

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



**Relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente
de 15 años con su figura materna**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ana Isabel Amezquita Velásquez

Guatemala, agosto 2017

**Relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente
de 15 años con su figura materna**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ana Isabel Amezcuita Velásquez

Licda. Paola Gaitán Laínez (**Asesor**)

M.A. Eymi de Marroquín (**Revisora**)

Guatemala, agosto 2017

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	TH. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. Cesar Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Ciencias Psicológicas

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: *Ana Isabel Amezquita Velásquez*

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: julio 2016

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 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: *Ana Isabel Amezquita Velásquez* recibe la aprobación para realizar su *Práctica Profesional Dirigida*.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan

**Decano
Facultad de Humanidades**



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto dos mil diecisiete.**

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente de 15 años con su figura materna". Presentada por la estudiante: Ana Isabel Amezcua Velásquez, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Mirna Paola Gaitán Lainez
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala agosto de 2017.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: *Relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente de 15 años con su figura materna*. Presentada por la estudiante: *Ana Isabel Amezcuita Velásquez*, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS, Guatemala agosto del dos mil diecisiete.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente de 15 años con su figura materna" presentado por Ana Isabel Amezcuita Velásquez, previo a optar grado académico de Licenciatura 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.



[Handwritten Signature]
M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: “Para efectos legales únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Descripción	1
1.2 Ubicación	1
1.3 Antecedentes	2
1.4 Visión	3
1.5 Misión	3
1.6 Sujeto	3
1.7 Instrumentos psicodiagnósticos	4
1.7.1 Test psicométricos	4
1.7.2 Test proyectivos	5
1.8 Investigación Cualitativa de Estudio de Caso	7
Capítulo 2	9
Referente Teórico	9
2.1 Definición de abandono	9
2.1.1 Abandono por parte de la madre	9
2.1.2 Consecuencias del abandono infantil	10
2.2 Definición de muerte	11
2.2.1 La muerte de una madre	12
2.3 Definición de duelo	13
2.3.1 El duelo según DSM-IV	14
2.3.2 Etapas del duelo	15
2.3.2.1 La negación y el aislamiento	16
2.3.2.2 Ira	16
2.3.2.3 Resignación o negociación	17

2.3.2.4 Depresión	17
2.3.2.5 Aceptación	18
2.3.3 El duelo no resuelto	18
2.3.3.1 Consecuencias de un duelo no resuelto	19
2.3.4 Adolescentes en el duelo	20
2.3.4.1 Derechos del adolescente en el duelo	21
2.3.5 Técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento del duelo	22
2.3.5.1 Técnicas conductuales	22
2.3.5.2 Técnicas cognitivas	22
2.3.6 Prevención de duelo no resuelto	23
2.4 Definición de apego	24
2.4.1 Definición de apego madre-hijo	25
2.4.2 Formas de apego	26
2.4.2.1 Apego seguro	26
2.4.2.2 Apego evitativo	26
2.4.2.3 Apego desorganizado o desorientado	27
2.4.2.4 Apego ambivalente	27
2.4.2.4.1 El apego ambivalente y sus consecuencias	27
Capítulo 3	29
Referente Metodológico	29
3.1 Planteamiento del problema	29
3.2 Objetivos	30
3.2.1 Objetivo general	30
3.2.2 Objetivos específicos	30
Capítulo 4	31
Presentación de resultados	31
4.1 Análisis de Resultados	31
4.2 Resultados	32
4.3 Sujeto de estudio	36
4.4 Discusión de caso	43

Conclusiones	45
Recomendaciones	46
Referencias	47
Anexos	49

Resumen

Esta investigación trata de explicar la relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente de 15 años con su figura materna. En el Capítulo 1 se desarrolla el problema del caso, en donde se discute la complejidad del duelo y lo difícil que puede llegar a ser para un infante llevar a cabo este proceso; ya que desde entonces una persona puede entender el motivo y el significado de una pérdida significativa en su vida.

En el Capítulo 2 se estudia el duelo como la experiencia de una muerte de un ser querido, amigo, familiar o cónyuge el cual representa un desafío para toda persona, derivado de ello se rompe toda rutina y tradición. El encuentro con la realidad del sobreviviente después de la pérdida es todo un proceso a llevar a cabo, el cual es estrictamente personal en cuanto a forma y tiempo se trata.

Ahora bien, es cierto que a los niños en algunas ocasiones les toca vivir ese proceso, incluso quizá de forma abrupta e inesperada, lo cual pueda complicar aún más su contexto. Es importante reconocer que a partir de los cinco años de edad, un niño ya es capaz de reconocer el dolor como tal y compartir la experiencia difícil con quienes le rodean. Esa experiencia existencial puede obligar a los niños a tomar una madurez precoz. También se considera importante tomar en cuenta la relación no afectiva con el niño o adolescente hacia otra persona, el cual se puede llegar a convertir en una forma de apego. Esta situación puede crear conflictos emocionales a la persona, incluso su autoestima y autopercepción corren riesgo de ser alterados.

Para hacer posible esta investigación, fue necesario realizar una práctica de estudios de caso con pacientes de diferente problemática, esto se efectuó en un centro educativo el cual es descrito en el Capítulo 3. De los casos estudiados se tomó a la paciente J.J.A., ya que su historial comparte una experiencia de duelo no resuelto. Con la ayuda de entrevistas y pruebas psicológicas se llevó a cabo un plan terapéutico para ayudarle en la superación del duelo y mejorar así su estilo de vida.

Introducción

Todo individuo tiene un inicio, un proceso y un fin existencial; esto quiere decir que la vida transcurre naturalmente con cada una de sus etapas hasta que, en algún momento, la muerte aparece. Entonces el impacto, la confusión e incluso la inseguridad suelen aparecer; y de ahí surgen las preguntas: ¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿y ahora qué hago?, entre otros.

Cuando una persona sufre una pérdida significativa, siente que todo su mundo se derrumbó y no queda más que hacer que sufrir la pérdida y darse lástima a sí mismo. En esos momentos, nadie tiene la capacidad ni la condición emocional de escuchar palabras de aliento y ánimo, incluso puede llegar a ser ofensivo e irrespetuoso; por eso es más recomendable acompañarlo en su dolor ya sea escuchándolo o quedándose a su lado en medio del silencio. Ahora bien, el duelo procede de una pérdida significativa; esto quiere decir, que no solamente se refiere a la muerte de un ser humano, sino que existen diversidad de tipos de pérdidas, como lo es el abandono por una persona amada, esta categoría es frecuente y puede llegar a ser muy dolorosa.

Cuando se habla de abandono, se refiere a la ausencia física y presencial de una persona dentro del ámbito en el que se esperarían su constante presencia. Si un infante pasa por este proceso, este ya reconoce la causa y podrá imaginar cómo pueden llegar a sentirse los demás, esto le lleva a cobrar una conciencia de la existencia de Dios y la muerte. Por consiguiente el niño llega a aceptar la realidad y darse cuenta de la falta de una persona primaria dentro de su familia, por lo tanto deberá procesar el duelo como tal y aceptar cada una de las áreas que esto implica.

Ahora bien, un niño es capaz de verse envuelto en la necesidad de crear un tipo de apego hacia otra persona, esto puede ser riesgoso, ya que dentro de los tipos de apego existe el ambivalente, el cual provoca sentimientos de dulzura y amor al mismo tiempo que odio y rencor hacia la misma persona, creando conflictos emocionales e incluso existenciales. El enfoque de la presente investigación es resolver la hipótesis de encontrar alguna relación entre el duelo no resuelto con el tipo de apego ambivalente, entre ellas sus causas y consecuencias.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción

La población atendida durante el transcurso de práctica comprende edades entre los 14 y 15 años aproximadamente, se tratan de jóvenes adolescentes de ambos géneros. El motivo de consulta más frecuente está relacionado a problemas paterno filiales, sin embargo, en la indagación el trastorno que más se destacó es la ansiedad generalizada (F41.1 según DSM IV TR) y presencia de rasgos de trastornos de la personalidad (F60 según DSM IV TR). Debido a lo anterior se les otorgó a los 23 pacientes una psicoterapia individual o consejería según lo requirieran.

El entorno socioeconómico es de clase baja, en la mayoría de las familias los padres de familia difícilmente exceden el cuarto grado de primaria en su nivel de escolaridad, o posiblemente no tuvieron la oportunidad de asistir a una escuela. Sus viviendas son de materiales y tamaños estándar aunque muchas veces ausente la seguridad y confort. Una gran parte de personas se tratan de familias desintegradas o disfuncionales. La organización cuenta con donaciones para el beneficio de los alumnos, no solo en el ámbito educativo, sino también toman en cuenta la necesidad alimentaria y de prosperidad de ellos, por lo que tienen diversas formas de entregar donativos o bien, apadrinando a un niño o niña.

1.2 Ubicación

El nombre del establecimiento: Centro Educativo Fe y Alegría No. 44, San Cristóbal; está ubicado en 13 avenida “A”1-95 Sector “B”-1 San Cristóbal 1, Zona de Mixco; su página web es www.feyalegria.org.gt.

1.3 Antecedentes

La historia del establecimiento nace en Venezuela en 1955, cuando el Padre José María Vélaz comenzó a visitar los barrios periféricos de Caracas con estudiantes universitarios. Al acercarse a la gente, sintió la tragedia de la marginación y comprendió que era necesaria una educación que promoviera los recursos internos de los más necesitados. Fue así como Fe y Alegría se fue expandiendo por toda Latinoamérica.

En Guatemala se fundó en 1976, gracias al impulso de religiosas mercedarias y sacerdotes jesuitas. A partir de ese año, y para fomentar su desarrollo, se establecen relaciones con el gobierno, la iglesia, los empresarios y colaboradores. Luego se caracterizó por la expansión de la cobertura, la definición de identidad pedagógica y la cualificación del proceso.

Como objetivos tiene promover la Formación de seres humanos nuevos, conscientes de sus potencialidades y la realidad que les rodea, abiertos a la trascendencia, agentes de cambio y protagonistas de su propio desarrollo. Propiciar a través de un proceso de formación integral y promoción social, una cultura de paz, equidad, solidaridad, participación y democracia que permita convivir en un clima de interculturalidad. Promover el desarrollo de las familias guatemaltecas a través de capacitación y formación técnica que favorezca la productividad y mejore su calidad de vida.

También cuenta con un método de evaluación denominado “PLENITUD”

P: Promesa de valor y mejora de personal en lo académico

L: Leer la realidad

E: Expresar la propia palabra

N: Nueva historia

I: Interiorizar el aprendizaje

T: Transformar la vida y el entorno

U: Unir esfuerzos

D: Dialéctica entre evaluar y aprender

1.4 Visión

Su visión es un mundo donde todas las personas tengan la posibilidad de educarse, desarrollar todas sus capacidades y vivir con dignidad, construyendo una sociedad justa, participativa y solidaria; un mundo donde todas las estructuras, en especial la iglesia, estén comprometidas con el ser humano y la transformación de las situaciones que generan la inequidad, la pobreza y la exclusión.

1.5 Misión

Su misión esta descrita de la siguiente manera: Fe y Alegría es un movimiento Internacional de Educación Popular Integral y Promoción Social, basado en los valores de justicia, libertad, participación, fraternidad, identidad, fe, respeto a la diversidad y solidaridad, dirigido a la población empobrecida y excluida, para contribuir a la transformación de las sociedades.

1.6 Sujeto

Para el sustento de la presente investigación, se aborda el caso J.J.A., adolescente de 15 años de edad, género femenino soltera, con escolaridad a nivel básicos, estudiante. Nacionalidad Guatemalteca, residente en Mixco, Guatemala, de religión evangélica. Su padre C.G.A.A., de 42 años de edad, profesión comerciante.

1.7 Instrumentos psicodiagnósticos

1.7.1 Test psicométricos

Se trata de un instrumento o recurso que puede utilizarse para conocer la personalidad, trazar un perfil, predecir probables conductas o conocer la estructura psicológica de una persona. Estos test son aquellos que arrojan resultados cuantificables, que pueden compararse en un baremo, es decir, en un gráfico estadístico que permite ubicar todos los resultados y compararlos con la norma.

Una prueba psicométrica, por lo tanto, apunta a evaluar la psiquis de un individuo y a plasmar esos resultados a través de valores numéricos. Estas herramientas deben ser elaboradas e interpretadas bajo ciertos parámetros para que sus conclusiones sean acertadas.

1.7.1.1 Test de Depresión de Hamilton

Este es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población que puede ser afectada por esta enfermedad.

Esta escala en su construcción se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y ocho de 0 a 2. Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6. La escala máxima es de 52 (temas 1 a 17). Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o pueden corresponder también a síntomas raros.

1.7.2 Test proyectivos

Se tratan de pruebas de diagnóstico psicológico a través de la proyección que un sujeto hace de aspectos de su personalidad cuando interpreta estímulos no estructurados como manchas de tinta, pinturas abstractas, entre otros. O cuando realiza una actividad como dibujar un árbol, una figura humana, una rosa, entre otros. Son test orientados al análisis del inconsciente. Este tipo de test tienen una base psicoanalítica, ya que durante la fase del psicodiagnóstico se utilizan estos test para conocer qué tipo de estructura tiene el paciente y qué material inconsciente puede aportar para poder comenzar a realizar un trabajo terapéutico posterior.

1.7.2.1 Test de la persona bajo la lluvia

Se trata de un procedimiento simple, que produce un mínimo de ansiedad en el sujeto de la prueba; su toma requiere poco tiempo y puede ser aplicada por personal auxiliar; tan sólo se necesita una hoja de papel y un lápiz. Puede administrarse tanto en forma individual como grupal. Es apropiado en todas las edades, todas las profesiones y para ambos sexos.

Este test permite evaluar la ansiedad y el temor del paciente en determinados ámbitos; se pueden ver cuáles son sus defensas y si se adapta de forma patológica a los cambios o en qué grado, si hay una organización o desorganización psíquica; para ello en este tipo de test proyectivos es tan importante tomar en cuenta los elementos que el paciente dibuja o no dibuja en la hoja como la historia que va a contar a continuación sobre la persona bajo la lluvia.

1.7.2.2 Test del Dibujo de la Figura Humana de Machover

Utiliza una técnica de aplicación sumamente sencilla, además de económica y factible de su aplicación, lo que facilita su administración y diagnóstico a sujetos con bajo rendimiento y escolaridad deficiente o bien con dificultad de expresarse oralmente. Karen Machover dice que la

personalidad no se desarrolla en el vacío, sino a través del movimiento, del sentir y del pensar de un cuerpo determinado.

Los métodos gráfico-proyectivos han nacido gracias a la necesidad de explorar las motivaciones de las conductas que no se pueden manifestar por la comunicación directa entre personas. Una intensa experiencia ha demostrado que los dibujos de la figura humana representan una profunda e íntima expresión de la personalidad del que dibuja. Cuando un sujeto trata de “dibujar una persona” debe resolver diferentes problemas y dificultades buscando un modelo a su alcance. La aplicación consiste en presentarle al examinado una hoja de papel blanco, un lápiz y una goma de borrar y se le pide simplemente que “dibuje una persona”.

1.7.2.3 Test proyectivo del árbol

Este es uno de los instrumentos proyectivos más simples de efectuar por parte de niños, jóvenes y también adultos. Normalmente no hay resistencias que pueden aparecer con el test de la familia u otros que representan figuras humanas. En este caso, dibujar un árbol es a simple vista, inofensivo, inocuo, poco intrusivo, por ello suele ser muy bien aceptado, incluso para aquellos niños que no dibujan bien.

