el uso de la terapia cognitivo conductual y la terapia gestalt; ya que para el primer modelo terapéutico las actitudes, los hábitos y los pensamientos negativos son respuestas aprendidas y el mejor medio de deshacerse de ellos es aprender nuevas formas (de pensar, actuar, sentir) y para la terapia gestalt es la de hacer que la persona se haga responsable de sus propios pensamientos, sentimientos y acciones, ubicándolos en el presente. En el ‘‘aquí y ahora’’.

Referencias

Bibliográficas

Abrams, J. (1,999). Recuperar al niño interior. Barcelona: ed. Kairós.

Beck, T. Freeman A. (2001). Terapia Cognitiva para los trastornos de la personalidad
México: ed. Paidós Ibéricas S.A.

Byington, C. (1988). Dimensiones simbólicas de la personalidad. Sao Paulo: ed. Ática.

Byington, C. (2004). La construcción amorosa del saber. Fundamento y finalidad de la pedagogía
simbólica Junguiana. São Paulo: ed. W11 Editores.

Byington. C. (1988). Adolescencia e interacción del self. individual, familiar, cultural e cósmico.
Junguiana, São Paulo: ed. Ática.

Chinchilla Moreno, A. (2011). La Depresión y sus Máscaras. Buenos Aires: ed. Médica.
Panamericana.

Engler, B. (2001). Teorías de la personalidad (4ta ed.). México: ed. McGraw-Hill
Interamericana S.A.

Fromm, E. (1972). El arte de amar. Buenos Aries: ed. Piados

González Ll. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial
ciencias médicas.

Irwin G. Sarason. (1,980) Psicología anormal, problemas de la conducta desadaptadas (1ra. Ed.)
México: ed. Trillas.

John M. (1980). Enfermedades mentales México: Ed. el manual moderno S.A.

Marck R. Psicopatología fisiológica (2da. ed) México: ed. Mcgraw Hill.

Millon. T, Roger D. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV-TR. (1ra.ed.)
Barcelona: ed. Masson.

Montenegro, H.; Guajardo, H. (2000). Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Santiago: Ed.
Mediterráneo.

Moreno Rosset, Carmen (ed.) (2005). Evaluación psicológica. Madrid: Sanz y Torres.

Nathan, P. E.; Gorman, J.M. y Salkind, N.J. (2002) Tratamiento de trastornos mentales. Una guía
de tratamientos que funcionan. Madrid: Alianza Ensayo.

Neil R. (1998). Psicología Fisiológica (1ra ed.) México: ed. México

Pelechano, Vicente (1988). Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Valencia:
Alfapplus.

Risso, W. (2006). Terapia Cognitiva fundamentos Teóricos y conceptualización del Caso clínico.
Colombia Ed. Norman.

Sevilla, J. y Pastor, J. (1991). ¿Podría ayudarme un psicólogo? Valencia. Centro de Investigación
y Terapia de Conducta.

Anexos

Anexo 1

Carta de Solicitud de Práctica Clínica Supervisada



27 av. 8-36 zona 4 de Mixco, Finca El Naranjo
Tels. 2436-0362 / 2434- 3219
upana.edu.gt

Guatemala 06 de abril de 2013

Lic. Elmer Acencio Lucero
Ministerios Prosperando Con Dios
Aldea el Fiscal Palencia Guatemala
Presente

Estimado licenciado

Deseando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, ya que tenemos a un alumno interesado en realizar su práctica en la institución que usted coordina.

Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestras alumnas de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: **Ministerios Prosperando Con Dios**. El alumno que desean colaborar en su Centro es **Tomás Rigoberto Cuyuch Alvarez**.

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


Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Atentamente,


Licda. Melissa Lemus

Docente de Práctica IV
Universidad Panamericana



Vo.Bo. Institución 

Anexo 2

Carta de Entrega de Aporte Psicoeducativo

Guatemala 30 de Noviembre de 2013

Licenciado
Elmer Asencio Lucero
Pastor General
Ministerio Prosperando con Dios
Presente

Estimado Licenciado Asencio:

Deseándoles éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para hacerle entrega de 50 folletos psicoeducativos, como medida preventiva e informativa del tema de **“Trastornos de la Personalidad/ Trastorno Narcisista de la Personalidad”**. Dicho tema fue el motivo de mi investigación, por la reincidencia de casos que tuve durante el proceso de Práctica Profesional Dirigida. Realizada en su ministerio.

