

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



Estudio de Caso: Duelo no complicado por fallecimiento del cónyuge y problemas de la fase de la vida de un anciano de 78 años, atendido en el Hogar San José de los Desamparados, utilizando métodos terapéuticos Humanistas
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Celsa Elizabeth Mejía Muñoz

Guatemala, junio de 2019

Estudio de Caso: Duelo no complicado por fallecimiento del cónyuge y problemas de la fase de la vida de un anciano de 78 años, atendido en el Hogar San José de los Desamparados, utilizando métodos terapéuticos Humanistas
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Celsa Elizabeth Mejía Muñoz

M.A. Doris Cuéllar (Asesora)

Licda. Alexandra Margarita Trigueros de Vargas (Revisor)

Guatemala, junio de 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

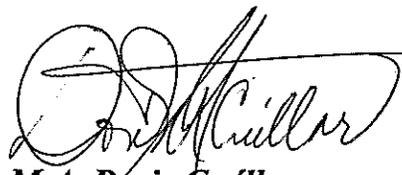
Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, febrero de 2019.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de Caso: Duelo no complicado por fallecimiento del cónyuge y problemas de la fase de la vida de un anciano de 78 años, atendido en el Hogar San José de los Desamparados, utilizando métodos-terapéuticos Humanistas”. Presentada por el (la) estudiante: Celsa Elizabeth Mejía Muñoz, 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. Doris Cuéllar
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes abril del año 2019.

En virtud de que el presente Informe de Sistematización con el tema: “Estudio de Caso: Duelo no complicado por fallecimiento del cónyuge y problemas de la fase de la vida de un anciano de 78 años, atendido en el Hogar San José de los Desamparados, utilizando métodos terapéuticos Humanistas”. Presentada por el (la) estudiante: Celsa Elizabeth Mejía Muñoz, 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.


Licda. Alexandra Margarita Trigueros de Vargas
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de junio del 2019. -----

En virtud de que el informe final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, con el tema: **"Estudio de Caso: Duelo no complicado por fallecimiento del cónyuge y problemas de la fase de la vida de un anciano de 78 años, atendido en el Hogar San José de los Desamparados, utilizando métodos terapéuticos humanistas"** Presentado por el (la) estudiante: **Celsa Elizabeth Mejía Muñoz** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.

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	iii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación de la Investigación	4
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Duelo	6
2.2 Duelo según DSM	7
2.3 Etapas del duelo	8
2.3.1 Evitación	9
2.3.2 Asimilación	9
2.3.3 Acomodación	10
2.3.4 Negación	10
2.3.5 Ira	11
2.3.6 Negociación	11
2.3.7 Depresión	12
2.3.8 Aceptación	12
2.4 Duelo no complicado	15

2.5	Problema de la fase de la vida	15
2.5.1	Etapas vital de la ancianidad o vejez	16
2.5.2	Características de la etapa de ancianidad o vejez	17
2.5.3	Afrontamiento de la etapa de la ancianidad o la vejez	20
2.6	Tratamiento para duelo y problemas de la fase de la vida en la Ancianidad	20
2.7	Logoterapia	21
2.7.1	Técnicas logoterapéuticas aplicables a personas que atraviesan Por duelo o problemas de la fase de la vida	23

Capítulo 3 Marco Metodológico

3.1	Planteamiento del problema	25
3.2	Pregunta de investigación	26
3.3	Objetivo General	26
3.4	Objetivos Específicos	26
3.5	Alcances y límites	26
3.6	Metodología	27

Capítulo 4 Presentación de Resultados

4.1	Sistematización de Estudios de Caso	28
4.2	Análisis de Resultados	38
	Conclusiones	40
	Recomendaciones	42
	Referencias	43
	Anexos	45

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Organigrama Hogar San José	3
Imagen No. 2	Genograma Familiar	31

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Sintomatología que aparece frecuentemente en una Persona que atraviesa una pérdida	14
Tabla No. 2	Algunos cambios morfológicos y fisiológicos Asociados al envejecimiento	18
Tabla No. 3	Algunos factores sociales y psicológicos Asociados al envejecimiento	19
Tabla No. 4	Pruebas aplicadas	32
Tabla No. 5	Presentación de plan terapéutico	37

Resumen

El presente proyecto de investigación pretende enfocarse en la problemática que se suscita debido a un diagnóstico por duelo no complicado o bien por problemas de la fase de la vida en una persona con setenta y ocho años. Es por ello que el capítulo uno abarca lo concerniente al marco de referencia en donde se cubren los aspectos como antecedentes, estructura e información del lugar en donde se realizó la investigación, así como su orientación y trabajo a nivel social.

En el capítulo dos se tocan los temas de relevancia como el duelo y sus etapas, la sintomatología para identificar esta problemática, la ancianidad y los conflictos que se generan durante esta etapa vital y como último pero no menos importante se hace referencia al modelo de psicoterapia humanista la cual es considerado por la autora de la presente investigación como un modelo adecuado para el abordaje y trabajo con personas que atraviesan por la etapa de la ancianidad y específicamente aplicando las técnicas que provee la Logoterapia y la Terapia Gestalt, puesto que ambos tipos de psicoterapia ayudan a profundizar en los conflictos del ser humano y a su vez busca que la persona tome conciencia sobre las dificultades y de este modo pueda desarrollar sus propios recursos y herramientas para afrontarlas. En el caso de la terapia Gestáltica coadyuva en el afrontamiento del “aquí y el ahora” más que fijarse en “el allá y el entonces” y enseña a vivir el instante presente y a sentir la realidad.

Por otro lado la Logoterapia brinda apoyo a los adultos mayores para redescubrirse en la etapa de desarrollo vital que atraviesan permitiéndoles encontrar el sentido de la vida buscando opciones para la mejora en la calidad de vida, haciendo de ésta, una vida plena en función de un mejor envejecimiento.

En el capítulo tres se da enfoque al planteamiento de la problemática desarrollada en la presente investigación, el objetivo general y los objetivos específicos bajo los cuales se desglosan los temas más relevantes, los alcances y límites que se suscitaron durante la misma y finalmente la metodología bajo la cual se desarrolló el proyecto.

Como último, pero no menos importante, en el capítulo cuatro se describe el proceso psicoterapéutico completo del usuario objeto de investigación, en dicho capítulo se expone el informe psicológico completo incluyendo las evaluaciones aplicadas, el diagnóstico al cual se llegó y el plan terapéutico aplicado para la corroboración de la efectividad de los modelos humanistas descritos anteriormente.

Introducción

El proceso de envejecimiento es parte de la naturaleza del ser humano, dentro de este proceso se suscitan cambios radicales que afectan todas y cada una de las áreas de la vida, como el área fisiológica, el área mental, el área emocional, etc. Por otro lado, es durante esta etapa cuando se dan las pérdidas más significativas como el fallecimiento de los seres queridos, separación por parte de los hijos, etc.

Es por ello por lo que se hace necesario proponer una intervención psicoterapéutica adecuada para el afrontamiento y superación tanto de los cambios radicales como de las pérdidas que puedan darse durante este período, buscando el adecuado afrontamiento de cada una de las circunstancias y los conflictos que se desarrollan a lo largo de esta etapa vital.

El modelo de psicoterapia humanista propone que el ser humano debe hacerse responsable sobre cada una de las circunstancias que atraviesa y con esto a su vez encontrar los propios recursos y herramientas para el afrontamiento de los conflictos que se generen por las diversas tomas de decisiones. Es por ello que la terapia Gestalt podría ser utilizada para los conflictos que se suscitan durante esta etapa vital ya que esta propone además de ayudar a la persona a recuperarse de cierta sintomatología a superar las pérdidas, permitiéndole llegar a ser más completo y sentirse vivo liberándolo de asuntos inconclusos que disminuyen las posibilidades de desarrollo óptimo, crecimiento y autorrealización. Por otro lado la logoterapia propone la búsqueda del sentido de la vida el cual también fomenta la responsabilidad personal frente a los conflictos y circunstancias de la vida cotidiana.

La presente investigación pretende dar a conocer el proceso de la ancianidad y las implicaciones de esta etapa vital, así como presentar una propuesta de terapia a través del modelo humanista que coadyuve a la superación de los procesos de duelo y enfrentar el conflicto que surge debido a los problemas de la fase de la vida.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El hogar San José de los Desamparados tiene 10 años en Guatemala, cuenta con alrededor de 80 internos en total, entre ellos 55 mujeres y 25 hombres quienes en su mayoría no pagan una cuota fija (únicamente alrededor de 15 internos cancelan la cuota por el servicio). Los adultos mayores son recibidos previa evaluación multidisciplinar con el objetivo de verificar que no padezcan alguna enfermedad infecciosa.

El hogar cuenta con diversos programas que benefician a sus internos. Al ser una institución internacional con más de 145 años de fundación (orden de San José), se ve la necesidad de brindar apoyo al adulto mayor desamparado en Guatemala, por tal motivo, se funda el primer centro en un inicio en la colonia Betania zona 7, posteriormente gracias a sus benefactores en su mayoría extranjeros, se brinda un terreno y la construcción del actual edificio.

1.2 Descripción

El Hogar San José de los Desamparados cuenta con espacios adecuados para que cualquier profesional de apoyo pueda trabajar de manera cómoda. Así mismo posee parqueo propio, áreas verdes dentro y fuera de las instalaciones, y debido a su excelente ubicación se puede hacer uso de área verde extensa.

Por otro lado, cuenta con área de cafetería, áreas de servicios públicos de baños en óptimas condiciones, a su vez cuenta con una capilla religiosa la cual frecuentan los diversos grupos de oración, así como confesionario.

Así también el Hogar es atendido y administrado por personal altamente calificado en áreas

exclusivas de enfermería, limpieza y mantenimiento, cocina, jardinería, recepción, administración, etc., y a su vez en el hogar viven internas que están preparándose para su noviciado, y posteriormente convertirse en mojas, quienes también brindan cualquier apoyo que se requiera dentro del Hogar.

1.3 Ubicación

El Hogar San José de los Desamparados se encuentra ubicado en la 9ª avenida, 10-12 zona 4 de Mixco, Condado Naranjo (interior condominios).

1.4 Organización

El hogar está bajo la administración de la Asociación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, la cual es encabezada por la Madre Superiora quien se encarga de estar al pendiente del funcionamiento del lugar administrando tanto el recurso humano como el recurso para cubrir las necesidades básicas de los internos.

Luego el Hogar cuenta con un Coordinador General quien se encarga del área administrativa, atención de solicitudes de obras de caridad y voluntarios y como último se encarga de coordinar los procesos de fisioterapia, psicología y actividades lúdicas y sociales para los internos.

En el mismo rubro se encuentra la secretaría en donde se llevan el control de ingresos y egresos del personal que labora en el hogar, además de brindar atención general de visitas familiares de internos y bienhechores.