Sin embargo, detrás de la simpleza del árbol van apareciendo plasmados en el papel los diferentes elementos básicos que configuran la estructura del propio “yo”. El árbol toma la personalidad del autor y deja contemplar al examinador la riqueza de su paisaje personal y sus matices. Es un lienzo único que refleja la verdadera esencia de quien lo ha dibujado. Puede aplicarse a cualquier edad, incluso en el caso de los más pequeños de 5 o 6 años, coincidiendo con la consolidación de las habilidades básicas de dibujo, cuando adquiere mayor relevancia ya que es cuando el árbol aparece con todos sus elementos.

Para su aplicación se necesita papel en blanco, lápiz, goma de borrar y en algunos casos se pueden incorporar lápices de colores. Se invita al niño a que realice el dibujo de un árbol cualquiera, el que él desee y se le da la posibilidad de colorearlo si quiere. No se le debe dar ninguna idea acerca de cómo debe ser el árbol, la persona debe plasmarlo sin ninguna influencia externa.

1.8 Investigación Cualitativa de Estudio de Caso

Se trata de una herramienta de investigación de forma indispensable para el estudio de las ciencias sociales. El estudio de caso tiene como función el análisis de temas, sin embargo, tiene la finalidad de enfocarse específicamente en un ejemplo o caso base; por otro lado este método el investigador no tiene el control de la misma.

Según Martínez (1998), el estudio de caso es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría (P. 174). Debido a lo anterior, se puede afirmar que el estudio de caso desempeña una función importante en cuanto a investigación se refiere, ya que es útil para obtener un conocimiento amplio en cuanto a una teoría y quizá de esta forma generar nuevas investigaciones. Además este método sirve para realizar un diagnóstico a las relaciones humanas, principalmente en aquellas áreas como psicología y sociología, entre otras.

Por otro lado Shuttleworth (2008) afirma “un estudio de caso es un estudio en profundidad de una situación particular en lugar de una encuesta estadística de gran alcance. Se trata de un método utilizado para reducir un campo muy amplio de investigación hasta lograr un tema fácilmente investigable”. (p.2). Es decir, que se trata de un método de estudio especialmente útil para intentar poner a prueba los modelos teóricos aplicándolos en situaciones del mundo real.

1.8.1 Diseño

Como en todo tipo de estudio, éste también requiere de un diseño, para ello es importante planificar y diseñar cómo abordar el estudio y asegurar que toda la información recopilada sea importante y concisa, de otra forma se logrará recopilar una gran información completamente irrelevante. Para este método el investigador debe recordar que se trata de un observador y debe tener en cuenta que cada caso debe ser tratado en forma individual para luego sacar las conclusiones necesarias.

Para realizar un análisis de los resultados, en 2008, Shuttleworth recomienda “utiliza ejemplos de tu narrativa, manteniendo las cosas concisas e interesantes. Es útil mostrar algunos datos numéricos, pero recuerda que sólo estas tratando de juzgar tendencias, no analizar cada detalle de la información. Siempre es bueno suponer que la persona que lee tu investigación no tiene mucho conocimiento del tema para escribir en consecuencia” (P.6).

En resumen, se puede decir que se trata de un método característico de la investigación cualitativa que utiliza técnicas de evaluación y su análisis para reflexionar y debatir en torno a las características del desarrollo de un caso específico, esto con fines diagnósticos para lograr un análisis del progreso del sujeto en relación con el estado inicial en la investigación.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Definición de abandono

Se refiere a abandono al acto de dejar a un lado o bien, a descuidar a un elemento, persona o ser vivo. Cuando se refiere al abandono infantil, se entiende como la práctica de renunciar a los intereses, derechos y necesidades del niño, con la intención de no volver a reanudar la responsabilidad que se tiene con él. El abandono de una persona significativa es motivo para realizar un proceso de duelo, ya que éste no se refiere únicamente a la muerte sino a la pérdida de un ser amado, y al igual que los otros tipos de muerte, éste doliente también requiere de su tiempo y espacio para procesar el abandono e incluso puede llegar a ser más complicado, puesto que muchas veces no existe una explicación confiable y esto da lugar a muchas dudas inconclusas y sentimientos de culpabilidad.

2.1.1 Abandono por parte de la madre

La madre de todo niño es la primera que asegura al niño los cuidados físicos y psíquicos necesarios para su evolución adecuada, si estas necesidades que son instintivas no se satisfacen, el niño empezará a vivir en un estado de carencia y frustración, que le obligará a buscar de manera alterna defensas ante un mundo que experimenta como amenazante.

Por lo tanto un rechazo de parte de la madre es una fuente de actitudes de “abandono” que influirán en la personalidad del niño. La experiencia clínica demuestra que el hijo no deseado o abandonado, adopta una especie de culpabilidad por saber que su propia madre, aquea figura que debiera ofrecer comprensión, apoyo y amor le ha rechazado y abandonado, estas personas padecen este conflicto por mucho tiempo, incluso su superación le puede costar años de psicoterapia.

Entre las causas más frecuentes del abandono materno se encuentran:

- Agobio crónico, la madre siente que no puede lidiar con las responsabilidades y el estrés del rol que aceptó, ya sea sin entender o porque se sintió obligada a hacerlo.
- Sensación de incompetencia, culpa o vergüenza por haber “fallado” con su obligación.
- Hay madres que dejan temporalmente a sus hijos, al cuidado de alguien, ya sea para encontrar un lugar mejor dónde vivir, o porque tienen carreras que las mantienen por meses fuera del hogar, como en el caso de las mujeres que trabajan para las fuerzas armadas.
- Otras razones son financieras o bien, como resultado de divorcios.

2.1.2 Consecuencias del abandono infantil

El abandono es el mayor y más devastador miedo de los niños, principalmente por el hecho de que la seguridad es una necesidad básica para ellos. En el caso de los niños pequeños cuando no ven a su madre, piensan que no volverá más porque viven en un permanente presente.

Cuando un niño pequeño no tiene el afecto al nacer o mientras es pequeño, aunque se le brinden todos los cuidados y se lo alimente, puede negarse a comer y morir en poco tiempo. Cualquier experiencia de violencia hogareña, conflicto entre los padres o ausencias prolongadas, puede desencadenar en un niño pequeño un sentimiento de miedo al desamparo y al abandono. La experiencia temprana de abandono genera ansiedad y miedo por sentirse indefenso y preocupado por la amenaza de la pérdida. Este trauma lo hace sentir vulnerable psicológicamente y le provoca ansiedad por la separación.

Hay niños más vulnerables que otros a los efectos del sentimiento de abandono, que llega a provocar trastornos en el aprendizaje y producir dependencia de los padres. Acontecimientos como el divorcio u otros traumas provocados por pérdidas, enfermedades, intervenciones quirúrgicas, muerte de personas cercanas, abusos sexuales, accidentes, entre otros, pueden reactivar en otras etapas críticas la ansiedad de separación.

Este tipo de ansiedad puede transformarse en sentimiento de inferioridad, hipersensibilidad, timidez, depresión, dificultades de relación, desequilibrios emocionales, entre otros. El placer y el displacer son igualmente importantes para el desarrollo satisfactorio de un niño, el problema es el monto de cada uno.

Cuando se habla de abandono en este ámbito, por lo general se hace referencia al abandono que puede cometer un padre con sus hijos, una persona responsable con aquella persona a quien debe cuidar. Sin embargo, el abandono puede no ser siempre físico sino en muchos casos moral o psicológico. Además el abandono es una causa factible para llevar a cabo un proceso de duelo muy similar al de una muerte, ya que la persona necesita aceptar y superar la pérdida de la persona que le ha abandonado.

2.2 Definición de muerte

La muerte es la finalización de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del término del organismo vivo que se había creado a partir del nacimiento. Para la mayoría de las personas, la muerte es algo a temer, algo terrible o sino, sólo la ausencia de vida, algo nuevo y vacío. Y la muerte ha llegado a ser considerada incluso como algo anti-natural.

Por otro lado y en términos muy prácticos, la muerte es necesaria. Si las personas vivieran para siempre, tarde o temprano empezarían a anhelar la muerte, ya que sin ella, estaríamos frente a una gran cantidad de nuevos problemas, desde la superpoblación hasta tener que aprender a vivir en cuerpos avejentados. La muerte hace espacio para la renovación y la regeneración. Entonces, para aclarar la definición de muerte, científicamente se le conoce como el término de la vida. Según la biología la muerte puede ocurrirle a todo o a parte de un todo, por ejemplo, a un organismo por completo o a una célula en particular.

2.2.1 La muerte de una madre

En el transcurso de la vida existen algunas personas que están ahí de forma incondicional. Pero pocas personas están ahí tan presentes como una madre que permanece al lado de sus hijos en los buenos momentos pero también, en los malos, en la tristeza y en las situaciones de fracaso.

Hoy en día se cree que lo más cercano a un amor perfecto, se muestra en el cariño generoso de una madre que ayuda a cualquier hijo más allá de la edad. De hecho, en la actualidad, en un momento de crisis económica, muchas madres ayudan económicamente a sus hijos, o bien, en cualquier problema en el ellos se vean involucrados, la madre casi siempre está ahí.

Sin embargo, toda madre puede llegar a su propia muerte en algún momento de nuestro camino. Por ley de la vida, la despedida entre madre e hijo se produce de forma inevitable en algún instante. Lamentablemente, algunas personas pierden a su madre a una edad muy temprana. En este caso, el sufrimiento aumenta porque es muy difícil asumir a nivel racional una pérdida tan importante. En un tiempo en que se valora demasiado lo material y lo económico no existe mayor tesoro que el de aquella mujer que nos dio la vida.

Para superar la pérdida de una madre es esencial vivir el dolor, y a esto se refiere la necesidad de procesar el duelo. Incluso, es importante asumir que la herida no cicatriza del todo porque el vacío que deja un ser querido no se llena con nada, al contrario, el dolor puede hacerse más grande produciendo rabia o impotencia.

Cuando un hijo pierde a una madre puede necesitar de la ayuda de un psicólogo puesto que es importante exteriorizar y expresar las emociones para recuperar el equilibrio a nivel emocional. Pedir ayuda en estas circunstancias es esencial cuando uno mismo no puede superar un obstáculo de este tipo. Afrontar la muerte de un ser querido es uno de los procesos más terribles que tenemos que superar en nuestra vida. Pero siempre es posible encontrar nuevamente el sentido a nuestra existencia, y seguir adelante. La autoayuda puede ser muy positiva para afrontar estos duelos.

2.3 Definición de duelo

El duelo se puede construir de distintas maneras y con distintos aspectos, pero para representar su significado se podría definir como el tiempo y espacio que cada quien necesite para aceptar, sobrevivir y superar la muerte o pérdida ya sea de un ser querido, algún objeto o circunstancia importante para el doliente. En otras palabras, el duelo es el tiempo adaptativo para superar una pérdida, se trata de una reacción cognitiva-afectiva-comportamental.

La muerte de un ser querido, amigo, familiar o cónyuge representa un desafío para toda persona. Al morir una persona muy querida la rutina se rompe y la existencia pierde momentáneamente su brújula, en medio de preguntas sin respuesta, dolor interior y recuerdos que se amontonan. El duelo es un proceso estrictamente personal y aunque se puedan definir algunas condiciones generalizadas para obtener mejores resultados, no siempre funcionan de igual manera para todos, debido a que se trata de la superación y aceptación personal del suceso. Sin embargo, existen ciertas reacciones que se pueden generalizar para la mayoría de las personas, se considera imposible es medir la cantidad y profundidad del dolor y peor aún, compararlo con el de los demás, ya que todo esto depende del sujeto en duelo y la participación con la figura o situación ausente.

“El dolor es una de las cosas más sagradas y humanas que te pueden acontecer. Él te introducirá en el misterio de vida..., muerte..., y resurrección. “(Katafiasz, 1993, p. 35).

Cómo se dijo antes, cada persona de forma individual llega a manifestar su dolor y pérdida, y aunque todos en algún momento sepan de alguna manera lo que el otro está padeciendo, es importante tomar en cuenta que el tiempo, espacio, actitudes y dolor no es el mismo. Sin embargo, es importante que cada uno a su manera trabaje psicológicamente en esa pérdida y dolor, de lo contrario, si el dolor no se expresa, no se canaliza, no se rebaja de alguna manera, se enquistada y se manifiesta a través del cuerpo; de ahí la posibilidad de presentar futuras enfermedades y dolencias. Algunas personas tienen dificultades para elaborar su pena y transformarla en amor, en un legado o en otra acción más positiva para seguir la vida, que incluso

a su pesar, continúa. Entonces es cuando aparecen duelos complicados, vidas entregadas al dolor, a la desdicha y al sufrimiento.

En 2007, Liberman expresa “la muerte es un ataque directo a nuestra omnipotencia (condición humana), nos deja incapaces ante el despojo. Y como no podemos hacer nada, pretendemos, nos ilusionamos, suponemos que el mero paso del tiempo, por sí solo, limpiará el dolor como si se tratara de algún feo aroma que se evapora” (p. 28).

Cada duelo es distinto, cada pérdida es diferente, cada doliente reacciona a su modo y como pueda, esta respuesta también varía según la competencia para tratar con la adversidad; esta habilidad se conoce como resiliencia. Ante una pérdida existen varios caminos posibles a tomar, por ejemplo, regresar al estado anterior y continuar la vida como si no hubiera pasado nada, resolver la ausencia de forma disfuncional, o bien, a partir de la pérdida y después del lamento, volver a replantear su propia vida y dirigirse a nuevos caminos de crecimiento.

2.3.1 El duelo según DSM-IV

El duelo clasificado como Z63.4, puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor. La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

- La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida
- Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad
- Agitación o enlentecimiento psicomotor acusado
- Deterioro funcional acusado y prolongado
- Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida

2.3.2 Etapas del duelo

Para la doctora Elizabeth Kubler-Ross (1969), es importante ayudar a las personas a morir con dignidad. Publicó un libro “Sobre la muerte y el acto de morir, muriendo”, en donde aborda la transición emocional. Ella describe las etapas de transición de un paciente moribundo y explica las etapas que atraviesa un deudo luego de una pérdida significativa:

- Negación
- Ira
- Resignación
- Depresión
- Aceptación

Ésta es solo una idea básica de las etapas de duelo para una profesional en el asunto. Sin embargo, existen otras teorías o formas de presentar estas etapas; por ejemplo, William J. Worden (1997), habla de las tareas del duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida
- Trabajar las emociones y el dolor

- Adaptarse a un medio en el que la persona querida y perdida está ausente
- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar la vida

Ésta segunda ilustración de las etapas del duelo es la que más se acomoda al vocabulario de personas que sufren este tipo de pérdida, sin embargo, para los profesionales de la salud mental, la definición de la doctora Kübler es la que más se adapta en la vida real de las personas y la importancia de proceder con cada una de estas es vital para la óptima superación del mismo.

2.3.2.1 La negación y el aislamiento

La negación durante el duelo es una etapa importante y generalmente es procesada casi inconscientemente. La negación como tal ayuda a sobrevivir la pérdida. En esta etapa generalmente aparecen pensamientos como que el mundo no tiene sentido alguno, las personas se perciben abrumadas y desorientadas. La negación permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impactante, después de la impresión permite recobrase. Es un mecanismo de defensa provisoria y luego será sustituida por una aceptación parcial de lo ocurrido.