El folleto va dirigido a estudiantes de psicología, voluntarios, padres de familia, maestros y público en general.

Agradeciendo de antemano su atención y apoyo

Atentamente


Tomas Rigoberto Cuyuch Alvarez



Vo. Bo. Institución _____

Anexo 3

Trifoliar Psicoeducativo

<p>¿Qué son los trastornos de la personalidad?</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Los trastornos de personalidad, son un conjunto de perturbaciones o anomalías que se dan en las dimensiones, afectivas, motivacionales y de relación social de las personas◆ Al hablar de personalidad, se les da preferencia a los procesos emotivos y tendenciales del individuo, aunque los diferentes factores ejercen una influencia directa entre sí. Los desajustes o trastornos son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales	<p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">◆ ¿Existe algún tratamiento?◆ ¿Quién puede ayudarme?
<p>¿Conociendo mi mundo interior!</p>  <p>¿que son los trastornos de la personalidad?</p> <p>¿Como puedo identificar el trastorno narcisista de la personalidad?</p>	<p>Donde puedo acudir en busca de ayuda ?</p> <p>Pueden comunicarse con:</p> <p>Tomas Rigoberto Cuyuch</p> <p>A los teléfonos :</p> <p>2443538 y 57565257</p>
<p>Recursos psicoeducativos</p> <p>Universidad Panamericana de Guatemala</p> <p>Extensión el Naranjo</p> <p>Realizado por: Tomas Rigoberto Cuyuch Alvarez</p> <p>Licenciatura en psicología Clínica y consejería social</p>	

CAUSAS

De acuerdo a investigaciones realizadas se ha identificado que los trastornos de la personalidad es causado principalmente por la falta empática de los padres, a las demandas de validación y admiración en los primeros años (niñez temprana) de vida de las personas quienes la padecen. Provocando que en la adultez las personas manifieste conductas desadaptadas.

Efectos

Los efectos en la salud mental de las personas que padecen trastornos de la personalidad son: un Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Lo que genera en su entorno familiar y social situaciones altamente tóxicas y dañinas para su propia persona y su grupo social donde se relaciona.

Tratamiento

Cuando se descubre que la manifestación de nuestra conducta esta deteriorando nuestra vida a nivel familiar, social y laboral ; debemos de buscar ayuda profesional para que nos brinden terapia psicológica.

¿Quien puede ayudarme?

Los psicólogos son profesionales de la salud mental quienes nos pueden ayudar a brindar terapia psicológica

Anexo 4

Caso estrella realizado durante la Práctica Profesional Dirigida

Informe clínico

I. Datos generales

Nombre:	M. S. H.
Edad:	28 años
Fecha de nacimiento:	10/09/86
Sexo:	Masculino
Grado de escolaridad:	Bachiller
Profesión u oficio:	Comerciante
Estado civil:	Unión de hecho
Número de hijos:	Ninguno
Religión:	Cristiano Evangélico
Nacionalidad:	Guatemalteca
Dirección:	Aldea El Fiscal, Palencia, Guatemala
Teléfono:	

Pruebas aplicadas/Instrumento y fecha de aplicación:

- Test de la Figura Humana, de Karen Machover, aplicado el 23 de mayo de 2013
- Test de la Familia, aplicado el 29 de mayo de 2013
- Test del Árbol, aplicado el 03 de junio de 2013

Referido por: Pastor de la iglesia

Fecha de inicio de la evaluación: 28 de abril de 2013

II. Motivo de Consulta

El paciente refiere: ‘‘No quiero que mi esposa me abandone; ella dice que tengo muchas mujeres, nunca le pongo atención, solo me fijo en lo que me conviene, que soy un aprovechado, solo la desgasto pensando en mis cosas y no así en las de ella; lo cual creo que tal vez tenga algo de razón, pero ella así me conoció, no sé por qué reacciona así ahora; lo único que quiero es que no me deje, ya me acostumbré con ella’’.

III. Historia del problema actual

El paciente manifiesta que después de un año de vivir con su esposa empezó a tener problemas de celos, creyó que iba a ser pasajero; sin embargo, el problema se agravó cuando su esposa lo descubrió con alguien más. Después de ese acontecimiento la esposa del paciente empezó a sospechar de todas las actividades del esposo; a tal grado de revisar los mensajes del teléfono, a oler la ropa que usa y a controlar los horarios de salida del trabajo. Además de esas actitudes de sospecha, empezó a describirle lo cruel e inhumano que se comporta con ella ya que, según el paciente, su esposa le ha dicho que es un aprovechado, vividor, un parásito que solo ve qué puede sacar de los demás.