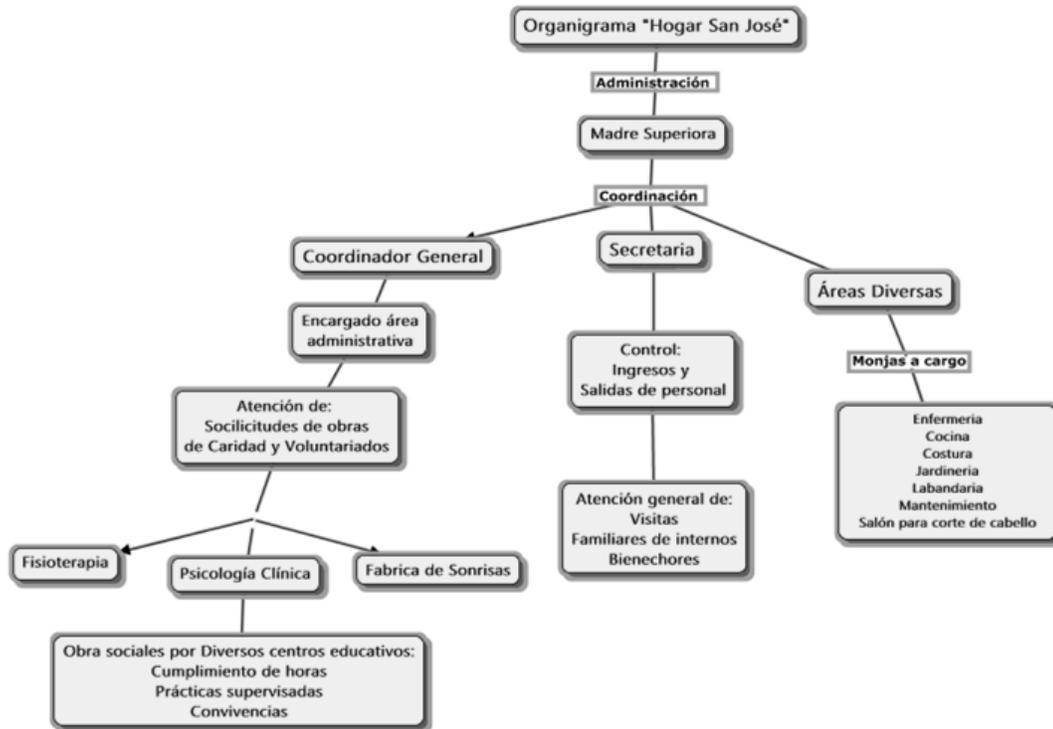
Y como último, pero no menos importante se cuenta con el apoyo de monjas que se encargan de la administración y buen funcionamiento de las áreas diversas como enfermería, cocina, costura, jardinería, lavandería, etc.

1.5 Organigrama

A continuación, se presenta el organigrama del Hogar San José de los Desamparados.

Imagen No. 1

Organigrama Hogar San José de los Desamparados



Fuente: Hogar San José de los Desamparados (2015)

1.6 Visión

Proporcionar abrigo al adulto mayor desamparado, con la ayuda y apoyo de benefactores de diversos países y voluntariados. Promoviendo el amor y respeto por el prójimo. Con una visión enfocada ante todo al seguimiento de Cristo mediante la dedicación al cuidado de los ancianos.

1.7 Misión

Amparadas en el ideal primordial “Cuidar los cuerpos para salvar las almas” Santa Teresa Jornet, la congregación de Hermanitas de los Ancianos Desamparados; tiene como objetivo principal brindar ayuda al anciano desamparado, mediante cuidados, desde lo físico, cuidado del cuerpo, alimentación, medicina, recreación; hasta el espiritual, promoviendo la búsqueda y fortalecimiento en Cristo, para lo cual cuentan en el Hogar con la capilla en la que reciben misa todos los días.

1.8 Programas establecidos

El Hogar San José de los Desamparados cuenta con el apoyo de los siguientes programas tanto sociales como para la atención del adulto mayor dentro de sus instalaciones:

Terapia Ocupacional grupal e individual impartida por profesionales en Psicología, terapias de grupo enfocado a mujeres en su mayoría amas de casa impartidas por una Psicóloga Clínica, capacitaciones de terapia ocupacional para integrantes de diversos grupos que desean colaborar con las necesidades de los internos venta de bazar que consiste en la venta de artículos varios recibidos como donaciones y la cual está a cargo de personal del Hogar, grupos de asistencia diversa: Venta de comida a beneficio de los internos, desayuno una vez al mes que brindan colaboradores y benefactores; talleres de costura, cuidado personal (cortes de pelo para hombres y mujeres internas, cuidado de uñas en pies y manos), por voluntarios, visitas médicas (Neurólogo, médico geriatra, medicina general), grupo de Fabrica de Sonrisas, adopta a un abuelo, entre otros.

1.9 Justificación de la Investigación

Considerando que la etapa de la ancianidad es una de las etapas más difíciles por las que atraviesa el ser humano, ya que es durante esta etapa en la cual se pueden producir pérdidas significativas

a nivel filial y emocional, es por tanto necesario coadyuvar mediante técnicas terapéuticas a que los adultos mayores puedan superar las crisis por pérdida que se dan durante la misma, estableciendo así parámetros para mejorar la calidad de vida de cada una de estas personas.

Se considera la psicoterapia humanista ya que esta brinda las herramientas para que el ser humano pueda integrar todos los aspectos de su personalidad con el fin de que pueda autorrealizarse y llegue a ser lo que debe y quiere ser. En el caso de la terapia Gestáltica aporta técnicas que coadyuvan al cierre adecuado de las pérdidas atravesadas, aplacando y acortando el tiempo del dolor que produce el sufrimiento, y mediante las técnicas Logoterapéuticas se busca la vinculación de las experiencias vividas con la experiencia presente dando así más riqueza y un sentido y propósito de vida valorando la gracia del tiempo pasado y del tiempo por llegar, aunque sea breve.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Duelo

Para poder entender qué es el duelo es indispensable escribir sobre la muerte y la pérdida. El tema de la muerte es uno de los más complejos que se han desarrollado y se ha estudiado desde diversos contextos y puntos de vista, es por ello que es necesario hacer mención de algunos autores para poder obtener una idea clara de qué es la muerte y como la percibe el ser humano, aunque la misma no deja de ser un misterio.

Por otro lado, se encuentra la pérdida, la cual es la que produce una sensación o sentimiento de vacío de algo o alguien que se deja atrás y que nos produce un pensamiento de “algo me falta” o “ya no tengo un por qué vivir”.

Ortúzar, M. G. (1996) refiere

La muerte es un fenómeno biológico común a todos los miembros de todas las especies, no obstante, los criterios para determinar la muerte de una planta no son precisamente los mismos que se requieren para determinar la muerte de un animal consciente. (p.3)

Nuevamente se hace indispensable conocer la perspectiva de diferentes expertos y autores que se han dado a la tarea de estudiar más a fondo el tema de la muerte, puesto que el mismo es un paso a lo desconocido para el ser humano.

Bernard (1995) manifiesta: “la muerte es la cesación permanente de todas las funciones clínicamente observables del organismo como un todo y pérdida permanente de la conciencia por el organismo en todas sus partes identificables.” (p. 27)

Y como último pero no menos importante se hace referencia a uno de los mayores exponentes sobre la muerte, la pérdida y la trascendencia el Dr. Viktor Frankl (1942) quien puntualiza: “La muerte solo puede causar pavor a quien no sabe llenar el tiempo que le es dado para vivir”. (p. 255)

Es por ende el duelo un proceso natural que atraviesa todo ser humano en las diversas etapas del ciclo vital y este no hace hincapié únicamente en el fallecimiento de un ser querido sino también abarca todo aquello que nos genera un sentimiento de vaciedad o de haber perdido algo o alguien, ya sea por muerte o por separación.

Dentro de las pérdidas para el ser humano se pueden clasificar en 4 grupos importantes, Tizón (2004) manifiesta:

Pérdidas relacionales: las cuales tienen que ver con las personas que forman parte de nuestro entorno más cercano, nuestros seres queridos y a quienes se pierde ya sea por fallecimiento, por separación geográfica, por el fin de la relación, a consecuencia del abuso o del abandono, entre otras.

Pérdidas Intrapersonales; las cuales tienen que ver con la pérdida de las capacidades emocionales y fisiológicas naturales del ser humano, la perspectiva de sí mismo y del cuerpo físico, pérdidas de las capacidades tanto a nivel cerebral, mental e intelectual

Pérdidas materiales: se refiere a la pérdida de un objeto o posesión.

Pérdidas evolutivas: estas se refieren al paso de las diversas etapas del ciclo vital del ser humano las cuales son infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez y dentro de cada una de estas se puede decir que conllevan diferentes tipos pérdidas en sí. (p. 83)

2.2 Duelo según el DSM

DSM-4 (1995) refiere:

Esta categoría 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 (. Ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso).

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 se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquéllos se incluyen: 1) 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; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida. (p. 700)

2.3 Etapas del duelo

Neimeyer R. A. (2002) refiere: “Cada persona experimenta el proceso de duelo de forma distinta e individual acorde a sus circunstancias personales, formas de afrontar el estrés y relación con el difunto”. (p.25)

Diego N. (2014) manifiesta:

Neimeyer (2002) insiste en que estas fases son tan solo patrones generales de respuesta al duelo. Cada persona experimenta el proceso de duelo de manera distinta e individual acorde a sus circunstancias personales, formas de afrontar el estrés y relación con el difunto. Algunas personas no atraviesan estas etapas o siguen un orden diferente, otras quedan atascadas en alguna de las fases. (p.6)

Se debe tomar en cuenta que no todas las personas atraviesan por todas las etapas a las que hace referencia Neimeyer (2002) ya que cada persona posee su propia capacidad de resiliencia y

afrontamiento de las crisis y las circunstancias adversas. Para Neimeyer (2002), las etapas de duelo por una pérdida inesperada o repentina se dividen en tres:

2.3.1 Evitación

Se da cuando la pérdida causa un dolor tan profundo que la persona entra en un estado de “*shock*” y confusión lo cual le impide ver y aceptar la realidad. Se debe tomar en cuenta que esta es una reacción normal en el ser humano y de alguna manera da inicio con el proceso terapéutico de sanación, y esta culmina hasta que llega la etapa de asimilación.

Diego N. (2014) manifiesta:

Esta fase destaca especialmente en caso de muertes ambiguas (como desapariciones, accidentes aéreos u otras circunstancias en las que no se ha encontrado el cuerpo del fallecido) donde el doliente se aferra a la esperanza de que la persona sigue con vida hasta que se hace inevitable la realidad de la pérdida. (p.6)

2.3.2 Asimilación

La etapa de Asimilación es definida como el momento del “darse cuenta de la realidad”, el momento en que el lugar, el tiempo y las circunstancias afirman la ausencia del ser querido. Es entonces que se generan los sentimientos de vacío, tristeza y soledad.

Diego N. (2014) expresa:

Los síntomas depresivos son característicos de la etapa de asimilación, apareciendo tristeza, llanto, desesperanza, trastornos del sueño, pérdida de motivación, y del apetito, dificultad para la concentración, etc. También pueden aparecer síntomas propios del estrés: nerviosismo, náusea, trastornos digestivos, etc. Las personas en duelo pueden llegar a ser más susceptibles a enfermedades debido a que el estrés constante afecta el sistema inmunológico. (p.6)

2.3.3 Acomodación

Es la fase en la cual la persona en duelo inicia el proceso de equilibrio emocional, la vida cotidiana empieza nuevamente a vivirse con normalidad, las expresiones físicas que implicó la pérdida van desapareciendo y se empieza a recobrar el ánimo y las fuerzas para continuar.

Diego N. (2014) refiere:

La persona recupera su capacidad de funcionamiento normal, se logra una estabilidad emocional y vuelven los hábitos del sueño y alimentación normales. Los síntomas físicos van desapareciendo y el doliente reconstruye su vida sin la persona fallecida. La tristeza y añoranza del difunto pueden perdurar durante años. (p. 7)

En el caso de los autores Kubler-Ross y Kessler (2006) las etapas de duelo son cinco y da inicio con la fase de negación, luego la ira, seguida por la negociación, la depresión y por último la aceptación. De acuerdo con estos autores cada una de estas etapas cumple con un propósito que culmina con el acomodamiento y la readaptación de la persona a su nueva vida. A continuación, se da una breve reseña de lo que ambos autores refieren en el libro “Sobre el duelo y el dolor”.