2.3.2.2 Ira

Como se dijo antes, la negación pronto es sustituida por la ira, la rabia, quizás envidia y resentimiento, y es aquí donde aparecen todos los por qué. Para los padres que han perdido a un hijo es una fase realmente difícil de afrontar, esto debido a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente.

Es aquí donde las personas suelen quejarse por todo; para ellos todos les parece mal, critican y nada les parece. Seguido a esto suelen responder con dolor, lágrimas, culpa o vergüenza. En esta etapa es importante que la familia y amigos no se tomen personal las posibles respuestas del doliente, esto para no reaccionar con más ira, ya que solo se logrará fomentar la conducta hostil de la víctima.

2.3.2.3 Resignación o negociación

Esta etapa tiene relación con la rendición. El doliente se envuelve en la sumisión y cede ante el dolor para no causar algún trastorno, o bien, para evitar discusiones y conflictos. Sin embargo, en algunos casos la resignación incluye enojo y frustración lo cual se puede transformar en deseos de venganza. Esta etapa tiene como consecuencia cierto apego a la persona fallecida con sentimientos de nostalgia y un profundo dolor. Ante esta dificultad de afrontar la difícil realidad además del enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática experiencia.

2.3.2.4 Depresión

Cuando el doliente llega a la aceptación del hecho y no puede seguir bajo el escudo de la negación, esta persona se siente cansada y débil tanto física como psicológica y emocionalmente; estas personas parecen adelgazar y surgen otros síntomas entre los cuales la invasión por una profunda tristeza. La depresión en este caso se trata de un estado generalmente temporario y funciona como una preparación para la aceptación de la difícil realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo, lo cual generalmente es una expresión de las propias necesidades, las cuales a su vez son ajenas al doliente. En otras palabras esto es como decirle al doliente que no debería pensar en su duelo y peor aún decirle que no esté triste, simplemente absurdo.

Es en esta etapa donde se le debe permitir al doliente expresar su dolor, ya que así se le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de su espacio de desahogo emocional y aceptación, sin decirle constantemente que no esté triste. En esta fase es de extrema importancia la comunicación asertiva y el compartir pensamientos y emociones entre sí. También es importante entender la función del lenguaje no verbal, puesto que en ocasiones como éstas una caricia, la atención o simplemente permaneciendo en silencio a su lado es más efectivo que mil palabras.

2.3.2.5 Aceptación

Es importante tener en cuenta la aclaración que confunde esta etapa, la aceptación no significa estar en una etapa feliz; lo que realmente produce esta etapa es la sensación de paz emocional e interna, acá comienza a sentirse bien el doliente estando solo o acompañado y requiere de tanta necesidad de hablar del propio dolor.

En esta fase reaparece cierta esperanza, que es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y promover ese deseo de que ese profundo dolor tenga al final algún sentido, permite sentir que aún falta algo importante por ocurrir en su vida y esto le da la fuerza necesaria para buscar y establecer una nueva misión que cumplir el cual a la vez, resulta ser un fuerte estímulo que alimenta la esperanza.

2.3.3 El duelo no resuelto

Cuando una persona fallece las personas sobrevivientes sienten haber dejado situaciones o quizá conflictos pendientes y esto los hace vulnerables al dolor y la culpabilidad a lo que pudo haber sido y lo que no fue. En estos casos, suelen quedar asuntos inconclusos.

Es importante reconocer que toda relación afectiva incluye el establecimiento de un vínculo de apego. Y en estas situaciones el dolor puede llegar a ser tan abrasivo y tan abarcador que algunas personas necesitan ayuda para darse cuenta de que, además de su pena, hay una pareja o hijos que también sufren la pérdida; ellos también necesitan apoyo y cuidado.

Cuando esto sucede se queda tanto dolor reprimido y sentimientos estancados que no encuentran canal posible de expresión, es muy factible que el sobreviviente devengue un duelo complicado, no encuentra ninguna posibilidad de continuar ni puede darle sentido a la vida a partir de esa pérdida. Es entonces cuando el proceso de duelo se dificulta o se pospone y la angustia no puede ser drenada para aliviar el dolor.

“El duelo no elaborado es una de las principales fuentes de enfermedad somática grave y de trastornos psicopatológicos” (Espinosa, 2012, p. 4).

En estos casos, el trabajo terapéutico poco a poco le muestra al doliente sus capacidades para construir su vida con la ausencia. Cuando una persona está realmente sometida al dolor, ofrece resistencias, no puede ver otra cosa que no sea su propia pena. En estas condiciones el proceso de recuperación emocional resulta aún más complicado.

2.3.3.1 Consecuencias de un duelo no resuelto

Un duelo no resuelto puede provocar que la fase de depresión tenga una duración excesiva, es decir, que dure más de los 6 meses y esto puede conllevar a la necesidad de una ayuda médica antidepresiva de tipo psicoterapéutica y farmacológica. Sin embargo, se debe tomar en consideración que los posibles síntomas psicológicos también pueden aparecer como una depresión aunque no aparezca de forma inmediata del duelo, sino que también pueden aparecer semanas o meses después y no siempre esté claramente relacionada por el reciente fallecimiento. En algunas situaciones sucede que una aparente normalidad pueden despistar al médico y al enfermo, pero la coincidencia de los síntomas depresivos con el aniversario o con una fiesta concreta pueden colocar la idea o la pista del desencadenante.

En otras circunstancias y quizá aún más difícil puede ser la relación de algunos síntomas exclusivamente orgánicos con un duelo mal resuelto. Es decir, un enfermo acude a la consulta por un dolor específico y a éste se le hacen todos los exámenes y pruebas relacionadas para su posible diagnóstico, sin embargo, el médico no reconoce alguna anomalía en el paciente, a pesar de que el dolor físico realmente lo está padeciendo; a este tipo de trastornos se le conocen como psicósomáticos y son un frecuente fruto de este tipo de situaciones inconclusas.

Un duelo no resuelto puede complicarse con molestias reales similares a las del difunto pero sin una base orgánica y el tratamiento de estos cuadros se basa fundamentalmente en el reconocimiento del origen de los mismos, que puede ser difícil sin un adecuado conocimiento y

relación entre médico y enfermo. Para este tipo de casos pueden ser necesarias medidas psicoterapéuticas o medicamentos que resolverán tanto los aspectos depresivos o ansiosos que se suelen asociar, como los dolores físicos.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta es la pérdida importante como la del conyugue, ya que produce en el primer año posterior al fallecimiento un aumento de las enfermedades físicas en la pareja sobreviviente; es decir, la pérdida de la pareja produce enfermedades físicas e incluso un aumento de la mortalidad en el primer año respecto a otras personas de las mismas características que no han sufrido dicha pérdida, y este riesgo es mayor para los viudos que para las viudas y mayor cuanto más joven es el doliente.

2.3.4 Adolescentes en el duelo

La adolescencia en su propia naturaleza, implica crisis y cambios en su genética, de por sí es un tiempo difícil en su crecimiento y aún con todo esto puede llegar el duelo. Cuando un adolescente sufre una pérdida de un padre tiene que lidiar con dos situaciones simultáneamente: la etapa que vive lo lleva a asumir su propia identidad y la necesidad de hacerse cargo de tareas que habitualmente desempeñan los adultos.

El adolescente en duelo en su natural ambivalencia de su etapa y a su propio estado de confusión, se ve obligado a sumarse responsabilidades y roles que no se corresponden con su edad. En cualquiera de los casos la situación puede tornarse extremas.

Algunas reacciones ante el duelo en los adolescentes, es dejar de ocuparse de sus obligaciones y otros en cambio, con tal de ayudar y apoyar a la familia o al otro padre de familia se convierte en un alumno e hijo ejemplar.

Por otro lado, algunas características muy habituales que se presentan en adolescentes en duelo son retraimiento, cambios de humor, alteraciones del apetito y del sueño. Además crece la vulnerabilidad frente a la enfermedad. En estos casos se puede acentuar el miedo, la culpa y una

concreta sensación de depresión. En ciertos casos, los adolescentes adoptan conductas extremas como el robo, el consumo de drogas o alcohol, intentos de suicidio y otras variantes.

Al igual que todo ser humano en cualquier etapa de su vida, si está afrontando un duelo, es importante otorgarle un espacio para comunicar sus sentimientos, emociones y sensaciones sin que se le acuse o burle por lo que expresa, ya sea de forma individual o grupal.

2.3.4.1 Derechos del adolescente en duelo

Para Diana Liberman (2008), en su libro “Es hora de hablar del duelo”, es importante tomar en cuenta algunos derechos en el duelo para los adolescentes, ya que muchas veces los familiares y amigos sin querer violan esas fases y el dolido tiene dificultades para procesar su luto.

- Derecho a tener los propios sentimientos sin juicios de valor; los sentimientos no están ni bien ni mal.
- Derecho a expresar el duelo y a ser consolado. Si no se recibe ese alivio, el adolescente tiene derecho a pedir apoyo extra.
- Derecho a recibir cuidado cariñoso. A veces, por su propia pena, a los adultos que el adolescente ama, les resulta difícil dar el amor que se les está requiriendo.
- Derecho a preguntar libremente y a esperar respuestas honestas.
- Derecho a ser tratado como un individuo importante, sin subestimaciones basadas en la edad ni en ninguna otra condición.
- Derecho a mantener la propia identidad. Cada uno es quien es y nadie puede ni debe tomar el lugar de su hermano/a fallecido/a.
- Derecho de hacer el duelo por el tiempo que se necesite. No hay límites de ese tipo para sentirse bien nuevamente.
- Derecho a estar libre de culpa o de duelo continuo.
- Derecho a un consultor o terapeuta si el adolescente lo necesita o lo quiere.

- Derecho a consolar a otros que están atravesando un duelo y compartir con ellos las experiencias del propio duelo.

2.3.5 Técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento del duelo

2.3.5.1 Técnicas conductuales

Su objetivo consiste en la reducción de la tendencia del sujeto a la evitación de recuerdos dolorosos como los eventos, pensamientos, sentimientos y las situaciones provocativas de ansiedad; para que el doliente pueda procesar esos aspectos.

- Programación de actividades de dominio agradable: Por ejemplo reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.
- Exposición simbólica: Por ejemplo ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte, o bien, imaginarse rodeado de los seres queridos y despedirse de ellos antes de su muerte.
- Exposición y prevención de respuestas de evitación: Verbalización de recuerdos vivenciales relacionados con la persona fallecida.
- La amplificación de sentimientos: Consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona fallecida.
- Juego de roles: Con la ayuda del psicodrama representar escenas relevantes y posiblemente conflictivas a fin de cerrar ese conflicto potencialmente abierto. Se puede emplear el procedimiento de la silla vacía de Gestalt.

2.3.5.2 Técnicas cognitivas

Su objetivo es revisar la validez de los pensamientos y sus significados relacionados con el fallecimiento, esto con el fin de realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y así elevar sus propias esperanzas de vida y continuar con ella.

- Descatastrofizar: Se trabaja las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones.
- Reatribución: Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles.
- Autoaceptación: Se trabaja con el sujeto sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto y se diferencia entre estos y la persona global.

2.3.6 Prevención de duelo no resuelto

Hablar de la muerte es referirse a un hecho ineludible de la vida. En algún momento será una labor que todas las personas deban hacer con los demás miembros de la familia e incluso con algunos amigos; solamente a través del habla las personas podrán obtener un proceso de duelo más efectivo y recuperarse emocionalmente con mayor facilidad.

A veces se adoptan actitudes o acciones como mecanismo de defensa, pero algunas podrían ser contraproducentes. A continuación un listado básico de lo que no se debe hacer ante el duelo:

- Temer que cuando la persona muere se borrará su recuerdo. Este y los vínculos emocionales no desaparecen, permanecen y aparecen en forma de recuerdos pasajeros o sueños.
- Intentar actuar con la misma normalidad demasiado rápido, para escapar del dolor. Es conveniente darse tiempo para reflexionar y vivir el dolor, afrontando el duro proceso que supone la pérdida.
- Tampoco es sano ocultar los sentimientos por suponer que cuando se demuestra rabia, dolor o desesperanza se está más expuesto a la depresión. La expresión de estos sentimientos es necesaria, porque permite que se procese la pérdida.
- Reprimir las expresiones de llanto o dolor, creyendo que esto es socialmente más aceptable. Eso si las manifestaciones deben ser sinceras.

- No se deben emprender cambios radicales justo al fallecer el ser querido. No es el mejor momento para vender propiedades, cambiar de residencia o emprender otros cambios.
- Tampoco se deben mantener las pertenencias del fallecido como ropa, adornos, muebles, tal como estaban. El recuerdo de estos objetos se lleva por dentro y no por fuera.

El dolor se debe expresar de manera auténtica, como una herramienta para superar la pérdida del ser querido.

2.4 Definición de apego

En el campo del desarrollo infantil, el apego se refiere a un vínculo específico y especial que se forma entre madre-hijo, el cual tiene varios elementos claves como el definir que es una relación emocional perdurable con una persona específica, dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer. La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, provoca una intensa ansiedad. Los investigadores de la conducta infantil entienden como apego la relación madre-hijo, describiendo que esta relación ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida.

Una relación sólida y saludable con la madre o cuidador primario, se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros, mientras que un apego pobre parece estar asociado con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida. Una persona no apegada es capaz de controlar sus temores al abandono, esta persona no cree que deba destruir la propia identidad por la aceptación de alguien más. Hoy en día son muchas las personas que se encuentran en una relación no afectiva, ya que algo que debiera ser un deseo se convierte en algo vital para la supervivencia. Las más frecuentes consecuencias de ese estilo de vida son la infelicidad de ese estilo de vida son la infelicidad, el sometimiento, degradación, tristeza, depresión, sensación de soledad, estrés, autoestima baja, poca autovaloración, cansancio, indefensión, incapacidad, apego, anulación de su personalidad, entre otras.

La epidemiología del apego es aterradora, ya que la mitad de las consultas psicológicas generalmente se debe a problemas relacionados con una dependencia patológica interpersonal. Aparentemente el apego ha ido aumentando en los últimos tiempos y cada vez atrae consecuencias más desgarradoras y preocupantes.

Lo que una psicoterapia intenta lograr en las personas con una vida de apego emocional, es básicamente cierto grado de autocontrol, para que así el paciente sea capaz de luchar en contra de ello y la misma ansiedad que esto provoca.

2.4.1 Definición de apego madre-hijo

La propiedad más importante del ser humano, es su capacidad de fomentar y mantener relaciones. Estas son absolutamente necesarias para que cualquiera de nosotros pueda sobrevivir, aprender, trabajar, amar y procrearse. Las relaciones humanas toman muchas formas, pero las más intensas, las que producen mayor placer y a veces mayor dolor son aquellas con la familia, amigos y personas amadas. Dentro de este círculo interno de relaciones íntimas, quedamos vinculados o adheridos unos a otros con un “adhesivo emocional”, vinculados o adheridos con amor.

Durante el período de desarrollo infantil, el apego se refiere a un vínculo específico y especial que se forma entre madre-infante o cuidador primario-infante. El vínculo de apego tiene varios aspectos elementales:

- Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
- Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
- La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad.