Esta ha sido la dinámica de convivencia del paciente desde hace cinco años con su esposa, el paciente justifica su actitud para con la esposa describiéndola como exagerada y loca; nada de esto estuviera pasando si ella supiera darme mi lugar, manifiesta el paciente autoalabándose y a la vez riéndose porque, según, su esposa es una mujer que le gusta armar drama por nada. Por otra parte el paciente manifiesta que solo aprovecha cada día de la vida tomando lo que le pertenece: placeres, dinero, lujos, amistades y un buen trabajo. ‘‘No tengo la culpa de ser muy guapo, por eso las mujeres me siguen, lo que mi esposa no entiende es que ella es la número uno’’ refiere el paciente; aunque le preocupa que ella le abandone ya que le ha manifestado separarse de él. Es por ello que busca ayuda porque a pesar de todo: ‘‘Yo la quiero, ya me acostumbré con ella, me trata de modo especial’’ refiere el paciente.

IV. Historia clínica

1. Historia prenatal

Comenta que fue esperado con mucha alegría ya que su madre tuvo muchas dificultades médicas para concebir hijos, razón por la cual nunca tuvo más hermanos, aunque fue difícil para la madre tenerlo, comenta que nació con buena salud, más aún porque, según la madre del paciente, él fue motivo de alegría y esperanza para la familia.

2. Nacimiento

M. fue concebido sin ninguna dificultad en el parto; aunque durante los meses de embarazo la madre del paciente fue sobreprotegida por el esposo por temor a que perdiera él bebe que estaba en gestación: el paciente manifiesta que su madre fue bien alimentada y vitaminada durante su embarazo. El parto duró tres horas sin muchas complicaciones, pesando ocho libras al nacer; fué alimentado con leche materna hasta la edad de cuatro años y leche de bote hasta la edad de seis años. El único problema que presentó hasta los seis años fue enuresis, la cual superó a los siete años.

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

Las diferentes etapas de desarrollo de M. fueron normales; según la madre del paciente, sostuvo la cabeza a los tres meses, fue capaz de sentarse por sí solo a los 3 meses, cuando empezó a gatear y a querer explorar el mundo por sus propios medios, fue ayudado con un andador (araña), la cual le facilitó el descubrimiento de su entorno, al cumplir un año y dos meses pudo caminar. A los cuatro meses le nacieron los dientes inferiores, hoy en día el paciente cuenta con buena dentadura. Con respecto al control de esfínteres, comenta no le fue tan bien por lo que no tiene datos.

4. Evolución de lenguaje

M. A. empezó a balbucear cuando tenía tres meses, pronunció sus primeras palabras cuando tuvo cuatro meses de edad, al cumplir un año fue capaz de formular oraciones simples, durante esta etapa no sufrió ninguna dificultad en la evolución del lenguaje; en la actualidad se expresa con claridad.

5. Desenvolvimiento escolar

A los seis años M. A. fue inscrito en el colegio del pueblo, fue el primer niño de la aldea que inició sus estudios a tan temprana edad, por lo que todos los vecinos admiraban y felicitaban a sus padres por ser un niño inteligente; en el colegio donde inició la preparatoria finalizó hasta completar tercero básico. Durante su etapa escolar fue un estudiante destacado ganando todos los grados; comenta haber sido muy popular, admirado y envidiado por sus compañeros.

6. Desenvolvimiento social

A pesar de su logro académico y su popularidad durante su niñez y adolescencia, M. comenta que en la actualidad los adultos, que se relacionan con él en todas las esferas de su vida, le manifiestan envidia ya que aún continúa destacándose en todo. La principal dificultad de hoy es la mala relación que está teniendo con su esposa, porque aún mantiene excelentes relaciones con sus padres, aun lo consienten y le dan el lugar que le corresponde.

7. Historia psicosexual

El paciente manifiesta haber tenido su primera relación sexogenital a los trece años de edad. Comenta resultarle con mucha facilidad tener encuentros sexuales por su atractivo físico.

Lamenta haber adoptado como hábito la práctica sexual reconociéndose como promiscuo, pero dice no arrepentirse porque se protege muy bien de toda enfermedad sexual infectocontagiosa, utilizando preservativos.