2.3.4 Negación

Kubler-Ross y Kessler (2006) refieren:

Esta primera etapa del duelo nos ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido. Estamos conmocionados y negamos los hechos. Nos volvemos insensibles. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante, si podemos seguir adelante, por qué deberíamos seguir adelante. Intentamos hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción nos ayuda a afrontar la situación y a sobrevivir. La negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. (p. 25-26)

Así pues, ambos autores lo que tratan de decir es que esta etapa permite contener todas las emociones que genera la pérdida en sí, ya que si estas se experimentasen de golpe sería completamente abrumador y destructivo para la persona que lo atraviesa.

2.3.5 Ira

Kubler-Ross y Kessler (2006) manifiestan:

Esta etapa se manifiesta de muchas formas: ira contra un ser querido por no haberse cuidado mejor o ira contra nosotros por no haber cuidado mejor de él. La ira no tiene por qué ser lógica ni válida (...). Es importante recordar que la ira sólo aflora cuando nos sentimos lo bastante seguros como para saber que probablemente sobreviviremos, pase lo que pase. (p. 27)

Con esto los autores infieren en que esta etapa manifiesta la vulnerabilidad del ser humano ante los acontecimientos inesperados, los sentimientos de impotencia e indefensión que surgen a raíz de no tener la capacidad de cambiar la realidad o haber podido detener las circunstancias que llevaron a la pérdida.

2.3.6 Negociación

Kubler-Ross y Kessler (2006) expresan:

Antes de la pérdida, parece que haríamos cualquier cosa con tal de que no se lleven a la persona que queremos. Después de la pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. La negociación a menudo va acompañada de culpa. Los “ojalás” nos inducen a criticarnos y a cuestionar lo que “creemos” que podríamos haber hecho de otra forma. Es posible que incluso pactemos con el dolor. Haremos cualquier cosa por no sentir el dolor de esa pérdida. Nos quedamos anclados en el pasado, intentado pactar la forma de librarnos del dolor. (p. 32)

Es decir que la etapa de la negociación actúa también como un proceso de contención de emociones en donde el dolor por la pérdida se aplaca temporalmente, la mente trata de ordenar el torbellino de confusión que se genera por la misma y del acontecimiento pasado se traslada hacia el futuro en donde genera una nueva esperanza.

2.3.7 Depresión

Kubler-Ross y Kessler (2006) refieren:

Tras la negociación, nuestra atención se dirige al presente. Aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en nuestra vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado. Nos parece que esta etapa depresiva va a durar para siempre. Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. (p. 35)

Es decir que esta etapa marca la realidad del doliente, en donde se da cuenta que es verdad la pérdida y que ya no hay nada que pueda hacerse para cambiarlo, es ahí donde se unifican las emociones y el dolor se convierte en el único compañero de camino, y lo que se debe entender es que esta reacción es normal para la circunstancia que se atraviesa y se debe dar el tiempo prudente para que la persona pueda canalizar el sufrimiento que padece y posteriormente evaluarse si en realidad la depresión no se ha convertido en algo patológico, de lo contrario esta etapa es necesaria para continuar con el proceso de recuperación.

2.3.8 Aceptación

Kubler-Ross y Kessler (2006) manifiestan:

La aceptación suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de acuerdo con lo que ha pasado. No es eso. En esta etapa, se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad permanente.

Nunca nos gustará esta realidad ni estaremos de acuerdo con ella, pero al final, la aceptamos. (p. 39)

En esta última etapa refieren los autores, es donde da inicio la recuperación y el restablecimiento de la vida del doliente, esta recuperación depende de la capacidad de traer a la memoria los tiempos vividos, tomarlos como motivación de vida y reorganizarse para seguir adelante. Esta tarea implica aprender a aceptar que la persona ya no volverá y por lo tanto aprender a vivir sin ella, reestructurar la vida cotidiana y ajustando las actividades a lo presente.

¿Pero cuándo podemos determinar si el duelo se ha superado o no? ¿Cómo podemos saber si el doliente no ha superado el tiempo prudente para aceptar su pérdida y cuándo esto se convierte en un problema que requiere de intervención psicoterapéutica? En la siguiente tabla se enlistan los posibles síntomas que puede desarrollar una persona que atraviesa por un duelo normal.

Tabla No. 1

Sintomatología que aparece frecuentemente en una persona que atraviesa una pérdida

Síntomas Cognitivos	Incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones visuales o auditivas
Síntomas Emocionales	Tristeza, enfado, culpa, remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga, apatía o indiferencia, desamparo, shock, anhelo o añoranza, emancipación, alivio e inestabilidad
Síntomas Conductuales	Trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, soñar con lo perdido, conductas de evitación, buscar al fallecido y llamarle en voz alta, suspirar, hiperactividad y agitación, visitar lugares significativos o llevar objetos que recuerden al difunto, atesorar las pertenencias de la persona fallecida, llorar
Síntomas Orgánicos	Opresión en el pecho, vacío en el estómago, opresión en el garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de la boca

Fuente:El Duelo: Diagnostico y abordaje del duelo normal y complicado (2014)

Por otro lado, también se encuentra un tipo de duelo que trasciende las barreras de la normalidad y que afecta de manera biopsicosocial al doliente, podría inclusive incapacitarle en cuanto a la manera de vivir y la manera de manejar sus circunstancias cotidianas. Es ahí donde se considera que pasa de ser un duelo normal a un duelo patológico.

Diego N. (2014) refiere:

Cuando el proceso de duelo no sigue el curso esperado, produciendo importantes alteraciones en el funcionamiento normal de la persona e interfiere en su habilidad para dar sentido y crear planes de futuro, se trata de un duelo complicado o patológico. (p. 13)

2.4 Duelo No complicado

El duelo No Complicado se encuentra dentro del apartado de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” identificado con el código V62.82 (Z63.4). Se debe tomar en cuenta que la sintomatología que se presenta para poder diagnosticarlo de esta manera son las reacciones normales después de la pérdida como tristeza, insomnio, falta de apetito, etc., y depende también de la duración de esta.

DSM-5 (2014):

Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como, por ejemplo, sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como “normal”, si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio o anorexia. La duración y expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. En los criterios de un episodio depresivo mayor se ofrece más información para distinguirlo del duelo. (p. 716-717)

2.5 Problema de la fase de la vida

En el DSM-V podemos encontrar este tema en el apartado de “otros problemas relacionado con el entorno social” bajo el código V62.89 (Z60.0). Se debe tomar en cuenta que los problemas de la

fase de la vida al que se refiere el manual tienen que ver con todas aquellas etapas de cambio que de alguna manera modifican el estilo de vida del ser humano.

DSM-V (2014) refiere:

Esta categoría se debe utilizar cuando el problema de adaptación a una transición en el ciclo de la vida (una fase de desarrollo determinada) es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Entre los ejemplos de estas transiciones podemos citar el inicio o el final de la etapa escolar, abandonar el control paterno, casarse, empezar una nueva carrera profesional, tener un hijo, adaptarse al “nido vacío” cuando los hijos se van y jubilarse. (p. 724)

2.5.1 Etapa Vital de la Ancianidad o Vejez

La ancianidad o vejez es uno de los estados naturales de la vida, el proceso de envejecimiento se da a lo largo del ciclo vital y este proceso produce cambios a nivel biológico, psicológico y social en el ser humano. Existen diversos documentos y estudios que se han realizado por diferentes autores a lo largo del tiempo con respecto a los ciclos vitales del ser humano y su evolución, sin embargo, en su mayoría estos expertos han coincidido en que las personas atraviesan por 4 etapas vitales: Etapa de la Infancia, etapa de la adolescencia, etapa de la adultez y etapa de la vejez.

Lacub y Sabatini (2002) refieren: “El término “Vejez” es definido como la cualidad de ser viejo o también es aplicable a las personas que han vivido más tiempo que las demás” (p.18). Por otro lado, Beauvoir (1970) hace diversas definiciones de este proceso y lo expresa de la siguiente manera:

Manifiesta Beauvoir (1970):

Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto, con su mundo y su propia historia. Por otra parte, el hombre no vive jamás en estado de naturaleza; en su vejez, como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece. (p. 15)

Por otro lado, otros exponentes del estudio de la etapa de desarrollo de la ancianidad poseen puntos de vista relevantes que ayudan a clarificar el término “vejez” los cuales también nos permiten interpretar desde nuevas perspectivas dicho concepto y que se logre de esta forma evitar los paradigmas errados en donde se coloca a una persona que atraviesa esta etapa de la vida en un lugar de poco valor.

Dulcey-Ruiz y Uribe Valdivieso (2002) refieren:

La vejez es la cualidad de ser viejo. A las personas y en general a los animales que han vivido más tiempo que los demás, se les llama viejos; término que también se aplica a las cosas que han existido desde hace algún tiempo. Por lo tanto, ser viejo significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, comparativamente hablando. Sin embargo, la definición de la vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiera. (p.14)

2.5.2 Características de la etapa de Ancianidad o Vejez

Como todo proceso, cada una de las etapas vitales del ser humano posee características que las diferencian unas de otras y que ayudan a identificarlas. Por otro lado, se debe tomar en cuenta que el proceso de envejecimiento varía de persona a persona ya que si bien concuerdan en algunos aspectos, este proceso también depende de los factores externos, culturales y sociales de cada uno.

Dulcey-Ruiz y Uribe Valdivieso (2002) refieren: “la vejez carece de límites, excepto la muerte y, varía no solamente de un individuo a otro, sino de acuerdo con las expectativas sociales y culturales, con la posición social y económica de la persona”. (p.14)

En las siguientes tablas se presentan algunas de las características y factores típicos en la vejez que se han detectado tras varias investigaciones por diversos profesionales, las cuales permiten

tener un panorama más amplio sobre la sintomatología biopsicosocial que podría desencadenarse al llegar a esta etapa del desarrollo vital.

Tabla No. 2
Algunos cambios morfológicos y fisiológicos asociados al envejecimiento

	CAMBIOS MORFOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> -aumento de matriz colágena en la túnica media -Pérdida de las fibras de elastina -Hipertrofia cardiaca: Engrosamiento septum -Disminución cardiomiocito y aumento de matriz extracelular 	<ul style="list-style-type: none"> -Rigidez vascular y cardiaca -Mayor disfunción endotelial -Volumen expulsivo conservado -Mayor riesgo de arritmias
Renal	<ul style="list-style-type: none"> -Adelgazamiento corteza renal -Esclerosis arterias glomerulares -Engrosamiento membrana basal glomerular 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor capacidad para concentrar orina -Menores niveles renina y aldosterona -Menor hidroxilación vitamina D
Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> -Menor masa cerebral -Aumento de líquido cefalorraquídeo -Mínima pérdida neuronal, focalizada -Cambios no generalizados de arborización neuronal 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor focalización actividad neuronal -Menor velocidad de procesamiento -Disminución de memoria de trabajo -Menor destreza motora
Muscular	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de masa muscular -Infiltración grasa 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución fuerza -Caídas Fragilidad
Metabolismo Glucosa	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de grasa visceral -Infiltración grasa de tejidos -Menor masa de células beta 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor producción de adipokinas y factores inflamatorios

		-Mayor resistencia insulínica y diabetes
--	--	--

Fuente: Revista Médica Clínica Las Condes, Vol.23 No.1 enero 2012

Tabla No. 3
Algunos factores sociales y psicológicos asociados al envejecimiento

FACTORES SOCIALES	FACTORES PSICOLÓGICOS
Necesidad de comunicación social	Necesidad de ser escuchado
Presencia de barreras arquitectónicas	Pérdida de roles sociales
Viudez	Sentimientos de soledad
Problemas en la dinámica familiar	Sentimiento de aislamiento social
Insuficiencia de ingresos económicos	Inadaptación a la jubilación
Falta de medicamentos	Temor a la enfermedad o a enfermarse
Pobre apoyo comunitario	Preocupación por la pérdida de familiares y amigos
Insuficiente estructura comunitaria	Manifestaciones de intranquilidad
Dificultades para la recreación	Manifestaciones de tristeza y llanto
Dificultades para adquirir alimentos	Temor a la muerte
Dificultades en la compra de medicamentos	Manifestaciones de violencia psicológica

Fuente: Estudio de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala: Adulto Mayor y Condiciones de Exclusión en Guatemala. 2005. (p. 17)

2.5.3 Afrontamiento de la etapa de la ancianidad o la vejez

Se debe tener en cuenta que es durante la etapa de la ancianidad o la vejez en donde se dan las crisis que afectan de manera profunda al ser humano y por lo tanto es aquí en donde se hace necesario reforzar la capacidad de afrontamiento de la persona que se encuentra en esta etapa vital y que atraviesa dichas crisis.