Los estudiosos de la conducta primaria o infantil, entienden como apego la relación madre-infante, describiendo que esta relación ofrece el peldaño funcional para todas las relaciones futuras que el niño desarrollará en su vida. Esto quiere decir, que la relación primaria de madre-hijo debiera ser sólida y saludable para que el infante tenga una mayor probabilidad de crear

futuras relaciones saludables con otras personas, si por el contrario, la relación primaria no ha sido bien procesada con el paso del tiempo al infante se le hará más complicado establecer otros apegos y vinculación con relaciones sociales. Bowlby (1958), plantea el vínculo que une al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre.

2.4.2 Formas de apego

El apego desde la infancia y las experiencias que conlleva influyen en gran forma la personalidad del adulto, y las formas de relación que conservan los adultos representan repeticiones de las relaciones primarias, es decir, es el reflejo de los vínculos creados en la infancia. La dependencia absoluta que da en el nacimiento va mermando, pero el apego, es decir, la búsqueda de la proximidad con el otro, se mantiene a lo largo de la vida. Por ello es importante diferenciar la dependencia del apego.

2.4.2.1 Apego seguro

Los bebés exploran de forma activa mientras están solos con la figura de apego, y pueden intranquilizarse visiblemente cuando los separan de ella. A menudo el bebé saluda a la figura de apego con afecto cuando regresa, incluso si está muy inquieto, tratará de entrar en contacto físico con ella. Estos bebés son sociables con extraños mientras la madre o figura de apego está presente.

2.4.2.2 Apego evitativo

Expresan poco malestar cuando son separados de la figura de apego y generalmente rehúyen de ella cuando regresa aunque ésta trate de ganar su atención. Suelen ser sociables con los extraños pero pueden ignorarlos de la misma forma en que evitan a su figura de apego cuando regresa.

2.4.2.3 Apego desorganizado o desorientado

Es una combinación de los patrones de apego resistente y apego evasivo. El infante puede mostrarse confuso permaneciendo inmóvil o acercarse para luego alejarse de forma abrupta a medida que la figura de apego se aproxima. Así como los infantes escapan de las situaciones u objetos alarmantes buscando la seguridad en una persona u objeto o bien, situación, también los adultos reaccionan buscando esa seguridad ante situaciones que entienden como peligrosas. La angustia ante la pérdida o la separación, se da en los humanos por el hecho de serlo, ya que nos vinculamos.

2.4.2.4 Apego ambivalente

Los bebés tratan de mantenerse cerca de la figura de apego y exploran muy poco mientras ella está presente. Se inquietan mucho cuando ésta se marcha, pero cuando regresa su reacción es ambivalente; es decir, permanece en su cercanía, pero pueden resistirse al contacto físico con ella mostrándose molestos por el abandono. Se muestran sumamente cautelosos con los extraños, aún en presencia de la figura de apego.

2.4.2.4.1 El apego ambivalente y sus consecuencias

Los infantes que padecen de este tipo de apego son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados, mostrando agresión hacia ella. Generalmente presentan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia, esto se debe a que sus cuidadores primarios procedieron de forma inconsistente; esto quiere decir, que se han mostrado sensibles y cálidos en algunas ocasiones y fríos e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento han llevado al infante a la inseguridad sobre la disponibilidad de su figura de apego cuando la necesitaran.

Debido a la inconsistencia en los afectos emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen una expectativa clara de la confianza, y gracias a ello estas personas desde la adolescencia suelen vacilar entre la irritación, la resistencia al contacto y al acercamiento y están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad en comparación con los demás, pues desean tener la interacción e intimidad y tienen intenso temor de que ésta se pierda. En conclusión, las personas que padecen de este tipo de apego, tienden a verse a sí mismos como poco inteligentes e inseguros y a los demás como personas desconfiables y reacios a comprometerse en relaciones íntimas, incluso pueden parecer de nuevo un cierto temor al abandono.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

En la actualidad se le entiende por abandono infantil a la falta injustificada de asistencia de un niño de corta edad, o bien, es la falta de atención a las necesidades básicas y desprotección para un menor. Para un infante puede ser muy doloroso, por lo tanto se asume como una pérdida total o bien como un duelo a superar.

Sagama (2011) afirma “A partir de los 5 años el niño en aspectos cognoscitivos emplea símbolos, comprenden lo que es causa-efecto y adquiere cada vez un mejor entendimiento para imaginar cómo podrían sentirse los demás y cobran más conciencia de la actividad mental poseyendo una idea de lo que es Dios y la muerte”. (p. 9).

Un niño no podrá entender con facilidad el motivo del porque sus padres no viven con él, sin embargo, al paso del tiempo éste comenzará a sentirse rechazado o abandonado; el futuro de estos infantes es lamentable ya que parecen estar destinados a aceptar lo que el destino les otorgó, como una familia disfuncional, falta de alguna figura principal dentro del círculo familiar y sobreponerse de su realidad creando cierta resiliencia a sus necesidades. Por consiguiente cuando un niño llega a aceptar su realidad y darse cuenta de la falta de una persona primaria en su familia, llega a vivir una etapa de duelo, por lo tanto, el duelo se puede identificar como la pérdida de un ser significativo. “La verdad es como un escalpelo. Es dolorosa, porque abre todas las heridas que están cubiertas por mentiras, para así poder sanarlas” (Ruí, 2011, p. 19).

Durante el período de duelo generalmente se presentan múltiples manifestaciones en el ser humano, y forman parte de los duelos resueltos al poder combatirlos o superarlos de la manera más saludable posible, de lo contrario puede transformarse en un duelo no resuelto y patológico. En algunas ocasiones las consecuencias del duelo se puede convertir en algún tipo de apego

emocional. Entre los tipos de apego se encuentra el resistente, ansioso o ambivalente, y en un niño se puede representar como una preocupación por la persona ausente lo cual lo vuelve una persona ansiosa y perturbada, generalmente estas personas buscan consuelo aunque de forma ambivalente (se adhiere y rechaza a la figura de apego) convirtiéndolos en niños poco asertivos y resistentes a ser consolados. Por lo tanto surge la pregunta:

¿Qué relación hay entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente de 15 años con su figura materna?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Definir la relación entre el duelo no resuelto y el apego ambivalente de una adolescente de 15 años con su figura materna.

3.2.2 Objetivos específicos

- Describir el duelo no resuelto y sus consecuencias en la paciente de estudio.
- Identificar las manifestaciones de apego ambivalente en la paciente de estudio.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de Resultados

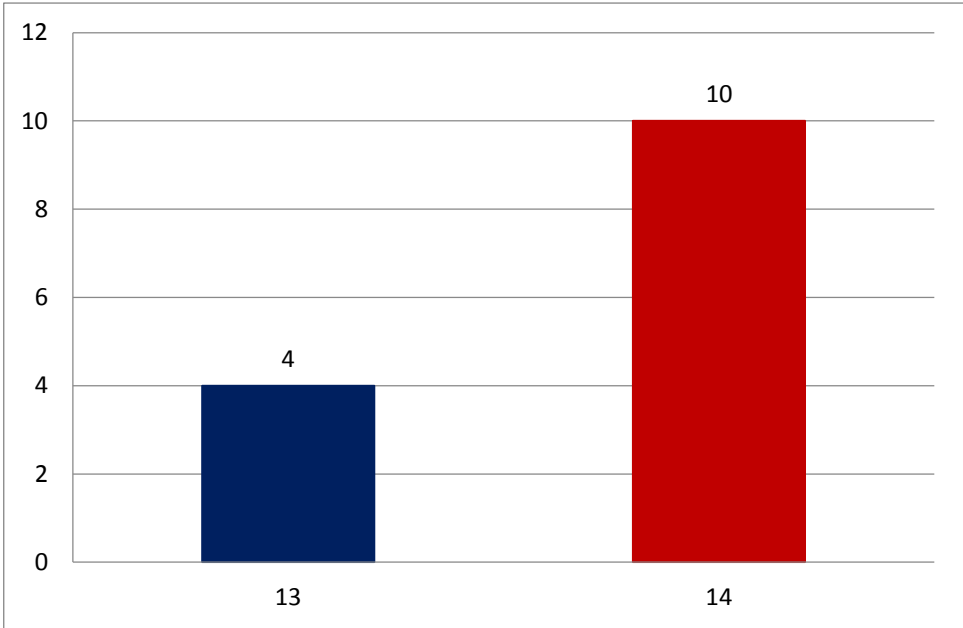
Se inició práctica el día diecisiete de febrero del año dos mil catorce, en el establecimiento educativo Fe y Alegría No. 44, cubriendo un horario desde las trece horas hasta las dieciocho horas los días lunes, miércoles, jueves y viernes. La licenciada Aída Lorena Culajay, directora del establecimiento en mención, otorgó la oportunidad de llevar a cabo la práctica de Psicología Clínica a los estudiantes de nivel básico. Se comenzó realizando una breve observación a los estudiantes dentro de su salón de clases durante las primeras semanas. Seguido a ello se crearon citas psicológicas de manera individual para cada estudiante que deseara ser parte del programa psicológico y mejorar su estilo de vida con la ayuda de un tratamiento terapéutico.

En total se consolidan 727 horas realizadas en práctica, tomando en cuenta lo presencial y por preparación previa a cada cita realizada, las cuales se realizaron con un total de 23 pacientes y una charla a los docentes del establecimiento. La mayor parte de la población atendida se trató de jóvenes adolescentes entre 13 y 16 años de edad, algunos de ellos mostraron cierta resistencia en clínica, sin embargo, con la ayuda del proceso de rapport y la empatía, las sesiones se realizaron con efectividad y en la gran mayoría con resultados positivos hacia la persona. Además durante el tiempo de observación en los salones de clases la relación terapeuta-paciente comenzó a surtir efecto.

Por otro lado, el apoyo de los docentes fue beneficioso, ya que prestaron ayuda en entrevistas realizadas con el fin de reconocer el proceso de mejora de los estudiantes. También hubo actividades docentes en donde todos los catedráticos, incluyendo a la terapeuta se relacionaron y compartieron conocimientos y experiencias para el desempeño de cada uno en su área.