8. Historia médica

El paciente comenta haber padecido de sarampión en su niñez, la cual fue objeto de atención médica tratada y superada, padeció de dengue a los 19 años, la experiencia más fuerte en su vida, ya que experimentó la muerte en vida, comenta M.

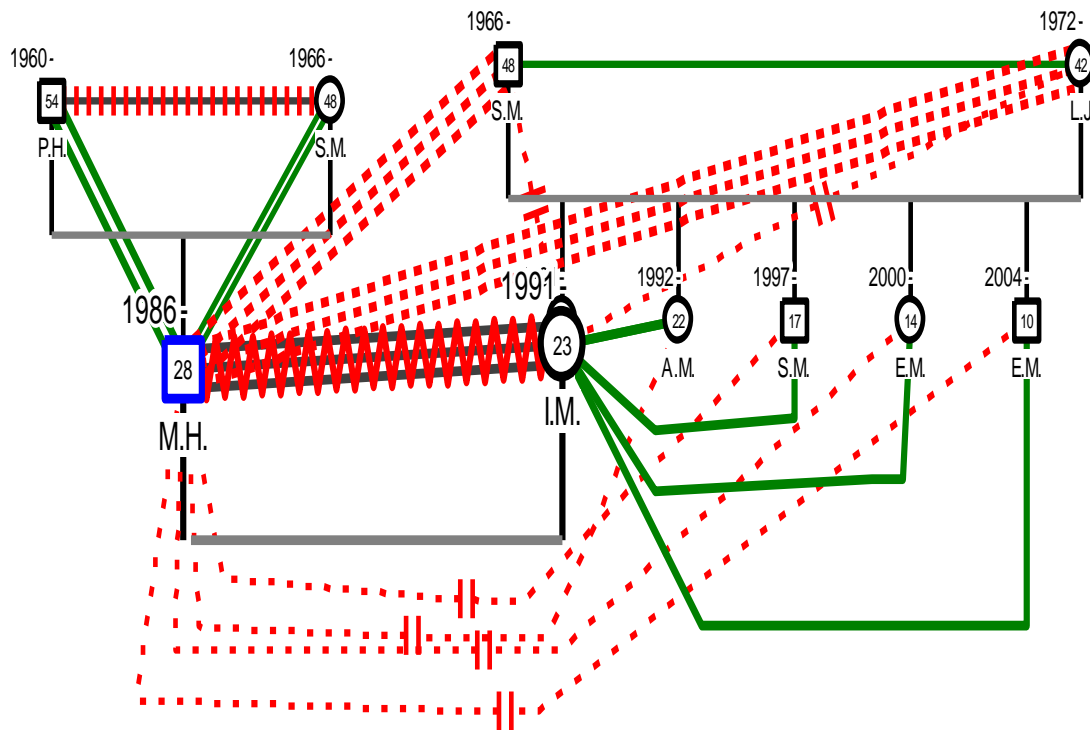
9. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

En su adolescencia manifiesta haber experimentado confusión, tristeza y soledad ya que a esa edad fue cuando experimentó el rechazo de compañeros del colegio. Sin embargo, da gracias porque todo quedó en el pasado, M.A. Manifiesta: quien quiere aceptarme como soy: bienvenido, y si no le gusta pues puede retirarse porque no sabe lo que se pierde.

V. Estructura familiar

Los miembros que integran la familia son: el esposo, (paciente) la esposa. Actualmente la dinámica familiar está en conflicto desde que la esposa del paciente descubrió que sostiene relaciones sentimentales con su actual jefa donde labora, existe amenaza de separación por parte de ella. al paciente le ha preocupado esta situación más que el qué dirán los hermanos de la iglesia; según refiere el paciente, lo que no soportaría es ver a su esposa con otro hombre. La relación familiar con sus padres es buena ya que de ambas familias nadie ha intervenido en la relación de pareja hasta el momento; el Genograma da una muestra de la dinámica familiar del paciente evidenciando el tipo de relación distante e indiferente que mantiene con la esposa. La relación de dependencia emocional que aún mantiene con los padres se hace evidente en la representación gráfica de la familia.

VI. Genograma



Fuente: www.genopro.com

VII. Examen mental

1. Presentación (descripción general)

El paciente se presenta con regularidad en nivel de conciencia, vigilia y alerta. El aspecto general es de arreglo personal, el peso del paciente en relación a su edad y estatura es desproporcionado ya que se observa con sobrepeso, se observa posición corporal erguida, mantiene contacto visual; la actitud ante la entrevista es de colaborador y abierto ante las preguntas que se realizan.