Lacub y Sabatini (2002) refieren:

El término “crisis” deriva de la palabra griega *Krinein*, que significa separar, separación o abismo (Ferrater Mora, 1944). Para los existencialistas en los momentos de crisis se revela ante el ser humano lo que este había tenido siempre ante sí y lo desplazaba con creencias, roles e ideales sociales: la desesperación. Este criterio de desesperación se asocia a la desorientación, en la medida en que se pierden referentes que guían al sujeto. Las personas necesitan a lo largo de la vida conducirse con referencias que indiquen rumbos, sentidos y contextos en los que se sienta niveles de seguridad básica, al tiempo que puedan alcanzar niveles de satisfacción y adecuación subjetiva. (p.50)

Es por ello que se hace indispensable generar herramientas de fortalecimiento emocional y de afrontamiento para la persona que atraviesa por las crisis y los problemas de esta fase de la vida, y dentro de estas se considera la Escuela Humanista con la inclusión de los modelos logoterapéutico y gestáltico ya que algunas de las técnicas que estos modelos proveen son aplicables a casos de duelos por pérdida o fallecimiento, manejo del estado de ánimo y recuperación del sentido de la vida mediante la autorrealización y la trascendencia personal.

2.6 Tratamiento para duelo y problemas de la fase de la vida en la ancianidad

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, (2005) tratamiento se define como “Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.” (p. 425) Por otro lado se debe entender que el tratamiento del que se hará énfasis y que se aplica a las personas que

atraviesan por duelo o problemas de la fase de la vida tiene que ver con el tratamiento psicológico.

Del Pino A. (2012) Refiere:

(...) Tratamientos Psicológicos las grandes orientaciones terapéuticas que desde la psicología han pretendido ofrecer explicaciones para los problemas psicológicos del hombre y procedimientos de solución a estos problemas para que éste alcance un grado de armonía, bienestar y desarrollo personal, familiar y social satisfactorio. Asimilamos, pues, el enunciado Tratamientos Psicológicos al contenido previamente presentado como psicoterapia. (p.18)

Considerando que es importante la intervención psicoterapéutica que brinde herramientas de reorientación para las personas en etapa de la ancianidad y que atraviesan por procesos de duelo y puedan superar los conflictos que en esta etapa se desarrollan y además de ello logren generar un nuevo propósito de vida, se hace necesario buscar dentro de las escuelas psicológicas, técnicas que permitan cumplir con dichos objetivos.

Existen diversos enfoques psicoterapéuticos, sin embargo, para lograr un tratamiento adecuado que permita cumplir con los objetivos anteriormente descritos podemos decir que la Escuela Humanista es la más adecuada utilizando las técnicas y herramientas que brinda la Logoterapia y la Terapia Gestalt específicamente, pues estas se adaptan perfectamente a la problemática que se establece en la presente investigación.

2.7 Logoterapia

Molla M. (2002) manifiesta:

La Logoterapia es la terapia del sentido, significado y propósito de nuestra vida. Entiende la vida como existencia y al hombre ser responsable de asumir el sentido de su vida, (perspectiva de la vida como una totalidad). Intenta restituir al hombre la totalidad y unicidad de su ser. Efectivamente, solo la dimensión espiritual le confiere su verdadera

esencia. Es una terapia de enfoque existencial, es positiva, usa los recursos del espíritu humano, y está orientada hacia el futuro. Considera la búsqueda de significado como aspecto primario de nuestro ser. Es principalmente una teoría que toma en cuenta en el hombre no sólo su dimensión psicofísica sino incluye aquella dimensión propia del ser humano, la espiritual. (p.2)

En palabras de Lukas (1983) refiere que la logoterapia es una psicoterapia centrada en el sentido y lo señala así: “la logoterapia se entiende como una psicoterapia centrada en el sentido y, como tal, quiere prestar una ayuda en su lucha por el sentido, quizás la más humana de todas las aspiraciones humanas”. (p.200)

El logoterapeuta Roberto Juan Mucci (2010) refiere que el enfoque logoterapéutico se centra en la humanización y personalización del hombre como tal, ayudándole a lograr su plenitud y autorrealización mediante una adecuada percepción de sí mismo como individuo e inmerso en un grupo junto a otros individuos.

Así también enfatiza que el enfoque logoterapéutico se basa también en desarrollar una conducta de búsqueda para qué de las situaciones tanto del fracaso como del éxito, de visualizar el futuro no como algo inalcanzable o como algo que hay que pasar desapercibido; sino verlo con una visión esperanzadora, la de asumir el compromiso de la búsqueda del propósito en la vida y con ello hacer posible las preguntas tales como: ¿Qué espera de mi la vida? ¿Cuál es el propósito de esta situación? Como dice Viktor Frankl (1944): “no basta con preguntarse por el sentido de la vida, sino que hay que responder a él respondiendo ante la vida misma”. (p. 75)

Es así como el enfoque logoterapéutico coadyuva a aclarar las dudas sobre el ¿por qué? del sufrimiento y los acontecimientos dolorosos como la muerte, por lo utilizando las técnicas que provee de manera adecuada beneficiaría de manera positiva a las personas en la etapa de desarrollo de la ancianidad que atraviesan por duelo y los problemas de dicha etapa.

2.7.1 Técnicas logoterapéuticas aplicables a personas que atraviesan por duelo o problemas de la fase de la vida

Salomón (2014) refiere:

El diálogo socrático representa una alternativa psicoterapéutica centrada en una actitud fenomenológica, en el encuentro siempre abierto hacia la otra persona, sostenido en el más elevado respeto por la unicidad, dignidad y libertad personales. En este sentido nos propone una rehumanizante forma de aproximarnos y vincularnos con el Tú, y de actualizar lo libre de cada uno, hacia la autenticidad, la responsabilidad y la apertura a los valores, es decir, a vivir una vida plena de sentido. (p. 74)

Por lo anterior podríamos decir que el diálogo socrático coadyuva al esclarecimiento de las dudas existenciales y a la comprensión del transcurso de los conflictos mediante preguntas sistémicas que permiten descubrir los objetivos y metas de las circunstancias que se dan durante las diversas etapas de la vida.

Frankl, V (1999) manifiesta: “La intención paradójica confronta nuestro sentido común ya que es un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra aquello que precisamente teme.” (p.122)

Es por ello que la Intención Paradójica busca potenciar la conducta que produce un síntoma dañino a través de la exposición al mismo por ciertos periodos, como por ejemplo si la persona sufre de insomnio se le pide que deje de dormir por el tiempo más prolongado que le sea posible y cognitivamente debido a esta exposición el cerebro dará la instrucción contraria y de esta manera se logra eliminar este síntoma.

Längle (2005) refiere: “El método logoterapéutico de la derreflexión consiste en un consciente dejar de prestar atención a los contenidos y sentimientos de angustia. El paciente es invitado a una dedicación consciente al “sentido” y “valores” de la situación”. (p. 63)

Es por ello que la Derreflexión es una técnica parecida a la Intención Paradójica ya que durante este proceso a la persona se le pide que ignore el conflicto o problema que le aqueja para que de esta manera pueda hacerlo más efectivo en lo que desea hacer y reducir así el nivel de ansiedad.

Noblejas de la Flor (1994) manifiesta:

Su objetivo (La Modificación de Actitudes) es contribuir a que la persona que busca ayuda tenga una nueva perspectiva de sí misma y de su situación vital, alejándola de considerarse una víctima indefensa (de sus impulsos, herencia, ambiente, sociedad, vida pasada...) para verse a sí misma controlando su vida (dentro de las limitaciones de sus circunstancias). (p.178)

Es así como la Modificación de Actitudes es una técnica que se apoya en la visualización, en la fantasía guiada, en la confrontación, en la búsqueda de alternativas significativas, de manera que la persona pueda hacer consciencia y pueda extenderse para poder hacer una elección de cómo vivir de una manera más libre y responsable.

Martínez-Romero (2014) refiere:

La práctica de la Logoterapia Grupal en estos grupos para mayores otorga a las personas que pasan por esta etapa la posibilidad de valorizar lo realizado durante su existencia, en algunas ocasiones bloqueada por los miedos, la soledad, la falta de proyectos o la angustia frente a la muerte. La elaboración, en forma breve, de esta conflictiva se realiza en el marco de una antropología humanístico-existencial que considere las particulares problemáticas de la edad. (p. 67)

Es por ende la Logoterapia Grupal una técnica que puede utilizarse como parte de una terapia familiar o bien en un grupo y que va centrada en la búsqueda del sentido de la vida y la existencia.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

La ancianidad es la séptima etapa del desarrollo humano y le subsigue a la etapa de la adultez, durante esta etapa se producen los cambios más significativos del ser humano y los que determinan el fin del ciclo de la vida.

Se dan cambios psíquicos, sociales y biológicos que afectan de sobre manera el contexto de vida de la persona es también durante esta etapa en la cual se pueden llegar a dar pérdidas significativas a nivel relacional, por lo que se producen problemas conductuales y emocionales que podrían perjudicar la calidad de vida de quien se encuentra en esta fase de la vida.

De acuerdo a estudios realizados el número de personas en edad dentro de los 60 años o más va en aumento, por lo que se hace necesario abordar los dos puntos de conflicto principales que se desarrollan durante la etapa de la ancianidad siendo uno el duelo por fallecimiento del cónyuge o sus más allegados y el otro los problemas cotidianos referentes a esta de la fase de la vida, entre los cuales podemos mencionar la pérdida del propósito de vida, esto con el objetivo de proveer un abordaje psicoterapéutico adecuado para la superación de los mismos y culminar con el ciclo vital de forma que la persona se sienta autorrealizada y útil aun cuando el tiempo sea breve.

Existen diversos métodos psicoterapéuticos humanistas los cuales han sido utilizados por profesionales de la salud mental a lo largo del tiempo para abordar conflictos de esta índole, sin embargo, en la presente investigación se tomarán como base los modelos logoterapéutico y gestáltico, ya que estos aportan técnicas que se adecúan a la problemática descrita anteriormente durante la etapa de la ancianidad y para la resolución de los problemas cotidianos que se producen en esta fase de la vida.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo los modelos humanistas logoterapéutico y gestáltico pueden coadyuvar a la superación de un duelo y brindar herramientas para establecer un nuevo propósito de vida en la etapa de la ancianidad?

3.3 Objetivo General

Determinar cómo los modelos humanistas Logoterapéutico y Gestáltico pueden coadyuvar a la superación de un duelo y brindar herramientas para establecer un nuevo propósito de vida en la etapa de la ancianidad.