4.2 Resultados

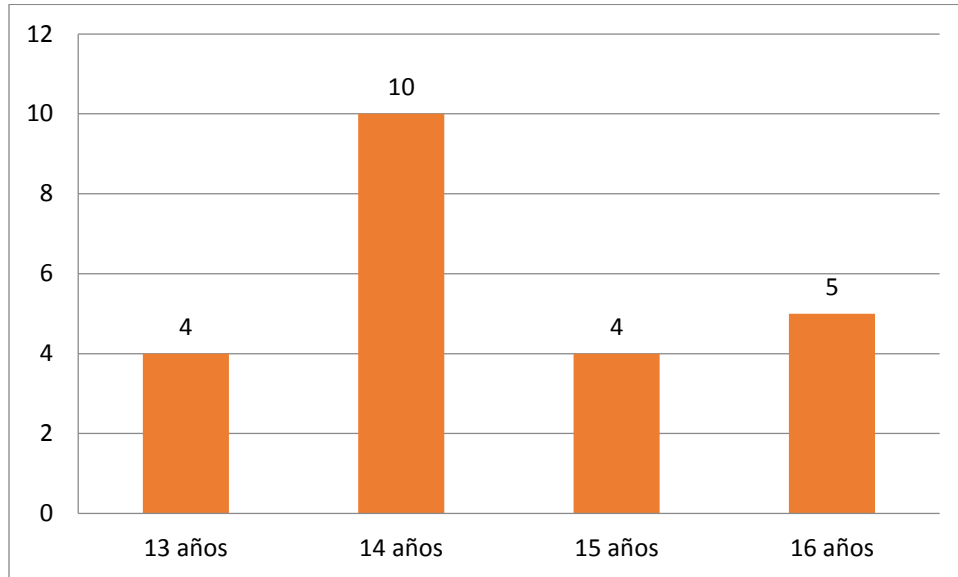
Gráfica 1
Distribución por género



Fuente: Elaboración propia

Género	Femenino	Masculino
Número de pacientes	11	12
Número total	23	

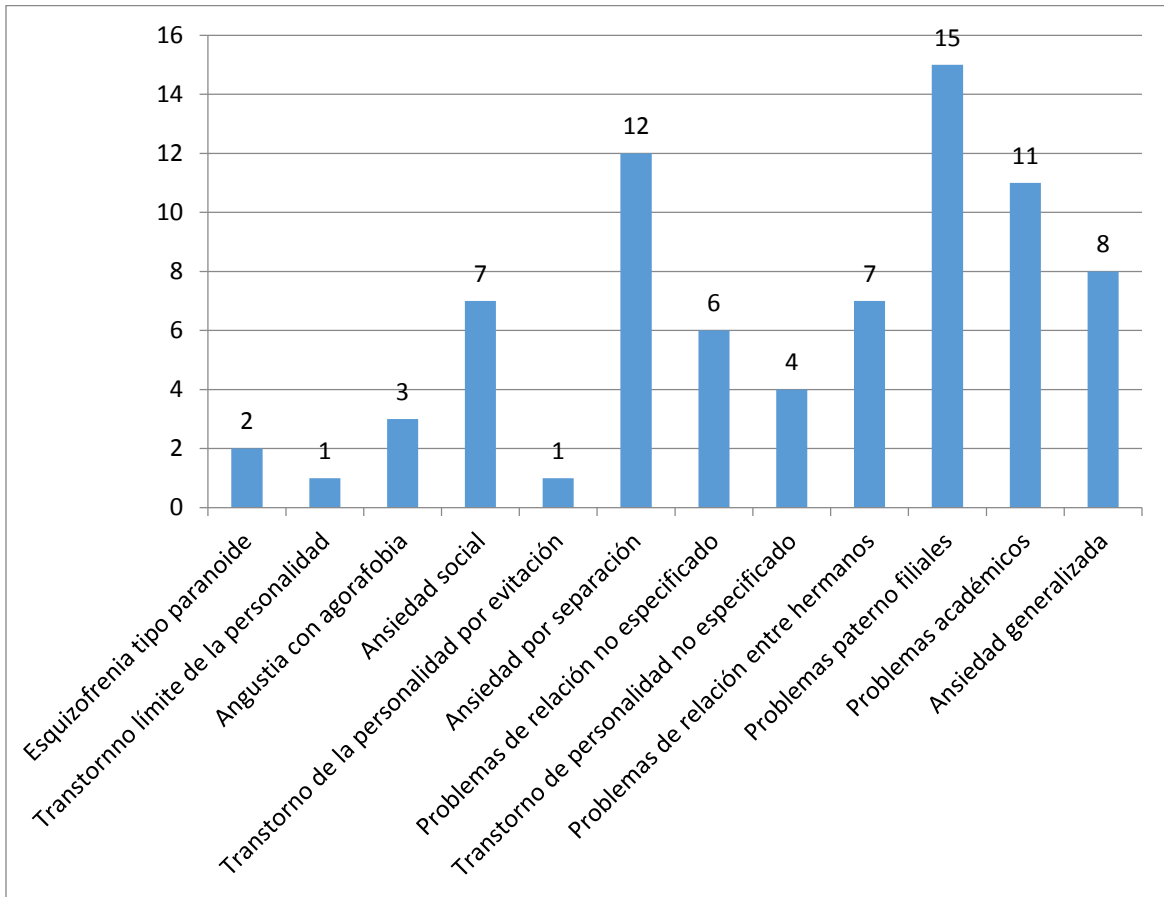
Gráfica 2
Distribución por edades



Fuente: Elaboración propia

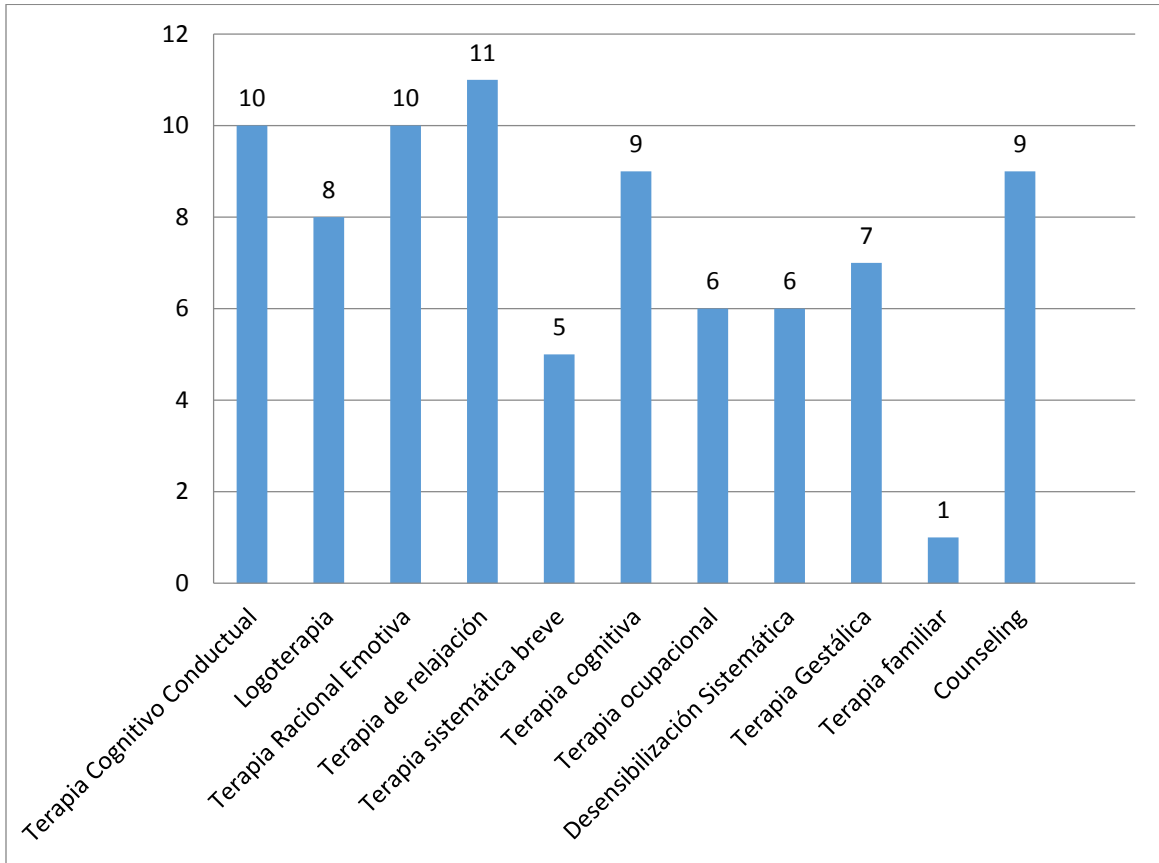
Distribución por edades	Femenino	Masculino
Número de pacientes	11	12
Número total	23	

Gráfica 3
Distribución de diagnóstico más frecuente



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4
Distribución de terapia más utilizada



Fuente: Elaboración propia

4.3 Sujeto de estudio

De los 23 casos atendidos de forma individual, se eligió para la presente investigación a la paciente J.J.A. ya que cumplía con las características de estudio. El sujeto es de género femenino, nació el 13 de junio de 1999 en la ciudad de Guatemala. Su escolaridad es a nivel básico y de ocupación estudiante, creyente de la religión evangélica. Su padre C.G.A.A. tiene 42 años de edad y su oficio es en ventas. Los datos de la madre se desconocen.

En el motivo de consulta, la paciente refiere: “Tengo muchos problemas, mi papá no está viviendo con nosotros y mi abuelita me maltrata”. Con respecto al motivo de consulta es importante tomar en cuenta la historia del problema actual, en donde la madre biológica de J.J.A. abandonó a sus hijos y esposo hace aproximadamente diez años y la comunicación con ellos era eventual, hasta que su familia se enteró de su muerte en marzo de 2012, J.J.A. refiere guardarle odio y rencor a su madre. Gracias a la ayuda de la iglesia ella pudo perdonarla, sin embargo, cree no haberlo hecho completamente.

El señor C.G.A.A. padre de la paciente, aparentemente consume alcohol en un alto nivel, por lo que se le considera un alcohólico. Anteriormente ha intentado permanecer en un grupo de Alcohólicos Anónimos, pero sus recaídas han hecho que abandone el programa, aunque actualmente esté interno en uno de ellos. También tiene antecedentes de intento de suicidio y agresión verbal.

La paciente se muestra con signos de baja autoestima e inseguridad propia derivados de su historia parental y el actual entorno familiar. Además durante la entrevista hace mención a un intento de auto flagelación, sin embargo, no se llevó a cabo gracias a una alucinación auditiva que le impidió seguir adelante.

J.J.A. actualmente vive con sus dos hermanos menores, su padre, abuela paterna, una tía y una prima. Su madre fue asesinada en marzo 2012 a causa de las drogas y la prostitución; sin embargo, J.J.A. no la recuerda con cariño y su muerte no le causó conmoción ya que esta había

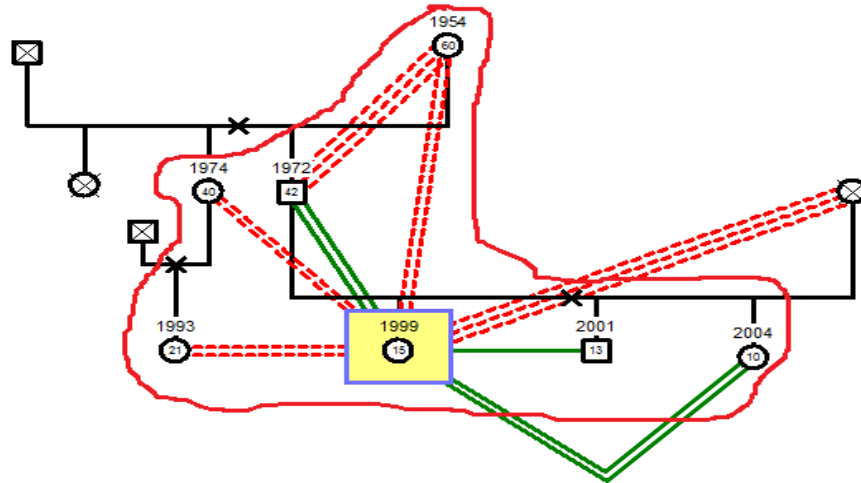
abandonado a su familia hace aproximadamente diez años y desde entonces se desconoció su paradero.

La relación familiar que actualmente vive no es acogedora ni armoniosa, al contrario, la define como complicada y desalentadora; puesto que aparentemente su abuela le grita, le ofende, le humilla y a pesar de los problemas económicos del señor C.G.A.A., ella les niega la comida, además pide agradecimiento y remuneración económica por las habitaciones prestadas para su estadía. La relación con su tía y prima tampoco es acogedora, ya que ellas están de acuerdo con la opinión de la abuela.

Por otro lado, la relación entre la paciente, su hermana menor y el padre es bastante armoniosa pese a las dificultades que presentan, aparentemente existe respeto, comunicación y cariño entre ellos. Por otro lado se están presentando complicaciones de relación con el hermano, ya que J.J.A. ha tomado el rol de figura materna para sus hermanos y este no lo acepta, más bien crea frustraciones y confrontaciones familiares.

J.J.A. considera necesario haber tomado ese rol, ya que ninguno de sus hermanos lo tenía y ella no quiere que padezcan ese amor y cuidado maternal. La paciente acepta extrañar a su madre y a la vez se alegra de no haber tenido una relación cercana con ella, ya que dice no afectarle su muerte y así está mejor.

Imagen 1
Genograma



Fuente: Elaboración propia

Dentro del examen del estado mental se encuentra un nivel de conciencia presente a lo largo de la entrevista y durante las pruebas aplicadas; una apariencia física estable y adecuada con higiene personal, vestido de acuerdo a la ocasión. Presenta ansiedad y timidez durante la entrevista, contacto visual directo y postura tensa. Presenta cierta habilidad para conducirse con constante naturaleza, con actitud cooperadora y amable; a lo largo de la entrevista se fue mostrando cada vez más segura. Presenta movimientos involuntarios y repetitivos que denotan la presencia de ansiedad en la paciente, movimientos de extremidades superiores e inferiores, jugueteo constante del cabello y manos.

El lenguaje verbal es enérgico y acelerado y su volumen es alterado; utiliza mecanismos de defensa de justificación y negación. Sin embargo, la comprensión del lenguaje hablado es precisa, obedece a las órdenes indicadas y a las preguntas expuestas. Pensamiento coherente, directo y lógico, expresa preocupaciones económicas, familiares y educativas, sin embargo, tiene ambiciones de salir adelante y continuar con su superación personal. La paciente presenta un nivel adecuado de conciencia y comprensión al referir los problemas que le agobian.

J.J.A. tiene congruencia entre el insight y las emociones que destaca al exponer las historias y respuestas a las preguntas durante la entrevista. Existe una relación congruente entre el afecto y expresión emotiva y el contenido de su pensamiento. Presenta tristeza y enojo reprimido mientras comenta los detalles de la historia familiar; resentimiento hacia su abuela y nostalgia dirigida a su madre.

4.3.1 Interpretación de pruebas proyectivas

(Test de la figura humana de Karen Machover, Test del árbol de Kart Koch, Test de la persona bajo la lluvia de Silvia M. Querol y María I. Chaves Paz) Presenta ciertos rasgos de timidez e inseguridad personal por la auto-desvalorización que demuestra, transmitiendo cierta sensación de encierro o bien de incomodidad. Dentro de su personalidad hay presencia de rasgos de personalidad alegre, noble, idealista e incluso espiritual, altos deseos de aceptación y búsqueda de acoplamiento social.

En los test proyecta presencia de ansiedad y falta de confianza en sí misma; aunque parece ser una persona equilibrada, es decir, adaptada y constante con afectos armoniosos con momentos de lucidez y espontaneidad, sin embargo, generalmente se muestra con falta de libertad para actuar, aunque esto es común en la etapa de la adolescencia por temor a desequilibrarse o bien desorganizarse.

La paciente se muestra consciente y dispuesta a enfrentarse con el mundo que le rodea, aunque eso implique el sufrimiento relacionado con el presente clima familiar. Presencia de presión y amenaza, aparentemente vinculado con las personas que presentan conflicto en su entorno familiar, con cierta hostilidad de ese mismo medio; demuestra tristeza y angustia.

Se proyecta adaptada y centrada en su entorno con cierta introversión y ánimo deprimido, distanciamiento. Presenta fuerte apego hacia el padre o figura masculina, aunque con rasgos femeninos y de coquetería, ideas de alucinación y de pensamiento confundido. La paciente se muestra refinada con cuidado personal con un aire de arrogancia. Se extrae un apego ambivalente

con su figura materna, es decir, presencia de amor y a la vez rencor como resultado de la falta de afecto.

J.J.A. parece ser una persona desarraigada, es decir, con falta de apoyo o de estabilidad, aunque sociable y dulce con raíces emocionales fuertes. Se detecta cierto estancamiento de afectos y emociones reprimidos, lo cual lo compensa con dulzura e imaginación agrandada. A medida que se han presentado ciertas dificultades a lo largo de su infancia y adolescencia le han dejado algunas heridas y cicatrices que se representan como círculos abiertos en el pasado, lo que se proyecta en introversión, recogimiento o meditación.

Es importante resaltar la ausencia de rasgos que proyecten el conflicto emocional con su figura materna como tal, esto es consecuente de una constante barrera emocional hacia las entrevistas y proceso terapéutico. La presencia de los mecanismos de defensa y la resistencia evitan la demostración gráfica de su proceso de duelo y el apego existente.

4.3.2 Interpretación de pruebas psicométricas

4.3.2.1 Test psicométrico de depresión de Hamilton

Del test se puede extraer que la paciente tiene ciertos rasgos de humor deprimido, tristeza o melancolía, desesperanza, desamparo e inutilidad, también existe presencia de insomnio. En cuanto a trabajos y pasatiempos, existen ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad. Agitación psicomotora con las manos y el cabello asociada con cierta ansiedad psíquica. Presencia de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza; cefaleas, pérdida de energía y fatigabilidad. Por lo anteriormente descrito se puede diagnosticar a la paciente con rasgos de depresión.

4.3.3 Impresión diagnóstica

A través de un análisis en los protocolos de las pruebas aplicadas y la actitud observada durante la entrevista, se extrae que la paciente contiene diversas áreas afectadas, especialmente durante su infancia e incluso en el presente durante su adolescencia. Existe una serie de síntomas destacados no solo en la entrevista sino también proyectadas a lo largo de las pruebas aplicadas; como la ausencia de una figura materna que proporcione cariño, amor y protección; por el contrario solamente se puede observar figuras femeninas que proporcionan rencor, odio, burla, menosprecio, abandono e indiferencia. Es necesario resaltar la ausencia física y real de la madre biológica, ya que su abandono y fallecimiento no han sido superados por la paciente.

Pese al problema económico y del alcoholismo desarrollado en el padre, se puede resaltar una relación padre-hija de apoyo, comprensión, cuidado, comunicación, identidad y núcleo familiar, ocasionalmente también con ambos hermanos menores, la paciente ha sido obligada a madurar desde temprana edad y les proporcionó a sus hermanos esa figura materna que no tuvieron, sin embargo, el hermano aparentemente está presentando complicaciones en la relación por el mismo motivo de roles intercambiados.

Basado en los resultados de los test y las entrevistas se debe destacar una presencia de apego ambivalente con la figura materna. Derivado de lo anterior, la madurez obligada de la paciente ha tomado la forma de una soledad, baja autoestima, inseguridad y falta de confianza en sí misma; ha adoptado un rol familiar que no le correspondía naturalmente, lo cual también es reflejado en las pruebas aplicadas, además de haber indicado la existencia de una alucinación auditiva que le ha impedido seguir adelante con una autoflagelación.

La paciente además de lo antes mencionado, debe trabajar con la ayuda de un profesional en salud mental el área emocional, ya que tampoco sabe reconocer las emociones experimentadas y constantemente presenta tristeza, enojo, furia, agresión y resentimiento inconsciente; por lo tanto es recomendable realizar un desahogo emocional para concluir con los círculos abiertos en el pasado.

4.3.4 Diagnóstico Multiaxial

Eje I: (F20.05) 295.30 Esquizofrenia tipo paranoide, episodio único en remisión total

V21.20 Problemas paterno-filiales

Eje II: Z03.2 (V71.09)

Eje III: Aplazado

Eje IV:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Fallecimiento y abandono de la madre durante el transcurso de su infancia, perturbación familiar por separación y abandono; maltrato verbal de abuela paterna hacia su persona.
- Problemas relativos al ambiente social: Problemas actuales para relacionarse con otras personas, dificultad para entablar nuevas amistades y hablar en público.
- Problemas relativos a la enseñanza: Problemas académicos, calificaciones insatisfactorias.
- Problemas de vivienda: Falta de hogar permanente de la familia, conflictos con la propietaria de la casa rentada.
- Problemas económicos: Economía insuficiente dentro del área familiar, trabajo con remuneración económica insuficiente.