2. Conducta motora y estado afectivo

En la conducta motora se observa equilibrio al caminar, movimientos adecuados al momento de expresarse de forma gesticular y al desplazarse, en el volumen y ritmo se observa adecuado al momento de expresarse y manifestar sus emociones, por ejemplo: llanto, tristeza o enojo.

3. Estado cognoscitivo

El paciente se observa atento, concentración y vigilia; sabe realizar operación simples, se encuentra orientado en tiempo, lugar, espacio y persona. En relación con la fluidez del volumen y timbre de voz, es adecuada al momento de expresarse, en el área de comprensión es capaz de responder "sí" o "no" ante las preguntas realizadas, sabe describir objetos, distingue entre un objeto y otro.

- a) Memoria: el paciente expone memoria a largo plazo expresando cómo era cuando estaba en el otro colegio. En la memoria a mediano plazo el paciente narra cómo fue el paseo el fin de semana; en la memoria inmediata recuerda por qué su esposa estaba enojada con él.
- b) Razonamiento (funciones cognoscitivas): El paciente maneja procesos de razonamiento práctico, realizando procedimientos de matemática; en el área de abstracción es capaz de interpretar los proverbios, identificar el análisis de una fábula.

4. Pensamiento

Proceso: En el área de coherencia el paciente, direcciono hacia un objetivo lógico tangencial (salir del tema que se está tratando con imposibilidad del sujeto para volver al mismo, circunstancial).

- a. Contenido: La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de los demás, creer que es especial y único, exigir

admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía reflejan la desvaloración y baja autoestima del paciente.

- b. Introspección: (Insight) El paciente no es capaz de interpretar razonablemente las emociones que le generan los sentimientos de autoidealización (exagerada aceptación y autoalabanza de sí mismo) generando conductas de soberbia y falta de empatía hacia los demás.
- c. Estado de ánimo Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento, no es acorde a su estado de ánimo ya que expresa sentirse bien pero su apariencia es de tristeza y preocupación; en el estado de ánimo se siente desvalido, con miedo ante el cambio, incapaz para afrontar las exigencias del ambiente.

VIII. Análisis de pruebas

Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
Test del árbol	04/05/2013

Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
Test proyectivo de la figura humana	22/04/2013

Los elementos más importantes evaluados en esta prueba evidencian la Acentuación de esa tendencia conductual del paciente, los cuales se mencionan a continuación: eventualmente obstinación infantil, orgullo, vanidad o deseo de superación; del sentimiento de inferioridad denota infantilidad, incongruencia, fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición y retraimiento.

Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación, a la iniciativa. Normas en la infancia, después por lo menos, una débil falta de madurez intelectual o afectiva. Desarrollo detenido, impedido: inhibición, sentimiento de inferioridad, terquedad, resistencia al cambio. En esta prueba se pueden confirmar los rasgos de personalidad narcisista que el paciente presenta.

En esta prueba proyectiva se han evaluado los elementos más destacados en el dibujo, los cuales presentan los siguientes resultados: Las figuras grandes se asocian con impulsividad, con poco autocontrol, también inmadurez. En adultos puede ser un rasgo de narcisismo e ideaciones paranoides, grandiosidad, característica paranoide, tendencia a la regresión, inmadurez, conflicto de virilidad; en relación a la conducta sexual aparece frecuentemente con rasgos que muestran tendencias narcisistas, perturbado por falta de coordinación entre el impulso y sus funciones de control mental, compensación o exhibición de masculinidad, necesidades agresivas dirigidas al exterior, ambición, deseos de proeza o adquisición, conducta compensatoria debido a sentimientos de insuficiencia (en relaciones interpersonales o inadecuadas), necesidad de apoyo en la realidad, sexualmente ambivalente; sobrecompensación a causa de insuficiencia corporal. Nuevamente se hacen evidentes los rasgos narcisistas del paciente, por lo que darán lugar a realizar el diagnóstico diferencial.

Nombre de la prueba	Fecha de aplicación
Test proyectivo de la familia	22/04/2013

En esta prueba el paciente manifiesta inestabilidad afectiva, impulsividad e intolerancia. Su ubicación dentro de la familia es resaltada por su tamaño y otras características que son observables, lo cual muestra un total egocentrismo. Responde de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente; cuando no es reconocido por sus destrezas y habilidades, muestra Inmadurez o controles internos deficientes, egocentrismo y sobrevaloración personal al mostrar perfección en la elaboración del personaje que le corresponde. Además, sobrevalora a sus padres por la importancia que le dan dentro de la familia, característica principal del trastorno narcisista de la personalidad.