3.4 Objetivos Específicos

- Describir la etapa vital de la ancianidad, sus características y afrontamiento.
- Explicar en qué consiste cada una de las etapas de duelo.
- Identificar los estados emocionales por los que atraviesa una persona durante el duelo y la fase de vida de la ancianidad.
- Describir los modelos terapéuticos humanistas de logoterapia y Gestalt y cómo estos se aplican en caso de duelo y en la pérdida del sentido de la vida
- Definir el concepto de autorrealización y trascendencia

3.5 Alcances y límites

Entre los alcances en el estudio de caso clínico de la Práctica Profesional Dirigida, se logró establecer desde un inicio el rapport adecuado con la persona atendida, así como con la supervisora y personal del Hogar San José de Los Desamparados de quienes se recibió todo el apoyo durante el tiempo en el cual se llevó a cabo el proceso psicoterapéutico.

Se puede inferir que dentro de las limitantes que podrían surgir en el trabajo con personas que atraviesan la etapa de la ancianidad es la problemática a nivel de procesos de memoria que se genera por la fase de la vida en la que se encuentra, ya que resulta un tanto lento llevar a cabo el proceso de diagnóstico, sin embargo si se realiza con el tiempo y las herramientas de recolección de datos adecuado dicho proceso se puede llevar a cabo con éxito.

3.6 Metodología

Esta investigación se realizó por medio del método inductivo, se realizó mediante el estudio de un caso clínico particular que permitió llegar a unas conclusiones generales aplicables a diversas personas que atraviesan por la misma etapa de desarrollo; por otro lado es una investigación cualitativa-descriptiva ya que se utiliza como técnica el estudio de caso y la sistematización.

Durante el estudio de caso particular, se abarcaron aspectos pasados, presentes y futuros, y se incluyó datos adaptativos y patológicos. Este proceso se llevó a cabo desde la entrevista inicial, test proyectivos y de personalidad hasta entrevistas con el personal de la institución con la finalidad de llegar a un diagnóstico acorde a la problemática presentada por el usuario.

Con esta investigación se podría concluir que durante la etapa de desarrollo de la ancianidad es común la sintomatología que el duelo y los problemas de la fase de la vida causa a las personas que la atraviesan, considerando como principal problemática el fallecimiento del cónyuge, el estado de ánimo ambivalente, sentimientos de culpabilidad y pérdida del propósito de vida debido a conflictos dicha fase.

Por otro lado, se puede inferir que las técnicas que provee la Escuela Humanista mediante los modelos logoterapéutico y gestáltico pueden coadyuvar a aliviar y a superar la sintomatología anteriormente descrita.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudio de Caso

Datos Generales:

Nombre: LFDP

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 30/06/1940

Edad: 78 años

Estado Civil: Viudo

Escolaridad: Le faltó 1 año para ser perito contador

Institución: Escuela de Comercio

Profesión:

Ocupación y lugar de trabajo: Fue mecánico automotriz y chofer

Religión: católico

Dirección: Hogar San José de los Desamparados

Motivo de Consulta: LFDP refiere: “agradezco que vengan a dar ayuda, pues uno siempre necesita, últimamente a mi me suele pasar que me siento a pensar todo lo que he hecho en vida, siento mucha tristeza de saber que no hice las cosas bien, mi pareja murió de un derrame, tal vez por mi culpa (ojos llorosos, contiene el aliento, guarda silencio y continúa relato), quiero dejar de sentirme culpable por muchas cosas”(SIC).

Historia del problema actual: LFDP refiere haber crecido en un buen hogar, no todo era bueno, como no todo era malo, según refiere. De sus padres indica que el más estricto era su padre, “pobre mi mamá siempre me andaba defendiendo, hasta la fecha no tengo nada, nada que decir de ella porque siempre me defendió” SIC. Indica que al no querer culminar sus estudios se dispuso a trabajar, esto a los 18 años, luego conoció a una persona con quien se casó M. E. D. D.

(Q.P.D.) con quien procrearon 2 hijos un varón de 40 años actualmente y una mujer de 36 años actualmente.

El paciente manifiesta haber tenido una relación extramarital con otra mujer M. A. M., con quien procreó dos hijos más un varón de 20 años y otro de 23 aprox. Lamentablemente su esposa se da cuenta de la situación y logra separarlo de esta persona, sin embargo, eso lo hace caer a la bebida, considerando tener por una época serios problemas con el consumo de alcohol a tal punto de quedarse tirado en la calle.

Tras el fallecimiento de su esposa legítima, se intensifica el consumo de bebidas alcohólicas lo cual hace que su única hermana tome la decisión de internarlo en el hogar. De la relación con los hijos se limita a comentar “con ellos todo bien, que puedo hacer, lo que no hice de joven no puedo hacerlo ahora, solo una hija me viene a ver de vez en cuando”.

Reconoce haber sido un hombre muy apartado de su hogar. Indica que lo que más le gustaba era jugar futbol y correr maratones “ala yo corrí la maratón de Max Tot, corrí las competencias de Ingenieros en la Empresa Eléctrica, hice muchas cosas”. El paciente evidencia problemas en rodilla izquierda.

Historia Clínica, personales no patológicos.

Historia prenatal: LFDP refiere que su madre no le comentó si tuvo alguna complicación durante su gestación. En cuanto a su nacimiento indicó que su madre nació por parto normal y que no tuvo problemas relacionados. Así mismo manifiesta no contar con información sobre su evolución neuropsíquica durante la niñez referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres, sin embargo asegura no haber tenido algún inconveniente. En cuanto a la evolución de lenguaje refiere que no posee información para describir cómo se ha desarrollado en esa área en sus distintas etapas.

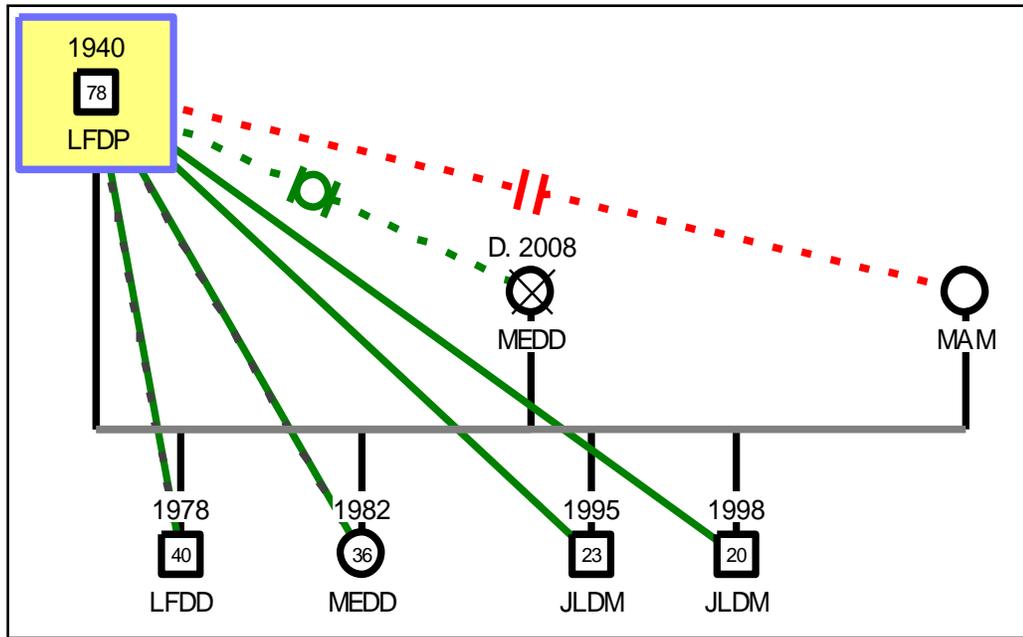
LFDP manifiesta que su desenvolvimiento escolar siempre fue optimo, ya que se consideraba un buen estudiante sin embargo no pudo concluir sus estudios debido a la economía familiar por lo que tuvo que empezar a trabajar desde muy joven dejando pendiente un año de la carrera de perito Contador. Por otro lado, indica que nunca se le dificultó mantener buenas relaciones con amigos y compañeros de trabajo por lo que su desenvolvimiento social fue bueno.

Según refiere la etapa de la adolescencia fue buena y aunque el padre era estricto siempre contó con el amor y el apoyo de la madre. En la etapa adulta tuvo problemas de alcoholismo debido a la ruptura de una relación extramarital y posteriormente el fallecimiento de su legítima esposa, quien refiere murió en sus brazos, así también manifiesta que durante sus años de juventud fue muy trabajador y debido a las malas decisiones la relación con sus hijos fue un tanto distante lo cual trató de enmendar posteriormente.

LFDP manifiesta que su primera relación sexual la experimentó a los 18 años cuando se casó con la que fue su esposa, estuvo con ella por un periodo de 20 años luego se descubrió que paralelamente llevaba una relación extramarital, con ambas parejas procreó dos hijos, posteriormente la esposa legítima logra que el paciente deje a la segunda mujer y regrese con ella, sin embargo el paciente refiere que a raíz de esos problemas a su esposa le da un derrame y posteriormente fallece de un paro cardiaco en sus brazos.

Personales patológicos. La salud en general de LFDP ha sido estable y solamente ha padecido enfermedades típicas de la infancia como gripes, malestares intestinales, entre otros y por otro lado no tiene conocimiento de que alguna persona de su familia haya padecido de desórdenes emocionales o mentales.

Imagen No. 2
Genograma Familiar



Fuente: Elaboración propia con base a entrevista realizada al paciente (2018)

Estructura familiar. El núcleo familiar primario de LFDP estaba conformado por la esposa, el hijo mayor de 30 años en ese entonces y la hija menor de 25, ambos posteriormente se casan y forman sus hogares en Estados Unidos, sin embargo, se conoce de una relación paralela y extramarital en donde se procrean dos hijos varones uno de 20 y uno de 23.

Antecedentes familiares. LFDP refiere que la relación con la esposa siempre fue muy buena sin embargo por sus malas decisiones la hirió cuando le fue infiel con la otra persona, aun así el amor por su legítima esposa siempre fue fuerte hasta el día en que ella falleció, relación con la otra persona acabó en buenos términos, aunque la relación con sus hijos mayores fue un poco distante pues él mismo reconoce haber sido un tanto apartado de su hogar por las malas decisiones tomadas, y trató de enmendar sus errores en algún momento, actualmente vive en el Hogar San José llevado ahí por la hermana debido a sus problemas de alcoholismo, los hijos mayores no lo frecuentan, y los hijos menores le visitan de vez en cuando al igual que algunos de sus hermanos con quienes refiere siempre tuvo una relación muy estrecha. LFDP refiere no conocer de

antecedentes familiares relacionados con problemas mentales de origen genético, hereditario o cognoscitivo.

Examen del Estado Mental. LFDP se presenta como una persona con peso, altura y arreglo general acorde a su edad y sexo, su conducta es cooperadora, abierta, atenta, se muestra como una persona amable, por otro lado se observa problemas leves de orientación en persona, lugar, tiempo y espacio, sin embargo trata de prestar la atención y concentración adecuada, presenta problema de memoria a corto, mediano o largo plazo los cuales manifiesta al momento de describir asuntos de su pasado y presente y que se le dificulta recordar con claridad.

El lenguaje se da de forma espontánea, fluida con prolijidad y de forma concreta, manifiesta de forma verbal el sentimiento de culpa que lo aqueja, no se observa sintomatología depresiva. En cuanto a la expresión de afecto se denota tristeza moderada y sentimientos de culpa por lo que hay congruencia de afecto con el discurso al nivel de intensidad apropiado. La actitud del paciente hacia el problema actual es de afrontamiento y se produce el insight dentro de la primera entrevista lo cual lo lleva a expresar actitudes y expectativas constructivas y realistas sobre su proceso. El estado de ánimo se percibe estable y optimista y demuestra agradecimiento por la intervención terapéutica.