Eje V: EEAG: 51 – 60

4.3.5 Evolución

Una vez aplicado el plan de tratamiento terapéutico, la paciente fue capaz de :

- Superar el proceso de duelo afectivamente dejando en el pasado el apego ambivalente hacia su madre.
- Superar su autoestima y depresión para llevar a cabo una vida mejor.
- Aceptar e identificarse con el rol de hija que debe tomar y no el de madre ante sus hermanos.
- Perdonar a su abuela por el mal trato vivido y aprender a vivir con ello.
- Aceptar el problema de alcoholismo de su padre y ayudarlo a superar ese proceso.

- Aprender a controlar sus impulsos emocionales.
- Superar el miedo a acercarse a personas extrañas y entablar nuevas amistades.
- Mejorar su rendimiento académico con ayuda de técnicas de estudio.
- Superar su temor a ser señalada y juzgada mientras habla en público.
- Liderar a un equipo de trabajo para realizar una actividad en conjunto.
- Tomar iniciativa a llevar a cabo actividades y ventas para su beneficio y superación tanto económica como personal.

4.4 Discusión de caso

En base a toda la elaboración del caso, se detectó que la paciente efectivamente estaba atravesando un proceso de duelo no resuelto, debido a la repentina muerte de su madre y su ausencia debido al abandono desde los 5 años. Este duelo implica una tristeza patológica por la pérdida de una persona importante y significativa en la vida.

Se reconoce el proceso de duelo J.J.A. como complicado por el tiempo transcurrido de aproximadamente dos años después de la muerte de su madre, también por las características y antecedentes presentadas por la paciente a través de la entrevista y las pruebas aplicadas dentro del proceso terapéutico.

Por otro lado se puede describir a la paciente con síntomas de apego ambivalente hacia su figura materna; ya que presenta cierto agrado y melancolía hacia ella y al mismo tiempo rencor, tristeza y dolor al recordar su relación no afectiva.

Esto la ha llevado a tener una necesidad de apego y aprobación de otras personas al realizar alguna actividad o sobre ella misma, lo cual le ha afectado personalmente en cuanto su autoestima se trata, llevando a cabo un proceso de depresión y desesperanza acumulada. La paciente se ha visto significativamente afectada tanto emocional como físicamente, ya que además de las alteraciones y el descontrol de sus emociones, existen problemas somáticos en su

organismo, presencia de dolencias, cefaleas y movimientos involuntarios que indican ansiedad y nerviosismo.

Un duelo no resuelto es derivado de un proceso no elaborado correctamente o interrumpido; esto quiere decir que dentro de las etapas generales y necesarias del duelo una o más de ellas no son llevadas a cabo adecuadamente. Generalmente esto ocurre de manera inconsciente, es decir, la persona que está en proceso de duelo no decide el tiempo, forma y cómo superar cada etapa, esto es completamente de forma individual e involuntaria. En el caso de J.J.A. se puede reconocer su proceso de duelo como no resuelto desde la separación física de su madre desde la infancia, ya que desde entonces la paciente no ha tenido ningún contacto físico con ella hasta el día de su muerte.

La paciente no ha tenido oportunidad de sobrellevar con éxito ese proceso de duelo y abandono, ya que ha tomado el rol de madre para sus hermanos menores desde entonces, con el objetivo de ayudar a sus hermanos y evitar que éstos padezcan de esa figura materna ausente. Sin embargo, al llevar a cabo ese rol consigo, también está creando inconscientemente un apego de tipo ambivalente, puesto que en cierta forma toma los mejores recuerdos que tiene de su madre y los convierte en algo positivo para sus hermanos, por otro lado, al recordar que ella misma no tuvo mayor oportunidad de compartir con su madre se está cargando emocionalmente de rencor, odio, tristeza y melancolía hacia su figura materna.

Cuando se habla de figura materna, no solamente se está refiriendo de su madre biológica, sino también de su abuela paterna, hasta el momento ella es la única figura femenina mayor que ella encuentra dentro de su entorno familiar, sin embargo, ella tampoco le proporciona el amor y comprensión habitual, por el contrario le hace ofensas y no le da el apoyo maternal que busca.

Por lo antes descrito, se puede aclarar que efectivamente la paciente está cruzando un proceso de duelo no resuelto de su madre, y derivado desarrolló un apego ambivalente hacia su figura materna.

Conclusiones

Un proceso de duelo patológico ocasionó en la paciente un apego ambivalente hacia la figura materna y esta situación complica aún más el duelo, ya que la persona doliente llega a tener conflictos emocionales, además de correr el riesgo de adoptar un rol dentro de la familia que no le corresponda, obligándolo a madurar cognitivamente en forma prematura.

El duelo no resuelto puede llevar consigo algunas consecuencias graves, entre ellas el desequilibrio cognitivo y emocional, además de posible baja autoestima y problemas somáticos. Por eso es importante reconocer cuando el duelo ya no está dentro de los límites habituales y se torna complicado para la persona, esto para pedir ayuda a un profesional de la salud mental como lo hizo la paciente de estudio.

El duelo surgió en el sujeto de estudio a consecuencia de una separación física de un ser significativamente importante en la vida del doliente. Cuando se habla de separación no solamente se entiende en relación a la muerte, sino también en el distanciamiento o abandono de una persona.

Es recomendable conocer la importancia del duelo, y sus componentes o etapas, ya que es fundamental tener presente el significado de cada una de ellas y cómo tratarlas o superarlas para evitar la alteración emocional que se vio en la paciente. También es importante tomar en cuenta la forma y tiempo de cada una de ellas, ya que como se estudió en el sujeto de estudio, cada persona como individuo tiene derecho de tomarse el tiempo que considere necesario para superar de forma afectiva cada una de ellas.

Recomendaciones

El apoyo familiar es fundamental ante un duelo, y con esto se quiere decir que los adultos deben fortalecer la seguridad de los niños, tomar el control de la familia y establecer el rol adecuado de cada uno de los habitantes, puesto que en base de la comunicación y momentos en conjunto, cada uno sabrá cuál es su función después del cambio de rutina, esto evitará futuras complicaciones dentro del ámbito.

Una de las formas más funcionales de entender el proceso de duelo y su importancia para estar previamente preparados ante una situación de muerte o separación, es el conocimiento con lecturas científicas o textos del tema, también existen talleres o charlas que hablan al respecto para prevenir una futura complicación.

Ya que es importante dejar al doliente tomar las riendas de su duelo y superarlas según el tiempo y forma que considere necesarios, también se debe tomar en consideración el estar alerta a que el mismo proceso de duelo se transforme en patológico. Si en la persona doliente se denotan rasgos y síntomas de ese tipo, se recomienda tratarlo con un especialista y profesional en la salud mental, ya que la tarea terapéutica ayuda a transformar el duelo en trabajo activo.

Cuando una persona está cruzando un proceso de duelo, ya sea por abandono, muerte u otra situación, las personas que le acompañan deben respetar su dolor y sufrimiento y no causar un ambiente desagradable o bien menospreciar su pérdida realizando comentarios irrespetuosos.

Referencias

Bibliográficas

Bee, H. y Mitchell, S. (1987). *El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida*. (2ª ed.). Bogotá: Editorial Harla.

Fischman, Y. (2000). *Mujer, Sexualidad y trauma*. (2ª ed.). Buenos Aires: Editorial Lugar Editorial, S.A.

Katafiasz, K. (1997). *Contra la tristeza*. (6ª ed.). Madrid: Editorial Artes Gráficas Gar.Vi. 28970 Humanes.

Liberman, D. (2007). *Es hora de hablar del duelo*. (2ª ed.). Buenos Aires: Editorial Atlántida S.A.

Richo, D. (2013). *Las cinco cosas que no podemos cambiar*. (1ª ed.). Madrid: Editorial Artes Gráficas COFÁS, S.A.

Rojas, S. (2005). *El manejo del duelo*. (19ª ed.). Colombia: Grupo Editorial Norma.

Internet

Ballvé, J. (2010) *Duelo*. Recuperado: 13.10.2014. <http://www.radiosalut.com/duelo/#6duelo>

Carmelo, A. (2000). *Qué es el duelo*. Recuperado: <http://www.cadduelo.org/es/ayuda-personal/informacion-sobre-el-duelo/63-que-es-el-duelo>

González, R. (1995). *Los tipos de apego*. Recuperado: 13.10.2014. <http://rosagonzalezlana.blogspot.com/p/tipos-de-apego.html>

Kubler, E. (2010). *Las 5 etapas del duelo*. Recuperado: 16.10.2014.
<http://reflexionesdiarias.wordpress.com/2010/03/31/las-5-etapas-del-duelo-segun-la-dra-e-kubler-ross/>

Pérez, C. (2013). *4 pasos para eliminar la dependencia emocional*. Recuperado: 16.10.2014.
<http://lamenteesmaravillosa.com/4-pasos-para-eliminar-la-dependencia-emocional>

Ruiz, J. & Cano, J. (1976). *Manual de psicoterapia cognitiva IV. Aplicaciones clínicas: Elementos básicos*. Recuperado: 17.10.2014. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual11.htm>

Anexos

Anexo 1

Fotografías



Anexo 2

Pruebas

Test de Hamilton

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No se lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TOTAL:

Test persona bajo la lluvia

A) ANÁLISIS DE RECURSOS EXPRESIVOS

A-1) DIMENSIONES

DIBUJO PEQUEÑO	Timidez, aplastamiento, no-reconocimiento, auto desvalorización, inseguridades, temores. Retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente. Transmite sensación de encierro o incomodidad. También transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia. Inhibición, inadecuada percepción de sí mismo.
DIBUJO GRANDE	Necesidad de mostrarse, de ser reconocido, de ser tenido en cuenta. Auto expansivo. Índice de agresividad. Teatralidad. Si es un dibujo poco flexible, existe falta de adaptación. Dibujos grandes y plásticos suelen verse en los artistas.
DIBUJO MUY GRANDE (EN OCASIONES UTILIZANDO DOS HOJAS)	Controles internos deficientes. Auto reaseguramiento (momento de fortaleza) Inadecuada percepción de sí mismo. Ilusiones paranoides de grandiosidad que encubren sentimientos de inadecuación. Megalomanía. Posible compensación de sentimientos de inseguridad.
DIBUJO MEDIANO	Persona bien ubicada en el espacio.

A-2) EMPLAZAMIENTO

MARGEN DERECHO	Representa el futuro, lo consciente, el padre o la autoridad. Extravertido. Inclínación hacia lo social. Actividad, empuje, ambición, optimismo, excitación, euforia. De fácil comunicación con el otro. Confianza en el futuro (proyecto, porvenir). Impaciente, vehemente, pasional. En este margen se ubican los conflictos u obstáculos que el sujeto se crea.
MARGEN IZQUIERDO	Representa el pasado, lo inconsciente y preconscious; lo materno y lo primario. Introversión, encerrarse en uno mismo. Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento. Lo que queda sin resolver, lo traumático.
MARGEN SUPERIOR	La ubicación en el tercio superior de la hoja indica rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual, idealista. Las figuras u objetos ubicados tocando el margen superior y, a veces, con el dibujo incompleto, indican defensas pobres, comportamientos maníacos, rasgos psicóticos. Reducción de ideales, del mundo intelectual, del razonamiento. Pobreza de ideas, estrechez de criterio.
MARGEN INFERIOR	En el tercio inferior de la hoja se representan rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico. Las figuras ubicadas en este borde, a veces inconclusas, como si no hubiera alcanzado el espacio, indican pérdida de contacto con la realidad, hundimiento. Puede deberse a depresión, enfermedad física, dependencias, adicciones.
CENTRO E LA HOJA:	Criterio ajustado a la realidad. Equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión. Equilibrio, objetividad, control de sí mismo, reflexión. Buen uso del espacio. Posible buena representación de su esquema corporal.

A-3) TRAZOS

LINEA ARMÓNICA, ENTERA, FIRME	Persona sana
LINEA ENTRECORTADA	Ansiedad, inseguridad. En algunos casos indica problemas respiratorios, fatiga, estrés. Necesidad de detenerse a analizar y revisar lo ya hecho. Desintegración. Posible derrumbe.
LINEA REDONDEADA O CURVA	Rasgos femeninos. Sentido estético. Dependencia. Espíritu maternal, femineidad. Conciliador. Diplomático. Afectivo y sensible
LINEAS TIRANTES	Tensión
LINEAS FRAGMENTADAS O ESBOZADAS	Ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. En algunos casos representan enfermedad orgánica.
LINEAS DESCONECTADAS	No tienen dirección intencional. Tendencias psicóticas. Dispersión del pensamiento.
LINEA RECTA	Fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, capacidad de análisis.

LINEA RECTA CON ONDULACIONES	Tensión, ansiedad	
LINEA RECTA CON TEMBLOR	Se asocia a cuadro orgánico, persona de avanzada edad, personas con gran angustia, adictos. El temblor es siempre un signo de decadencia de funciones.	
LINEA RECTA DEFINIDA PERO TOSCA	Tendencias agresivas	
LINEA CON ÁNGULOS, GANCHOS O PICOS	Agresividad, impaciencia, vitalidad, independencia. Dureza, tenacidad, obstinación.	
LINEAS CON ANGULOS MUY AGUDOS	Excesiva reacción emocional, hiperemotivo	
LINEAS CON CONTROL O QUE ESCAPAN DEL CONTORNO DEL DIBUJO (EN ZIGZAG)	Imposibilidad de controlar impulsos. Descontrolado. Para Bender, rasgos Psicopáticos. Agresividad violenta.	
LINEAS PEGADAS AL PAPEL (SIN LEVANTAR EL LÁPIZ) Y FORMANDO PUNTAS	Rasgo epileptoide	
LINEAS CIRCULARES CON ADORNOS	Narcisismo	
LINEAS CURVAS QUE SE RECTANGULARIZAN	No se permiten emociones, bloqueo afectivo, supresión de afectos.	