Estos elementos evaluados evidencian una vez más la autoimportancia que el paciente manifiesta por sí mismo. Características que le hacen difícil su interacción con los demás ya que carece de empatía mostrando siempre actitudes de soberbia.

Los test proyectivos y cualitativos que se le aplicaron a M. A. presentan varias coincidencias que reflejan el deterioro familiar, laboral y social que está ocasionando el padecimiento del paciente. A continuación se hace mención de los puntos que se pueden tomar de referencia para realizar un plan terapéutico.

La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de las personas, cree que es especial y único, exige admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía por los demás. Refleja la desvaloración y baja autoestima del paciente interpretando la actitud de las personas de su entorno como envidia hacia él.

IX. Otros estudios diagnósticos

Se logró entrevistar a la madre y a la esposa del paciente para recabar mayor información de la interacción que sostiene con el grupo primario de apoyo, así como la obtención de datos para el análisis de la historia clínica del paciente. Antes de concluir la impresión diagnóstica.

X. Impresión diagnóstica

Los tests proyectivos y cualitativos que se le aplicaron a M. Presentan varias coincidencias que reflejan el deterioro familiar, laboral y social que está ocasionando el padecimiento del paciente. A continuación se hace mención de los puntos que se pueden tomar de referencia para realizar un plan terapéutico. La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de las personas, cree que es especial y único, exige admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía por los demás. Refleja la desvaloración y baja autoestima del paciente interpretando la actitud de las personas de su entorno como envidia hacia él.

Aunado a la información recaudada por medio de sesiones terapéuticas, aplicación de pruebas proyectivas, técnicas terapéuticas, tales como: entrevista, observación y análisis, se puede concluir con lo siguiente: La manifestación de un grandioso sentido de autoimportancia, esperando ser reconocido como superior al resto de los demás, creer que es especial y único, exigir admiración excesiva, pretencioso interpersonalmente explotador y su ausencia total de empatía hacia los demás. Según los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, el paciente presenta el Trastorno Narcisista de la Personalidad.

XI. Evaluación Multiaxial

Eje I = Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]
Eje II = F60.8 Trastorno Narcisista de la Personalidad [301.81]
Eje III = Ninguno
Eje IV = Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas conyugales
Eje V = EEAG 60-51 actual

XII. Recomendaciones

Se recomienda que el paciente continúe con el proceso terapéutico, el cual tiene una duración aproximada de 12 a 25 sesiones durante dos a cinco meses. En su tratamiento el paciente tendrá la posibilidad de acceder a la comprensión de que nos asemejamos como humanos en la comunidad de la carencia y en la reciprocidad y el deseo de colmarla.

XIII. Programa de tratamiento/plan terapéutico

El tiempo estimado de la terapia es de 12 a 25 sesiones, aproximadamente 12 meses.

- Entrevistas y aplicación de pruebas: seis sesiones. Para conocer historia y evaluar qué y cómo se trabajará al paciente.

- Terapia Cognitivo-Conductual: una sesión. Para trabajar pensamientos automáticos y creencias irracionales.
- Terapia Cognitivo-Conductual: diez sesiones, para trabajar autoestima y fortalecer el vínculo familiar por medio de la terapia Racional Emotiva.
- Cierre de Caso: una sesión.

19 de noviembre de 2013

Fecha

Tomás Cuyuch

Vo. Bo. _____
Supervisora

Anexos 5

Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida IV

[PROGRAMA OFICIAL]



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
 FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
 PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso:	Práctica IV - Profesional Dirigida-	Ciclo:	2013
Pre-Requisito:	Práctica I, Práctica II, Práctica III	Código:	
Trimestre:	X	Jornada:	
Sede:		Horario:	

Mes	Año
Enero	2013

Fecha de Recepción

Sello de Registro y Control Académico

Vo.Bo. Decanato

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

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

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

Objetivos:

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

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos
 Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros. Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención. Primera parte: presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Primera parte: presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero Primera parte: Presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

[PROGRAMA OFICIAL]

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<i>Septiembre</i>
Primera parte: Presentación de caso 21
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<i>Octubre</i>
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
<i>Noviembre</i>
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

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