Tabla 4
Pruebas Aplicadas

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
Test de la familia	04/08/2018
Test del árbol	04/08/2018
Test de la figura humana	04/08/2018

Fuente: Elaboración propia basado en el proceso terapéutico llevado a cabo (2018)

Test de la Familia. Los resultados de esta prueba manifiestan una personalidad con delicadeza de sentimientos, timidez e inhibición de los instintos, inhibición de la expansión vital y fácil extroversión de las tendencias.

Por otro lado se proyecta conflicto, desajuste emocional, inseguridad, inadecuación, y dificultades motoras, así también se refiere a una persona imaginativa, soñadora e idealista, que vive en un mundo de fantasía, con ideas y tendencias espirituales y guiado por las reglas.

Se manifiesta también, inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales, posibles sentimientos de inferioridad, inseguridad, retraimiento o depresión, percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.

Así mismo se proyecta distancia emocional y desvalorización existente entre los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales, con sentimientos intensos de inadecuación intelectual, aislamiento emocional, niega los problemas, no quiere enfrentar el mundo y escapa a la fantasía, no desea escuchar cosas del exterior que considera dolorosas y posibles sentimientos de inmovilidad.

Como último, pero no menos importante, se hace referencia a cierta dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas, con control interno rígido, sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad de actuar, ansiedad de castración, dependencia e inseguridad.

Test de la figura humana. Los resultados de esta prueba manifiestan a una persona con sentimientos de inadecuación, sentimientos de inferioridad, retraimiento al sentirse rechazado, timidez, con bajo nivel energético, represión, con posible sintomatología depresiva y un estado donde podría sentirse desubicado.

Por otro lado, de proyecta cierto índice de ansiedad, falta de certeza, siente que está realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable, busca satisfacción en la fantasía y no en la realidad, persona introvertida y con tendencia a la regresión e inmadurez. Así también se refleja relativa libertad de ansiedad, sentimientos de inadecuación intelectual, evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva o bien caracterizadas por superficialidad, cautela y hostilidad, una percepción vaga del mundo.

Como último, pero no menos importante, se proyecta a una persona excesivamente moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos, con cierto contacto con el medio ambiente pero más pasivo, con necesidades agresivas dirigidas hacia el exterior, con ambición, deseos de proeza o adquisición, persona en etapa senil que requiere de actos de afirmación y deseo de expresión de poder físico y psíquico.

Test del árbol. Los resultados del test manifiestan posible hecho traumático a la edad de 41 años según el índice de Graff Wittgenstein. Por otro lado, se proyecta a una persona con horizontes limitados, rigidez, artificialidad, reservado, obstinado, sistemático, falta de elasticidad, convencionalismo, habilidad para lo abstracto, rígido, cierto grado de infantilismo e inmadurez.

Así también se manifiesta irritabilidad, explosividad, nerviosismo, impulsividad, impaciencia y una persona frágil. Sin embargo por otro lado refleja a una persona abierta a nuevas situaciones y experiencias y está dispuesto a ser abierto con los demás de forma acogedora.

Se manifiesta también a una persona con actitud introvertida frente al mundo que lo rodea con inhibiciones y complejos, pero al mismo tiempo es una persona más afectiva, más cálida, cuando se lo propone pone en acción su parte emotiva de la personalidad antes que la instintiva, aunque es una persona más reprimida inconscientemente y podría mostrar solo una parte de él mismo.

Se hace referencia a una persona optimista, de buena disposición, ambiciosa, con doble deseo de protección, posible existencia de una necesidad de independencia, pero dentro de un ambiente o medio en el cual se sienta protegido. Trata de compensar la depresión con la excitación, y se

encuentra en búsqueda del autodominio, existe un fuerte deseo y ambición de imponerse por sobre los demás pues se siente inestable.

Impresión Diagnóstica. Con base a los resultados de las pruebas realizadas, información del estado mental, datos recabados mediante las distintas entrevistas y considerando la etapa de desarrollo tomando como base la teoría de Erickson se podría concluir que LFDP atraviesa por un problema de duelo no resuelto lo que le produce sentimientos de tristeza, culpa e inestabilidad, aunado a problemas relacionados con la edad como pérdida de la memoria, falta de energía y estado de ánimo ambivalente.

Diagnóstico según DSM-V:

Z63.4 Duelo no complicado

Z60.0 Problema de fase de la vida

Recomendaciones

- Trabajar técnicas logoterapéuticas que permitan la aceptación y afrontamiento de la pérdida.
- Utilizar técnicas gestálticas para conseguir el cierre adecuado por duelo.
- Unificar técnicas logoterapéuticas y gestálticas para la aceptación y el afrontamiento de la etapa vital actual del paciente.

Plan Terapéutico. Teorías o escuela o corrientes filosóficas que explican el caso: la perspectiva humanista ya que se centra en ayudar a las personas a desarrollar todo su potencial, puesto que se enfoca en ideas como el crecimiento personal o la libre voluntad del individuo. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que esa persona interpreta la situación. Esta perspectiva sostiene que la persona que ha sido víctima de abuso sexual atraviesa por una experiencia traumática y dolorosa que se extiende toda su vida y no puede ser acomodada internamente, por lo tanto el trauma viene a alterar la dinámica de

procesos mentales básicos que son asociados con alcanzar una identidad organizada y la capacidad de vivir independiente y tranquilamente.

Por otro lado, esta perspectiva también aborda el duelo y plantean que éste se presenta como un proceso para equilibrar la interacción del ser humano con su entorno, en la medida en que se busca armonizar su condición de vida frente a la pérdida del ser querido.

Modelo Terapéutico logoterapéutico, ya que este modelo de psicoterapia permite enfrentar con decisión y sin desesperanza los problemas más resonantes de la existencia humana que conectan con la responsabilidad, la libertad, el dolor, el amor, el sufrimiento, la salud, la enfermedad, la confianza en sí mismo y en los demás, y el respeto a Dios como fuente de toda creación y sentido (lo que incluye aceptación de su voluntad) y por último permite descubrir el valor de la verdadera existencia, ¡lo que el ser, es!

Perspectiva Gestáltica, ya que esta perspectiva busca Principalmente hacer sentir a la persona, ponerla en contacto consigo misma y sus sentimientos, acogerla, que quepan sus sentimientos, dejarla hablar y opinar sobre su propia vida, dejar que ella misma vuelva a coger las riendas de sus decisiones, a reestructurar sus pensamientos, ponerla en contacto con aquellos que se han ido o le han hecho daño y cerrar el ciclo con el perdón.

Tiempo Estimado. El tiempo estimado de la terapia es de 3 meses, aproximadamente 12 sesiones, teniendo una sesión por semana de 45 a 50 minutos.

Tabla No. 5

Presentación del Plan Terapéutico

Problema Clínico	Síntomas	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración
Duelo no complicado	Tristeza Sentimientos de culpa	Guiar al paciente mediante cuestionamientos que le permitan encontrar respuestas que poco a poco, clarifican su estado de confusión, al tiempo que lo contactan con su libertad y responsabilidad. Ponerle en contacto	1. dialogo socrático 2. Silla Vacía	1. Clarificación mediante la asignación de un nombre a la vivencia, reflexión e introspección enmarcar los sentimientos de dolor, focalización del presente y el darse cuenta. 2. Establecimiento de un dialogo imaginario entre la persona ausente y el paciente para dar el cierre adecuado a las conversaciones inconclusas.
Problema de fase de la vida	Sentimientos de indefensión Sentimientos de desesperanza	Guiar al paciente en cuanto a la aceptación de que la vejez es una etapa más en el desarrollo de la vida y de la evolutividad como personas, además de impulsarlo al redescubrimiento personal encontrando el sentido a la vida valorando la gracia del tiempo pasado, y del tiempo por llegar aunque sea breve	1. Lenguaje Evocativo 2. Uso de símbolos 3. Ajuste creativo	1. Mediante el uso de palabras para evocar sentimientos que ayuden al paciente a procesar mejor la fase de vida en la que se encuentra 2. Uso de fotos, cartas, y audios que le permitan al paciente obtener una claridad de quien fue durante las etapas de vida anteriores evocando también sus logros 3. Surgimiento de la relación entre el paciente y el entorno en el que el cual deberá crear sus propias condiciones de mejoramiento para su bienestar

Fuente: Elaboración propia basado en la investigación realizada durante el proceso psicoterapéutico(2018).

4.2 Análisis de Resultados

Manifiesta Beauvoir (1970):

Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto, con su mundo y su propia historia. Por otra parte, el hombre no vive jamás en estado de naturaleza; en su vejez, como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece. (p.15)

En los hallazgos de investigación del caso de estudio con respecto a la etapa vital de la ancianidad, es posible que durante esta etapa se den las pérdidas más significativas a nivel relacional, biológico y material, y por otro lado se produce cambios a nivel biológico, psicológico y social; por lo que se hace necesario que la persona cuente con un acompañamiento adecuado y profesional que le permita enfrentare los conflictos que se suscitan por los problemas de esta fase vital, como por ejemplo la sintomatología del duelo por cualquier tipo de perdida, pero sobre todo el duelo que produce el fallecimiento del cónyuge.

Ortúzar, M. G. (1996) refiere

La muerte es un fenómeno biológico común a todos los miembros de todas las especies, no obstante, los criterios para determinar la muerte de una planta no son precisamente los mismos que se requieren para determinar la muerte de un animal consciente. (p.3)

Así mismo dentro de los hallazgos importantes se puede concluir que la muerte es parte del proceso vital de todo ser humano y que es necesario para las personas que atraviesan dichas pérdidas, comprender lo que esto significa y la sintomatología que este proceso produce y cómo enfrentar la misma.

DSM-4 (1995) refiere:

Esta categoría 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 (. Ej.,

sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). 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” varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquéllos se incluyen: 1) 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; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida. (p. 700)

Se pudo corroborar que el proceso de duelo produce sintomatología que podría decirse que es normal por la etapa y el cambio que la pérdida produce y que debe darse el acompañamiento adecuado para la superación de la misma siempre y cuando esta supere las limitantes de tiempo y el funcionamiento vital y social de la persona.

Así mismo se comprobó que las técnicas que proporciona la Escuela Humanista mediante los modelos de Logoterapia y Terapia Gestalt son efectivos para el abordaje de los conflictos por los cuales atraviesa una persona de setenta y ocho años que se encuentra en la etapa de ancianidad, coadyuvando al cierre adecuado por la pérdida, aliviando la sintomatología del duelo y ayudando a encontrar un nuevo propósito de vida aunque este sea por un tiempo breve, experimentando la autorrealización y superación que se produce por el problema es esta fase de la vida.

Conclusiones

La ancianidad es la última etapa de desarrollo por la que atraviesa el ser humano y culmina hasta el momento del fallecimiento; durante el proceso de investigación realizado se observó que probablemente una persona de 78 años de edad manifiesta ciertos cambios significativos a nivel biopsicosocial, tal como la disminución de la fuerza física, pérdida de la memoria, pérdidas a nivel relacional, entre otros.

La muerte es parte del proceso vital de cada ser humano, este proceso tiene que ver con el fenómeno en el cual se produce el término de la vida, y aunado a la muerte se genera un sentimiento de pérdida identificado como “duelo”. El duelo es un conjunto de representaciones mentales y conductuales que se vinculan entre sí y que nos brindan o generan elementos o herramientas para el afrontamiento adecuado de dicho proceso. Durante la investigación realizada se observó que una persona de 78 años necesita contar con el acompañamiento adecuado para comprender y afrontar el proceso de duelo y la muerte.