A-4) PRESIÓN

PRESIÓN NORMAL	Equilibrado, adaptado, elaborador, constante. Armonioso	
PRESION DEBIL	Ejecutado con velocidad y simplificación: representa rapidez mental, originalidad, agilidad, intuición, hipersensibilidad, poco contraste, creativo, vehemente. Si se trata de un adolescente hay que compararlo con el resto de las producciones para determinar si no es por atropello (característica de esta etapa). Ejecutado con lentitud: Representa ansiedad, timidez, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos.	
PRESION FUERTE	Línea pesada y pigmentada (con mucho apoyo sobre la hoja, dejando relieve en el reverso de la hoja): Representa fuerza física, energía vital, seguridad, extraversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza, excitabilidad (diferenciar entre presión fuerte y muy fuerte). En individuos con cierto grado de evolución determina personalidad tipo líder; buenos conductores de grupo o creadores de grandes ideales. Artistas, escultores. En individuos con poca evolución indican agresividad o falta de respeto si existen problemas de psicomotricidad, ese apoyo sobre el papel es una manera de aferrarse, como buscando seguridad. -Línea pesada y empastada (con poco apoyo sobre la hoja, sin dejar relieve): individuos lentos, que disfrutan de la vida, sensuales, rutinarios, de poca iniciativa, poco creativos, estáticos. Según el área del dibujo que presenta desarmonía respecto al resto, ya sea por mayor o menor presión, por empastamiento o cualquier otra característica, debe ser interpretado según el área y el significado de la misma.	
PRESION MUY FUERTE	Agresividad	

A-5) TIEMPO

DIFICULTAD PARA COMENZAR EL DIBUJO	Verbalizaciones previas, excusas, disculpas. Dificultad para enfrentar una tarea nueva, para tomar decisiones	
DIFICULTAD PARA CONCLUIR Y ENTREGAR EL DIBUJO	Agregado de detalles al dibujo, aparición de preguntas superfluas. dificultad para separarse del otro, para terminar el vínculo; carácter epileptoide.	
MOMENTOS DE QUIETUD	Se detiene en la ejecución del dibujo para continuarlo luego de un tiempo. Lagunas, bloqueos	
VELOCIDAD NORMAL	Dibujo espontaneo y continuo	
EJECUCIÓN LENTA Y	Pobreza intelectual, falta de riqueza imaginativa.	

CONTINUA		
EJECUCIÓN RÁPIDA	Agilidad, excitabilidad	
EJECUCIÓN PRECIPITADA	Generalmente descuidada o inconclusa. Atropello, hipersensibilidad o necesidad de liberarse rápidamente de los problemas	

A-6) SECUENCIA

COMENZAR POR LOS PIES	y a partir de ahí armar el dibujo, indica perturbación del pensamiento, no toma el camino adecuado para la resolución del problema	
COMENZAR POR EL PARAGUAS	indica excesiva defensa y control	
COMENZAR POR LA CABEZA	Lo esperable es que comience por la cabeza, continúe por el cuerpo y concluya con el paraguas y la lluvia	

A-7) MOVIMIENTO

RIGIDEZ	Sujeto encerrado y protegido del mundo. Despersonalizado. Se siente amenazado por el entorno. No adaptado, no tiene libertad para actuar. En los adolescentes es frecuente la rigidez por temor a desorganizarse y por temor a insertarse en el mundo de los adultos.	
MUCHA ACTIVIDAD EN EL DIBUJO	Exceso de fantasía, actitud maníaca.	
EN POSICIÓN DE CAMINAR (IZQUIERDA Y DERECHA)	Se interpreta según hacia dónde se dirige.	
REALIZANDO UNA ACCIÓN CONCRETA (DEPORTE U OTRA)	Energético. Actitud eufórica.	
EXHIBIÉNDOSE	Narcisismo	

A-8) SOMBREADOS

Ansiedad por el cuerpo según la zona que señalen y la necesidad de controlar esa parte del cuerpo o lo que ella simbolice. Suele corresponder al mecanismo de defensa "anulación".
--

B) ANÁLISIS DE CONTENIDO

B-1) ORIENTACION DE LA PERSONA

HACIA LA DERECHA (MARGEN DERECHO)	Comportamiento positivo. Avance hacia el futuro. necesidad de crecer. buena relación con el padre y/o autoridad. Relación con lo que se quiere ser y dirección hacia el futuro.	
HACIA LA IZQUIERDA (MARGEN IZQUIERDO)	Dirección hacia el pasado. Se refiere a sujetos que mantienen conflictos sin resolver. Algo del pasado que aún les pesa y frena su evolución. Conflictos con la madre. Necesidad de búsqueda interior.	
HACIA EL FRENTE	Dispuesto a enfrentar al mundo. Comportamiento presente	
CON ORIENTACIÓN DUBITATIVA	Ambivalencia. Tendencias obsesivas o paranoides. Falta de decisión. incoordinación. Observar especialmente hacia dónde se ubica la cabeza, lo mental y hacia donde se ubica el cuerpo, lo emocional y hacia donde van las piernas, que son las que determinan la acción.	
DE PERFIL	Debe tenerse en cuenta si se orienta hacia derecha o izquierda. Persona que no va de frente, que necesita buscar refugio. Evasión	
DE ESPALDAS	Deseo de no ser controlado socialmente, de pasar inadvertido, afectos e intenciones ocultas. Se apartan del medio; opositoristas, introvertidos. pre-psicóticos, depresivos, rasgos de psicopatía. Revela la existencia de un problema en el área de la identificación psicosexual. Deseo de ser otro. Ocultamiento.	
DIBUJOS MUY A LA IZQUIERDA	Acción bloqueada. Personalidad esquizoide. Dependencia e idealismo.	
DIBUJO MUY A LA DERECHA Y ABAJO	Decepción, resignación, depresión. Freno al crecimiento espiritual y psíquico. Hundimiento.	

PERSONA VISTA DESDE ARRIBA	Toma de distancia del entorno. Postura de investigador. Sentimientos compensatorios de superioridad. No se involucra en la búsqueda de soluciones pero si juzga las situaciones. Actitud opositora.
PERSONA VISTA DESDE LEJOS	Aquellas que se sienten rechazadas o desvalorizadas. Sentimientos de inferioridad. Inaccesibles. No pueden hacer frente a la situación cotidiana. No se involucran, no opinan.
PERSONA INCLINADA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.
PERSONA INCONCLUSA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.

B-2) POSTURAS

SENTADO	Amante de la tranquilidad, buen negociador, suele ser persona diplomática, que no se juega, falta de pasión, abatimiento. Puede estar representando una enfermedad física: no puede
ACOSTADO	Escasa vitalidad. Desesperanza. Las personas con impedimentos físicos pueden dibujar personas sentadas o acostadas. en estos casos significa aceptación de la limitación.
ARRODILLADO	Sumisión, debilidad, esclavitud. Sentimientos de inferioridad. masoquismo, resignación

B-3) BORRADOS EN EL DIBUJO

En forma excesiva	el borrar indica incertidumbre, auto insatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad, conflicto. Los alcohólicos, drogadictos y regresivos no utilizan goma de borrar sino que corrigen repasando las líneas del dibujo. El borrar es una manera de anular una parte del cuerpo.
REPASO DE LINEAS, TACHADURAS, LINEAS INCOMPLETAS	Alto monto de ansiedad. Le resulta difícil planificar la tarea. Bajo nivel de tolerancia a la frustración.

B-5) DETALLES ACCESORIOS Y SU UBICACIÓN:

ANTEOJOS	En la persona que no los usa habitualmente, indica ocultamiento, curiosidad sexual, voyeurismo
BASTON, PIPA	Fantasías sexuales
OBJETOS POR DEBAJO DE LA PERSONA	Por debajo de la persona se extiende el contenido inconsciente. Inconsciente movilizado. El sujeto es dependiente de presiones instintivas, a veces homosexualidad.
OBJETOS A LA DERECHA DE LA PERSONA	Representan los obstáculos que él mismo se pone para avanzar en la vida. Temer o no querer asumir responsabilidades.
OBJETOS A LA IZQUIERDA DE LA PERSONA	Indican hechos o acontecimientos que quedaron sin resolver.
OBJETOS POR SOBRE LA PERSONA	La interpretación está especialmente asociada a la calidad de los objetos que se dibujan. Representan presiones, restricciones, ideales, fantasías, necesidades de protección, autoridad, conductas fóbicas
DIBUJO DE VARIAS PERSONAS	En algunos casos, poco frecuentes, algunos sujetos dibujan mas de una persona, como mostrando que necesitan del apoyo de otros (objeto contrafóbico) para seguir adelante.
PERSONA ENCERRADA ENTRE LINEAS	Necesidad de ser contenido por el medio ambiente. Poca capacidad para crecer. Bloqueado. A veces rasgos obsesivos. Poca capacidad para ocupar espacios.
NUVES	Presión, amenaza. Hay que tener en cuenta el número de las mismas pues a veces representan figuras parentales. Pueden representar tendencias auto agresivas o dolencias psicósomáticas (nubes infladas)
LLUVIA	Representa la hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto
LLUVIA TORRENCIAL	Mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay defensa que alcance.
LLUVIA ESCASA	Persona que se siente con posibilidades de defenderse frente a las presiones ambientales.
GOTAS COMO LAGRIMAS SIN LLUVIA	Angustia Opositorismo, persona manipuladora. Tendencia a negar las presiones - y los conflictos- del medio.

LLUVIA EN SOLO UN LUGAR	Se debe analizar sobre qué lugar dibuja la lluvia.	
RAYOS	Presión que sacude al sujeto	
CHARCO	Suele representar sufrimiento fetal y acontecimientos traumáticos ocurridos a la madre embarazada. Abarca, también, el nacimiento y los primeros años de vida, tales como nacimiento prematuro, cesárea, fórceps, convulsiones, accidentes, etc.	
CHARCO DE AGUA	Bajo los pies, a la izquierda, a la derecha. Sufrimiento fetal	
OBJETOS INNANIMADOS Y ADORNADOS	Obstáculos. Debe analizarse la ubicación de los mismos.	
ANIMALES	Objetos acompañantes, dependencia, necesidad de protección, sentimiento de soledad.	
ARBOLES, PLANTAS, FLORES	Aunque generalmente funcionan también como obstáculos, hay que detenerse en el análisis de estos dibujos	
EL SOL Y/O LA LUNA	Representan a la autoridad adulta, controladora o de apoyo parental. Fijación de límites.	

B-6) VESTIMENTA:

BOLSILLOS	Son órganos receptivos. En los varones, dependencia materna, conflicto homosexual. En mujeres, posible comportamiento histérico -sin confirmar-. Conflicto interior, sexual, sentimiento de culpa.	
BOTONES	Inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, preocupación somática. Un solo botón: apego al vínculo materno	
BOTAS	Sobre comprensión, reafirmación de la decisión.	
TRANSPARENCIAS	Angustia frente al cuerpo. A veces indica daño neurológico, lesión cerebral, intoxicación, organicidad. Preocupación por la parte del cuerpo rebelada. Poco criterio. Conducta actuadora.	
DETALLE DE ROPA SIN TERMINAR	Sentimientos de inadecuación.	
CORBATAS	Signo sexual. Debilidad	
ZAPATOS	Muy marcados, conflicto sexual. Con cordones: impulsos sexuales. Frecuente en adolescentes	
ZAPATOS EN PUNTA, CON TACOS	Agresión	

B-7) PARAGUAS COMO DEFENSA:

PARAGUAS CUBRIENDO MEDIA CABEZA	Retraimiento, escape, ocultamiento, recorte de la percepción.	
AUSENCIA DE PARAGUAS	Falta de defensas. Cuando la ausencia de paraguas se acompaña con una figura humana de anchos hombros, implica que es una persona que se defiende con su cuerpo, que "apechuga", que se expone y corre riesgos.	
PARAGUAS HACIA LA DERECHA	Se defiende del ambiente. Temor a lo social. Desconfianza hacia las personas que lo rodean. Defensa por temor al padre y/o autoridad	
PARAGUAS HACIA LA IZQUIERDA:	Se defiende de la figura materna, de los deseos edípicos y las pulsiones infantiles.	
PARAGUAS CUBRIENDO ADECUADAMENTE A LA PERSONA	Implica defensas sanas, sentimiento de adecuación, confianza en sí mismo, seguridad. Saber afrontar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, capacidad de prever.	
PARAGUAS MUY GRANDE RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Excesiva protección y defensa, aunque se encuentre bien ubicado. Recortamiento del medio y distancia con el entorno. Poco criterio	
PARAGUAS MUY CHICO RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Defensas lábiles. Deja a la persona casi expuesta a las presiones del medio. Tanto en el paraguas muy grande o muy chico respecto al tamaño de la persona, es señal de conflicto, perturbación sexual, dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad.	
PARAGUAS CERRADO	Resignación. Bajar la guardia, dejar que otro lo defienda, que tome su lugar en la defensa. Sin fuerzas para luchar. En ocasiones puede indicar que están terminándose los problemas, que se	

	está en las últimas preocupaciones (las últimas gotas de lluvia).	
PARAGUAS CERRADO Y EN EL PISO	La persona cierra el paraguas porque siente que cuenta ya con poca energía para defenderse, que en su situación vital ya queda poco tiempo mas de lluvia -presión ambiental-,que sostener el paraguas es ya un esfuerzo excesivo. En ocasiones implica enfermedad terminal.	
PARAGUAS VOLANDO	Defensa lábil. Yo muy débil. Preocupaciones	
PARAGUAS Y NUBES FUSIONADOS	Contaminación. Indice de esquizofrenia. Ideas confusas.	
PARAGUAS CON AGUJEROS	Fabulación. Psicopatía. Enfermedad orgánica	
PARAGUAS CON DIBUJOS	En muchos casos hemos registrado que se trataba de personas con enfermedades orgánicas.	
PARAGUAS COMO SOMBRERO	Confusión de ideas.	
PARAGUAS TIPO LANZA	Recurre a la agresión como defensa	
PARAGUAS EN EL QUE SE REMARCAN LAS VARILLAS	Fabulación. Crea historias falsas. Se miente.	
MANGO DE PARAGUAS REMARCADO	Falta de plasticidad. Necesidad de aferrarse a algo aunque sin saber si le sirve como defensa.	
MANGO DE PARAGUAS DEBIL	Defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse.	

B-8) REEMPLAZO DEL PARAGUAS POR OTROS ELEMENTOS

ALEROS Y TECHOS	Persona que no emplea defensas adecuadas. Actitud dependiente. Busca que otros resuelvan sus problemas.	
DETRAS DE UNA VENTANA	Falta de compromiso con el medio. Pasividad. Alejamiento.	
DENTRO DE UNA CAVERNA O MONTAÑA	Dependencia materna	
UTILIZACIÓN DE PAPEL A MODO DE PARAGUAS	Defensa pobre, que se desarma a poco de utilizarla. Poco sentido práctico para defenderse	
UTILIZACIÓN DE LA MANO COMO PARAGUAS	Actitud de omnipotencia. Mas frecuente en adolescentes.	

B-9) PARTES DEL CUERPO

CABEZA	ser lo primero que se dibuje. Es la localización del yo. Centro de todos los estímulos. Poder intelectual, poder social o dominio. Si dibuja en primer término las piernas y los pies, indica desaliento, depresión	
DIBUO DE LA CABEZA SOLAMENTE	Disociación cuerpo-mente. Se defiende con el pensamiento.	
CABEZA GRANDE, DESPROPORCIONADA CON RESPECTO AL CUERPO	Indica deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseveración de ideas.	
CABEZA TRONCHADA	Limitación de la capacidad de simbolizar	
CARA	Es el contacto social, lo que se muestra. Sin dibujo de rasgos: desconocimiento de sí mismo, problemas de identidad.	
OJOS SIN PUPILAS	Inmadurez emocional, egocentrismo. Negación de sí mismo o del mundo. Dependencia materna. Vaciedad	
OJOS MUY MARCADOS	Rasgos paranoides	
OJOS BIZCOS	Rebeldía, hostilidad hacia los demás	
OJOS CERRADOS	De menor patología que el ojo sin pupila. Narcisismo.	
OJOS COMO PUNTOS	Retraimiento. Inseguridad	
OJOS CON PESTAÑAS	En hombre, afeminamiento. En mujeres, seducción	
OJOS EN V	Agresión	
BOCA		
UNA LÍNEA RECTA	Tendencia verbal sádico-agresiva.	

ÚNICA		
UNA LINEA CONVEXA ÚNICA	Amargura	
BOCA ABIERTA O ROTA	Dificultad de introyecciones adecuadas	
LABIOS MARCADOS	Dependencia oral	
LABIOS PINTADOS	Carácter femenino	
DIENTES	Agresividad oral. Conflicto sexual.	
CEJAS MUY MARCADAS	Agresividad.	
NARIZ MUY MARCADA	Virilidad, símbolo fálico. Agujeros en la nariz: agresividad, husmear. Problemas respiratorios. Alucinaciones olfativas	
OREJAS	Preocupación por críticas y opiniones de otros. Puede reflejar deficiencia en la audición, alucinaciones auditivas.	
MENTÓN	Energía de carácter	

MENTON SOMBREADO	Tendencia a dominar, a ejercer el poder	
MENTON MUY SOMBREADO	Índice de conflicto con el medio.	
CUELLO	Parte del cuerpo que coordina lo que se siente -cuerpo- con lo que se piensa -cabeza-. Puede dar sensación de comodidad y confianza.	
CUELLO ANGOSTO	Depresión	
CUELLO GRUESO	Sentimiento de inmovilidad	
CUELLO LARGO	Arrogancia. Desarmonía entre el intelecto y la emoción. Incoordinación.	
CUELLO INMOVILIZADO POR COLLAR, POLERA O YESO	Inhibición sexual	
CABELLO	Potencia sexual, vitalidad. Signo de virilidad, de apasionamiento y seducción.	
CABELLO MUY SOMBREADO O SUCIO	Regresión anal-expulsiva	
CABELLOS EN PUNTA	Agresión	
CABELLO CON RAYA AL MEDIO	Indicador de identificación femenina y resolución del conflicto por medio de mecanismos compulsivos-obsesivos y narcisistas	
ADORNOS EN EL CABELLO (MOÑOS, HEBILLAS, ETC.)	Indicador de control.	
CUERPO CUADRADO	Primitivismo, debilidad mental	
CUERPO ESTRECHO	Disconforme con su propio cuerpo. Conflicto en el esquema corporal. En algunos casos, astigmatismo	
DIBUJO DEL CUERPO CON PALOTES	Signo de evasión. Falta de compromiso. Infantilismo. No darse a conocer.	
OMISIÓN DE TRONCO	Necesidad de reprimir o negar impulsos corporales.	
HOMBROS	Fachada de seguridad, sobre compensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario.	
HOMBROS MUY GRANDES Y MUSCULOSOS:	Ambivalencia sexual	
CADERAS	En la mujer, deseo de maternidad. En el hombre, conflicto homosexual.	
CINTURA	Es la frontera entre lo sexual y lo emocional. Cinturones y adornos que remarcan la cintura, intento de controlar lo instintivo. Seducción.	
CINTURA ESTRECHA	Es común en adolescentes. Significa restricción forzada de impulsos.	
ASIMETRÍA DE	Impulsividad, coordinación pobre. Falta de equilibrio.	
BRAZOS LARGOS Y FUERTES	Expresión de ambición. Deseo de incorporar el mundo, de aprisionarlo, de contenerlo.	
.BRAZOS ONDULANTES	Sujetos con problemas respiratorios	
SIN BRAZOS	Abandono del mundo objetal. Retracción de la libido. Según el resto del dibujo, puede implicar tendencia al hurto. Esquizofrénicos y depresiones severas	
BRAZOS PEGADOS AL CUERPO	Dificultad para contactarse. Reservado, retraído. Rigidez, falta de plasticidad. Temor a manifestar impulsos hostiles. Control excesivo sobre los impulsos. Falta de adaptación. En el	

	caso de psicóticos, lo hacen para protegerse de ataques del ambiente.	
MANOS Y DEDOS	Manipulación, contacto con objetos, confianza, agresividad, eficiencia, culpa. Las manos indican la capacidad de tomar el mundo, de orientarse hacia él. La ausencia de manos indica lo contrario: represión de impulsos, retracción	
MANO DIBUJADA EN FORMA INCONCLUSA	Sentimiento de culpa	
MANOS OCULTAS	Evasión de problemas	
SIN MANOS	Negación de dar y/o recibir. Egoísmo	
DIBUJO DE LA PALMA DE LA MANO Y LOS DEDOS	En adultos, regresión	
MANOS ENGUANTADAS	Indicador de control. Frecuente en adolescentes. Disimulo	
DEDOS UNIDOS COMO MANOPLAS:	Torpeza. Falta de sutileza	
DEDOS TIPO GARRA	Forma aguerrida de enfrentar al mundo. Agresión, egocentrismo, Posesividad.	
DEDOS DIBUJADOS COMO LÍNEAS RECTAS	Agresión por falta de amor	
PUÑO CERRADO	Fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas. Beligerancia, retracción	
PIES	Símbolo sexual	
SIN PIES	Desaliento, abatimiento, falta de ilusión. Tristeza, resignación. Es el que "no llega nunca". Falta de confianza en sí mismo. Inseguridad.	
PIES PEQUEÑOS	Inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas	
DESARMONÍA EN LOS PIES	Cuando en los hombres coincide la desarmonía pie izquierdo - brazo izquierdo respecto al lateral derecho, indica conflicto homosexual	
PIES DESCALZOS	Deseo de mantenerse infantil. No querer realizar esfuerzos	
ARTICULACIONES VISIBLES	Sentimiento de desintegración. Deficiencias orgánicas en el área correspondiente.	
PIERNAS LARGAS	Lucha por la autonomía, deseo de independencia	
PIERNAS RELLENAS O GRUESAS	Sentimiento de inmovilidad	
DOBLE LINEA DE APOYO DEBAJO DE LOS PIES	Signo de obsesividad. Puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado. Exagerada necesidad de apoyo.	
DIBUJO ALTO, ESBELTO	Deseo de sobresalir, de mejorar. Orgullo, vanidad, soberbia.	
FIGURA CON MUCHA MUSCULATURA	Narcisismo	

B-10) IDENTIDAD SEXUAL:

FIGURA DESNUDA	Exhibicionismo, psicopatía	
PERSONA BAJO LA DUCHA	Narcisismo, exhibicionismo. Histeria	

B-11) EL DIBUJO DE UN PERSONAJE Y NO DE UNA PERSONA

TITERES Y MARIONETAS, CARICATURAS	Vivencia de ridículo, burla, extrañeza frente al propio cuerpo.	
PERSONAS DISFRAZADAS	Ocultamiento. A veces homosexualidad. Debe analizarse el tipo de disfraz elegido para el dibujo	
PERSONAJE TIPO ROBOT	Despersonalización	
DIBUJO DE PAYASO O DE PERSONAJE DE HISTORIETA	Autohostilidad y se da generalmente en adolescentes. Ocultamiento	

Test de la figura humana: Karen Machover

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO

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

CALIDAD DE LINEA		
Continua de línea fuerte, firme y ligera		Actitud de ataque
Traza largo y fuerte		Decidida y fuerte Firme control de la conducta
Línea débil Presión baja		Timidez Bajo nivel energético Represión Ejemplo de neuróticos angustiados o esquizofrénicos crónicos y catatónicos. Persona con depresión Desubicación
Traza enérgico y decidido		Perseverancia Seguridad
Línea desvaleciente		Tendencias histéricas
Líneas pesadas y gruesas		Agresión Temores a la despersonalización
Línea dentada		Hostilidad Negatividad Agresión
Línea quebrada		Área de conflicto
Línea reforzada		Ansiedad Inseguridad Área de conflicto Regresión
Trazos bosquejados cortos		Índice de ansiedad Falta de certeza
Trazos cortos		Conducta impulsiva (excitables)
Línea incompleta y bosquejada		Ansiedad Timidez
Traza circular		Dependientes Emotivos
Trazos largos		Conducta o comportamiento controlado
Línea gruesa en el contorno del cuerpo		Una barrera entre la persona y el ambiente. Se encuentra en personas que sufren de despersonalización y en alcohólicos paranoides.
Contorno de la figura claro y definido o la línea con demarcación reforzada		Necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas.
Traza que va hacia el centro de la figura		Tendencia a la introversión.
Traza que va hacia fuera de la figura		Tendencia a la extroversión.
Línea que fluye libremente, decidida y con buen control		Normal.
MARGEN		
Dibujarse cerca del margen		Necesidad de sustento. Dependencia.

	Falta de auto confianza.
--	--------------------------

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

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

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

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

ANÁLISIS DE CONTENIDO

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

RASGOS SOCIALES

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

EXPRESIONES FACIALES		
Obscurecer los rasgos faciales y trazar con fuerza el contorno de la cabeza		Timidez.
Énfasis exagerado de los rasgos faciales		Compensar la deficiencia de autoestima por una autoimagen de individuo agresivo y socialmente dominante.
Odio, temor, perplejidad, agresión, rebeldía		Muestran lo más característico de sus relaciones interpersonales.

OJOS		
Furtivos y sospechosos		Ideas de alucinación
Penetrantes		Arma social agresiva
Bizcos		Confundido en pensamiento
Grandes, oscuros, acentuados y amenazantes.		Hostilidad. Sospecha proyectada por individuo paranoico.
Hombre que dibuja ojos grandes con pestañas.		Homosexualidad o identificación con figura femenina.
Cerrados		Encerramiento frente al mundo. Concentración de su propia realidad interna.
Omisión de pupila con dibujo de contorno de ojo.		Percepción vaga del mundo.
Área de órbita grande(indicado por una línea) pero el ojo real pequeño.		Fuerte curiosidad visual junto a culpabilidad, probablemente de tipo voyerístico
Omisión de ojos.		No quiere ver. / Dolor profundo.

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

OREJAS		
Destacadas por tamaño, reforzamiento, forma, colocación o borraduras		Estado de particular sensibilidad que puede fluctuar desde apacible reacción de criticismo u opinión social, hasta alucinaciones auditivas.
Agrandadas o destacadas		Posible daño orgánico en el área auditiva. / Alucinaciones auditivas en paranoico. / Conflicto homosexual pasivo.
Acentuación moderada		Susceptible a la defensa.
Omisión de orejas		No querer oír cosas del exterior

PELO		
Énfasis del pelo en la cabeza, pecho, barba, bigote (elaboración de peinado, vigor en sombra).		Pujanza viril. Deseo o fuerza del sexo masculino
Énfasis en pelo ondulado, hechizante, dispuesto en cascada (acompañado de detalles llamativos).		Observado en delincuentes sexuales. Deseo de deslumbrar hechiceramente.
Sombreado vigoroso del cabello con pobre delineación de forma.		Conflicto de virilidad en relación a la conducta sexual desviada.
Mujer peluda, hombre calvo.		Desorden sexual.
Bigote y barba.		Búsqueda compensatoria de virilidad por parte de personas con sentimientos de inadecuación sexual o dudas acerca de su masculinidad.

NARIZ		
Muy larga.		Inadecuación sexual.
Tratamiento especial (agrandar reducir, borrar, sombrear, omitir).		Conflicto sexual.
Sombreada.		Temor a la castración.
Larga		Vigor sexual.
Chata		Infantilidad.
Ventanas señaladas		Índice de agresividad.
Ganchuda		Desprecio. / Rechazo de otros hacia él.
Reforzamiento		Compensación por sexualidad inadecuada.

BOCA (El énfasis oral es característico en niños, adultos, regresivos, alcohólicos y deprimidos).		
Lengua		Fuerte concentración oral a nivel primitivo.
Cóncava		Infantilismo. / Dependencia oral.
Una línea		Agresividad a nivel verbal.
Variación de trazo rápido, corto, con presión.		Fuerte impulso a la agresión verbal (no lo hace por miedo).
Amplia tonada hacia arriba.		Genialidad forzada. / Esfuerzo por ganar aprobación.
Omisión		Culpabilidad en relación a la agresión oral.
Detallada con dientes a la vista		Índice de infantilidad. / Agresión oral. Esquizofrénicos e histéricos.
Destacada.		Dificultad sexual. / Persona caprichosa a alimentos, síntomas gástricos, lenguaje indecente, arranques de mal humor.

LABIOS		
Grosos en figura masculina.		Signo de afeminamiento. Aparece frecuentemente con rasgos que muestran tendencias narcisistas.
Semejante al falo.		Personas que han experimentado actos sexuales con la boca.
Arcos cupidos.		Observados en muchachas precoces sexualmente.
Colocación de palillo, cigarro, o pipa		Tratamiento erótico – oral.

BARBILLA (muestra fuerza y determinación).		
Ya sea notadas en dibujos de perfil, borradas o reforzadas, sobresale de manera predominante		Compensación por debilidad e inadecuación en asumir responsabilidades. Se manifiesta como un impulso a aparecer socialmente enérgico y dominante.

CUELLO		
Destacado		Perturbado por falta de coordinación entre el impulso y sus funciones de control mental.
Alto y delgado		Sujeto excesivamente moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos.
Corto		Conducta más guiada por lo instintivo que por lo intelectual.
Nuez de Adán (en muchachos)		Expresión fuerte de virilidad e impulso de masculinidad.
Nuez de Adán (en adultos).		Individuos sexualmente débiles e inseguros en su rol masculino.

RASGOS DE CONTACTO

BRAZOS		
Extenderse hacia el medio ambiente.		Deseo de contacto de relaciones.
Colgar de manera flexible a los lados del cuerpo.		Cierto contacto con el medio ambiente, pero más pasivo
Cerrados y tensados a la figura.		Tensión y rigidez en la relación, adoptando una actitud pasiva y defensiva.
Se extienden en forma horizontal y mecánica.		Contacto superficial.
Dimensión del brazo aparece como frágil y consumida.		Sentimiento de deficiencia y debilidad.
Muy robustos.		Compensación o exhibición de masculinidad.
Largos, extendidos y fuera del cuerpo.		Necesidades agresivas dirigidas al exterior. / Ambición. Deseos de proeza o adquisición.
Corto.		Falta de poder.
Omisión.		Se ha visto en esquizofrénicos y sujetos muy deprimidos. Dificultad y necesidad de afecto en relaciones. Sin habilidad social.

MANOS		
Ocultas u omitidas.		Persona con dificultad de contacto. Sentimiento de culpa en relación a actividades manipulatorias.
Dibujadas con contorno impreciso o son oscurecidas.		Falta de confianza en los contactos sociales y en su productividad.
Sombreadas.		Culpabilidad en relación a impulsos agresivos o actividades masturbatorias.
En los bolsillos.		Comportamiento hallado en delincuentes. Jóvenes psicopáticos. / Esto señala evasión. Indicio de masturbación. / Signo de haraganería.
Tamaño exagerado		Conducta compensatoria debido a sentimientos de insuficiencia (en relaciones interpersonales o inadecuadas).
En forma de puño.		Tensión en los contactos sociales. / Agresividad reprimida.
Puño + brazo extendido.		Rebeldía manifestada en relaciones superficiales.

Puño se presiona hacia el cuerpo.		Rebelde reprimida.
En la región genital.		Preocupación por prácticas autoeróticas.
Dedos en forma de pétalo (corto y redondo).		Regresión.
Dedos muy sombreados.		Índice de culpabilidad (relacionada con robo y masturbación).
Dedos en forma de lanza.		Agresión abierta.
Más de cinco dedos.		Individuo ambicioso y agresivo.
Dibujadas uñas y coyunturas.		Control obsesivo de la agresión.
Omisión de manos.		

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

TRONCO

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

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

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