Durante una etapa de duelo el ser humano experimenta diversos estados emocionales que de encausarse de manera correcta coadyuvan al buen afrontamiento y aceptación de la pérdida, sin embargo durante la etapa de la ancianidad estos estados emocionales podrían agudizarse debido a factores como la falta de relaciones estrechas con sus familiares, cambios biológicos y cognitivos, etc.; es por ello que las personas en esta etapa podría sentirse constantemente cansados y debido a la pérdida de sus seres queridos posiblemente se incrementen sus problemas de salud por lo que también podrían manifestar una baja autoestima, mayor dependencia y disminución de la movilidad.

Los modelos psicoterapéuticos de la Escuela Humanista pueden presentarse como una forma de acompañamiento durante el proceso de duelo y por problema de la fase de la vida. En el caso de la Logoterapia brinda herramientas para encontrar dentro de la etapa que se atraviesa un nuevo

sentido o propósito de vida, y por otro lado la terapia Gestáltica coadyuva al cierre de ciclos y a la búsqueda de la autorrealización y a la toma de decisiones acertadas.

Una persona de setenta y ocho años o que se encuentre en la etapa de la ancianidad y que atraviesa por algún tipo de duelo, si encuentra un nuevo propósito de vida y logra la autorrealización y trascendencia aunque sea por un corto período de tiempo, logrará permanecer con un mejor estado de ánimo y tener una mejor calidad de vida.

Recomendaciones

Todo profesional de la salud mental deberá conocer las etapas de desarrollo y por las que atraviesa el ser humano y sus conflictos, pues esto permitirá saber con certeza por cuál de éstas se encuentra el paciente y coadyuvará a realizar un mejor abordaje dirigido a la resolución de dichos conflictos.

Se recomienda que todo profesional de la salud mental pueda tener algún conocimiento de “Tanatología”, ya que esta disciplina se relaciona con la muerte y el duelo, aplicable también a cualquier tipo de pérdida por la cual pueda atravesar el paciente y de este modo brindarle el acompañamiento adecuado.

Conocer sobre la inteligencia emocional es recomendable para dar el apoyo y dirección adecuada en la identificación de emociones del paciente y así mismo brindar las herramientas adecuadas para la correcta canalización de cada una de ellas a fin de que éstas sean bien utilizadas durante cada una de las etapas de los conflictos como el duelo o dependiendo la fase vital por la que se atraviese.

El profesional de la salud mental deberá realizar un trabajo exhaustivo de recolección de datos y aplicar las pruebas necesarias para poder llegar a un diagnóstico lo más asertivo posible y de esta manera sugerir los modelos psicoterapéuticos que se adecúen a la resolución de los conflictos de cada paciente, por lo que también el psicoterapeuta deberá tener conocimiento de cada modelo para su correcta utilización.

Se recomienda utilizar técnicas que coadyuven a que el paciente que se encuentra en la etapa de la ancianidad pueda encontrar un nuevo propósito de vida y de este modo pueda obtener sentimientos de autorrealización y trascendencia aunque sea por un corto período de tiempo pero que le brindará también tiempo vital de calidad.

Referencias

- Tizón, J. (2004) *Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, Investigación y Asistencia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Salomón, A. (2014). *Diálogo Socrático en Logoterapia*. Perú: Editorial Unifé
- Lukas, E. (2003). *En la tristeza pervive el amor*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Diego, N. (2014). *El Duelo: Diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado*. (Grado en Enfermería). Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”. Santander Cantabria, España
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido*. (20ª Edición). España: Ed. Herder
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Lacub, R. & Sabatini B. (2002). Modulo 3: *Psicología de la mediana edad y vejez. (Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional)*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Dulcey Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y Vejez: Categorías Conceptuales*. Bogotá, Colombia: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano
- Molla, M. (2002. Octubre). *La Logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: Una visión existencial*. Recuperado de https://egocreatnetperu.com/paper_logo.pdf

Del Pino, A. (2012). *Tratamientos Psicológicos: Una Perspectiva Conductual. (Especialización en tratamientos psicológicos)*. Universidad de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.

Beauvoir, S. (1970) *La Vejez*. Barcelona: Editorial EDHASA

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V. (5ª edición)*. Estados Unidos: Editorial Medica Panamericana.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Estudiante: Celsa Elizabeth Mejía Muñoz

Estudio de Caso: Duelo no complicado por fallecimiento del cónyuge y problemas de la fase de la vida de un anciano de 78 años, atendido en el Hogar San José de los Desamparados, utilizando métodos terapéuticos Humanistas.

PROBLEMA TICA	VARIABLE DE ESTUDIO	SUB-TEMAS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
Fallecimiento del cónyuge	Duelo no complicado y problema de fase de la vida	Etapas de duelo	¿Cómo los modelos humanistas logoterapéutico y gestáltico pueden coadyuvar a la superación de un duelo y brindar herramientas para establecer un nuevo propósito de vida en la etapa de la ancianidad?	Identificar la etapa de duelo actual para proveer las herramientas de afrontamiento adecuadas, y por otro lado determinar la cognición en cuanto al sentido de la vida en el presente.	Describir la etapa vital de la ancianidad, sus características y afrontamiento
Estado de ánimo ambivalente		Sentimientos de soledad y abandono			Explicar en qué consiste cada una de las etapas de duelo
Sentimientos de culpabilidad		Etapa vital de la ancianidad			Identificar los estados emocionales por los que atraviesa una persona durante el duelo y la fase de vida de la ancianidad

Perdida del propósito de vida debido a conflictos de la fase de la vida		Método Logoterapéutico y método Gestáltico			Describir los modelos terapéuticos humanistas de logoterapia y Gestalt y cómo estos se aplican en caso de duelo y en la pérdida del sentido de la vida
		Autorrealización y trascendencia en la fase de vida actual			Definir el concepto de autorrealización y trascendencia

Anexo 2

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL

PRACTICA III Y IV

El presente documento explica todos los aspectos relacionados a su participación en las sesiones de consejería y/o terapia psicológica en el centro de asistencia social de Universidad Panamericana. Por favor léalo atentamente y consulte con el consejero/terapeuta todas las dudas que surjan.

1. Estudiante /Practicante

La práctica supervisada será conducida por: _____

con número de Documento Personal de Identificación _____ extendido por

el Registro Nacional de las Personas de Guatemala; quien es estudiante del _____

año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana. Los

objetivos de esta práctica son: cumplir el requisito universitario estipulado en el proyecto de carrera y

prestar un servicio profesional en el área de la Consejería /Terapia psicológica al usuario del Centro de

Asistencia Social de Universidad Panamericana.

El estudiante será acompañado y supervisado por el profesional

docente encargado del curso de Practica _____

2. Información de las sesiones de Consejería y/o Terapia

El usuario de la asistencia psicológica del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana es participante del proceso de práctica en consejería familiar y de pareja y/o práctica profesional dirigida de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Su participación es voluntaria y se le solicitan sesiones semanales que quedarán registradas de forma escrita, con el objeto de que el practicante pueda analizar, dar seguimiento y realizar un informe final de carácter clínico sobre su caso. Las sesiones que se realicen están siendo monitoreadas por un equipo de profesionales en la más estricta confidencialidad para asegurar la eficiencia y excelencia en la atención psicológica que ofrecemos.

3. Confidencialidad

Los datos personales que se obtengan a través de los documentos y registros de cada sesión serán utilizados únicamente con fines de formación académica y solamente por los practicantes y el equipo de profesionales que desempeñan su labor en este centro de asistencia.

Ninguna persona ajena tendrá acceso a su información personal, ni de su avance en las sesiones terapéuticas a menos que usted lo solicite por escrito a la Coordinación del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

Garantizamos la plena confidencialidad de sus datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el manejo de la información y material obtenido en sus sesiones de consejería y/o terapia.

4. Revocación del Consentimiento

En el caso de que usted desista participar del proceso de consejería o terapia psicológica rogamos lo comunique a su consejero/terapeuta, lo más pronto posible. Así mismo, si se ausenta a dos sesiones programadas sin aviso previo o causa justificada, el caso se dará por concluido, hasta nueva orden dictada por la Coordinación del Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana.

5. Declaración de Consentimiento (usuario adulto)

Yo, _____
he leído el documento de consentimiento informado que se me entregó el día _____ en el mes de _____ del año _____. He comprendido las explicaciones en el entregadas acerca de las sesiones de consejería y/o terapia psicológica facilitados por los practicantes de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Facultad de Ciencias Psicológicas de Universidad Panamericana. He sido informado de la confidencialidad de mis datos por lo que tome la decisión de participar. También comprendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presento comprometiéndome a informar a mi consejero/terapeuta.

Tomando todo esto en consideración y en tales condiciones CONSIENTO mi participación en las sesiones de consejería/terapia, así como la utilización de los datos e información vertida en cada sesión.

Firma _____

Número de DPI: _____

6. Consentimiento Informado (usuario menor de edad)

Yo, _____
he leído el documento de consentimiento informado que se me entregó el día _____ en el
mes de _____ del año _____. He comprendido las
explicaciones en él entregadas acerca de las sesiones de consejería y/o terapia psicológica
facilitados por los practicantes de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la
Facultad de Ciencias Psicológicas de Universidad Panamericana. He sido informado de la
confidencialidad de los datos por lo que AUTORIZO LA PARTICIPACIÓN de:

menor de edad a mi cargo, y responsabilidad en mi calidad de _____.
También comprendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presento
comprometiéndome a informar al consejero/terapeuta.

Tomando todo esto en consideración y en tales condiciones CONSIENTO la participación en las
sesiones de consejería/terapia, así como la utilización de los datos e información vertida en cada
sesión.

EXIMO DE FORMA EXPRESA de toda responsabilidad a Universidad Panamericana, así como al
estudiante universitario que realiza la práctica supervisada.

Firma _____

Número de DPI: _____

Anexo 3
Entrevista Clínica para Adultos



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ENTREVISTA ADULTOS
Práctica IV

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Referido por: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlo aquí)

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta: _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Actitud de los familiares en relación con su problema: _____

Consulta y tratamientos previos: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.): _____

Relación con las personas que convive: _____

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia:

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación? _____

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar):

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad):

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares): _____

Relaciones con compañeros y superiores:

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes):

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual):

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):

OBSERVACIONES:

Espacio para la realización de genograma

Anexo 4



Protocolo Test de la Familia UNIVERSIDAD PANAMERICANA Protocolo de Calificación/Test de la familia FI, FR & F-F-D Práctica IV

Nombre:
F. aplicación:

Sexo:
Edad cronológica:

PLANO GRÁFICO

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

PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES
			Integración pobre de las partes. 7 â varones / 6 â niñas. Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales.
			Grosera asimetría de las extremidades: Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica.
			Inclinación de la figura en 15° o más: Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general; sistema nervioso inestable o una personalidad lábil. Al niño le falta una base firme.
			Transparencias: Impulsividad, inmadures y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras.
TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS			
			Grande: Responden de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente. Inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo (normal en edades tempranas).
			Pequeño: Se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.
VALORIZACIÓN / RELACIONES / JERARQUÍA			
			Dibujado de primero: admira, envidia o teme; se identifica con él.
			Dibujado con más detalles: figura valorizada.
			Dibujado con menos detalles o de último o a una distancia de las otras figuras: figura desvalorizada; ansiedad y problemas emocionales asociados con la figura.
			Miembro ausente: muerte, ausencia física /emocional, desvalorización; niega una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico.
			Personajes nuevos: valorización de éste personaje o personaje que se intromete al núcleo familiar.
			Héroe(s) en el dibujo: identificación con esta figura.
			Tamaño de los padres desproporcionado: sobre valoración (si son más grandes). Desvalorización si son marcadamente más pequeños.
			Distancia física entre los personajes: refleja la distancia emocional existente entre los mismos.
			Planos diferentes: falta de comunicación, al menos que se justifiquen por un número elevado de personajes y/o manejados en forma jerárquica.
			Personajes en contacto: comunicación entre los miembros de la familia.
			Poco o nada de espacio entre los miembros: "enmeshment"; falta de individuación.
			Familia de animalitos: inadecuación con respecto a la familia.
			Compartimentalización (espacios emocionales): desviación del afecto, aislamiento de los miembros, falta de comunicación, baja emocionalidad.
			Encapsulación ("jaula"): personaje encapsulado se protege del ambiente. Protege a los demás del personaje encapsulado. (Depende del contexto).
			Dobleces: ver "compartimentalización".
			Marginación: no involucrarse con nadie, inadecuación, inseguridad, falta de comunicación.
			Tamaño de los niños igual al tamaño de los padres: falta de jerarquía familiar.
			Figuras de palitos: evasión, resistencia (de 6 - 7 años en adelante).
			Monstruos o figuras grotescas: sentimientos de intensa inadecuación y un pobre concepto de sí

			mismo; tiende a percibirse distinto a los demás. Importante determinar el contenido y simbolismo de la figura. Hay que tomar en cuenta las experiencias recientes (T. V., muerte en la familia, accidente de tránsito, etc.)
			Figuras rotadas o por la espalda: inadecuación, sentimientos de inferioridad.
			Payasos o vagabundos: considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados.
FI	FR	KFD	CABEZA / CARA / CUELLO
			Cabeza pequeña: niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual.
			Cabeza grande: preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.
			Pelo enfatizado: preocupación por rendimiento académico intelectual.
			Orejas demasiado grandes: posible abuso verbal, preocupados por lo que hablan los demás.
			Omisión de rasgos faciales: desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales.
			Omisión de los rasgos faciales y dibujo pequeño: perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.
			Sombreado de cara: (muy inusual). Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niño manifiestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentra sombreada existe mayor patología.
			Omisión de ojos: aislados socialmente, niegan problemas, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantasía.
			Omisión de orejas: no querer oír cosas del exterior.
			Ojos bizcos: niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Parece indicar que para el niño las cosas están fuera de foco; no ve el mundo de la misma manera que los demás.
			Omisión de nariz: pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas psicósomáticos. Con fuertes sentimientos de inmovilidad.
			Omisión de boca: refleja sentimientos de angustia, inseguridad y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente, pues el niño simbólicamente no quiere recibir nada de los demás; rechazo a comunicarse. Sugiere asma. Incapacidad o rechazo a comunicarse con los demás. Alta incidencia de miedo, angustia generalizada, perfeccionismo y depresión.
			Boca grande: necesidades orales. Posible abuso verbal: "cryforhelp".
			Dientes: niños muy agresivos, es necesario sumarle otros ítems emocionales.
			Omisión de cuello: 10 años varones / 9 años niñas. Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
			Sombreado de cuello: 8 años varones / 7 años niñas Esfuerzo por controlar impulsos. Algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación mientras que otros niños vacilan entre impulsividad el hipercontrol yendo de un extremo a otro.
FI	FR	KFD	TRONCO / VESTUARIO
			Omisión de cuerpo: Serio signo de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo; disfunción cerebral o una aguda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por miedo a la castración o posible abuso sexual.
			Sombreado de cuerpo: 8 años varones / 9 años niñas Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicósomáticos.
			Transparencias: ansiedad con respecto al área dibujada con transparencia (en caso de enfermedad por ejemplo) o posible daño neurológico.
			Senos, ombligo, órganos genitales: signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos. Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual.
			Flores dibujadas en la falda: feminidad pero con cierta ansiedad hacia desarrollo sexual.

			Traje de disfraz: necesario ver de qué es el disfraz y tomar en cuenta el contexto.
			Parches: ansiedad con la parte del cuerpo en que se encuentra el parche.
FI	FR	KFD	BRAZOS Y MANOS
			Omisión de brazos: Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptadas que implican las manos los brazos, por ejemplo robar.
			Sombreado de brazos: 8ª. Varones / 9ª. Niñas. Se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos. Robo o masturbación.
			Brazos cortos: Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Tendencia hacia retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos.
			Brazos largos: Agresión dirigido hacia fuera. También indica que el niño logra hacer conexión con lo q lo rodea. Expansividad.
			Brazos pegados al cuerpo: Control interno rígido y dificultad par relacionarse con los demás.
			Sombreado de manos: 8ª. Varones/ 7ª. Niñas Angustia por actividad real o fantaseada con las manos.
			Manos grandes: Conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos (robo)
			Manos seccionadas: (brazos sin manos ni dedos), dificultad en el contacto con los demás. Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de castración.
			Manos escondidas: culpa de agresión física o conductas masturbatorias.
			Dedos como garras o uñas marcadas: agresividad.
FI	FR	KFD	PIERNAS Y PIES
			Omisión de piernas: Refleja intensa angustia e inseguridad, aunque sería importante observar la manera en que se omiten las piernas. Se observa que los niños se refugian en la fantasía.
			Piernas juntas: Tensión, rigidez, dificultad en el control de los impulsos. Temor a sufrir ataque sexual (solo si existen indicadores de apoyo)
			Omisión de pies: 9ª. Varones/ 7ª. Niñas. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.
FI	FR	KFD	ASPECTOS AMBIENTALES
			Líneas sobre las figuras: presión del ambiente, preocupación, inseguridad.
			Sol: luz, calor, presencia paternal.
			Nubes tapando el solo en medio del sol: sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre: cariño y presión.
			Nubes, lluvia o nieve: Niños ansiosos que se sienten presionados por su ambiente, por sus padres. Impl agresivo dirigido hacia sí mismo. Trastornos psicósomáticos.
			Sol entre montañas u ocultándose: presencia paternal y presión.
			Lluvia: sentimientos depresivos.
			Estrellas: privación emocional o física.
			Línea base: dependencia, inseguridad. Cuanto más gruesa, mayor es la inestabilidad y la inseguridad.
			Caminito: separación: separa lo que está en ambos lados del camino.
			Flores: amor, belleza, crecimiento.
FI	FR	KFD	ANIMALES
			Inclusión de animales salvajes: Necesidades orales-agresivas
			Inclusión de animales domésticos: Necesidades orales-pasivas.
			Mariposas: amor romántico y platónico; sentido estético (belleza).
			Gatos (en mujeres): conflictos de identificación con la madre.

			Gatos peludos con garras y colmillos: agresividad, conflicto de ambivalencia en el afecto.
FI	FR	KFD	OTROS SÍMBOLOS
			Agua: depresión, sentimientos depresivos relativos a la persona que está en el agua.
			Bayas: agresividad.
			Bicicleta y motos: masculinidad (poder).
			Cama: depresión.
			Corazón: amor.
			Cortadora de grama o instrumentos punzo-cortantes: agresividad o temor a ella.
			Cuerda de saltar: ver “encapsulación”.
			Cunas: síndrome de recién nacido.
			Escaleras: tensión, pobre equilibrio.
			Escoba: vinculada con madre obsesiva compulsiva o la madre “bruja”.
			Fuego: ambivalencia (amor / odio).
			Globos y barriletes: necesidad o deseo de libertad, independencia.
			Gradas en una casa: estatus, ascender, solidez y estabilidad.
			Lámparas: ternura y amor.
			Pelota: pode, agresividad.
			Piedras: obstáculos o línea base.
			Refrigeradora: privación oral.
			Tambores: desplazamiento de la cólera.
			Tren: poder.
			“X”: zonas de prohibición.

Anexo 5

Protocolo Test de la Figura Humana



Protocolo de Calificación/Test de la figura Humana Práctica IV

Nombre:
F. aplicación:

Sexo:
Edad cronológica:

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
Trazo 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
Trazo enérgico y decidido	Perseverancia Seguridad
Línea desvaeciente	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
Trazo circular		Dependientes Emotivos
Trazos largos		Conducta o comportamiento controlado
Línea gruesa en el contorno del cuerpo		Una barrera entre la persona y el ambiente. Se encuentra en personas que sufren de despersonalización y en alcohólicos paranoides.
Contorno de la figura claro y definido o la línea con demarcación reforzada		Necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas.
Trazo que va hacia el centro de la figura		Tendencia a la introversión.
Trazo que va hacia fuera de la figura		Tendencia a la extroversión.
Línea que fluye libremente, decidida y con buen control		Normal.

MARGEN		
Dibujarse cerca del margen		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 cautelada 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.

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

NARIZ		
Muy larga.		Inadecuación sexual.
Tratamiento especial (agrandar reducir, borrar, sombrear, omitir).		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		
Gruesos en figura masculina.		Signo de afeminamiento. Aparece frecuentemente con rasgos que muestran tendencias narcisistas.
Semejante al falo.		Personas que han experimentado actos sexuales con la boca.
Arcos cupidos.		Observados en muchachas precoces sexualmente.
Colocación de palillo, cigarro, o pipa		Tratamiento erótico – oral.

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

CUELLO		
Destacado		Perturbado por falta de coordinación entre el impuso y sus funciones de control mental.
Alto y delgado		Sujeto excesivamente moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos.
Corto		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 consumido.		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.		Rebeldía 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 pie 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 pie.		Depresión. / Desilusión. / Físicamente imposibilitado.
Dando paso.		Acto de afirmación.
Pies en forma de falo.		Insuficiencia sexual y preocupación en relación a ella.
Firmente 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 somborean 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.



Anexo 6

Protocolo Test del Árbol

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Protocolo de Calificación/Test del árbol
Práctica IV

Nombre:
 F. aplicación:

Sexo:
 Edad cronológica:

Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
Espacio		
Zona superior A	Alto	Se relaciona con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra individual).
Zona media I-C-D	Del corazón, de los afectos, de lo consciente individual, de la sensibilidad. En nuestro sistema occidental escribimos de izquierda a derecha, por lo que:	I-C: representa el pasado, el YO, que se encamina hacia lo que fue.
		C-D: el futuro, el tú, el mundo exterior.
		I-D: línea del YO hacia el tú, del egoísmo-altruismo, del pasado hacia el futuro, de lo materno-familiar hacia lo paterno-independiente.
Zona inferior B	De lo material.	Instintivo, en el cuerpo, los órganos y miembros inferiores, el infierno, infraconsciente, línea de tránsito de lo consciente a lo inconsciente.
Trazo		
Débil	Con escasa presión. El dibujante apenas osa afirmarse sobre la realidad objetiva que es el papel.	Siente delicadeza o debilidad de energía, Impresionabilidad al contacto con la realidad.
Fuerte	El lápiz es apoyado o fuerte violentamente sobre el papel.	Denota energía, mando o brutalidad.
Rápida	Continuado y hecho en un solo gesto, para continuar con rapidez.	Impaciencia.
Lento	Calmo, vigoroso.	Indica calma, flema, inseguridad.
Poroso	Aparentemente continuo, pero en realidad hecho con pequeños trazos, unos sobre otros, que se unen entre sí. (Fig. 2d)	Inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, incertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad.
Entrecortado	Dejando espacios (Fig. 3e)	Sensibilidad explosiva, humor variable.

	Recto	(Fig. 2c, d) (Fig. 3c, d)	Predominio de la razón, frialdad, por menos exterior, claridad.
	Curvo	(Fig. 2b) (Fig. 3b)	Imaginación, dulzura.
	Anguloso		Preocupación de ser claro, señal de resistencia.
	Anguloso activa	Con presión fuerte.	Indica espíritu de lucha, actividad, tenacidad, claridad.
	Anguloso pasiva	Con presión débil o trazo poroso.	Señala terquedad, obstinación o impertinencia, imposición caprichosa, susceptibilidad.

Tamaño (valor del YO)			
	Dibujo pequeño	Pequeño	Sentimiento de inferioridad o modestia.
	Dibujo grande	Grande	Orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad.
El suelo			
	Árbol sin suelo	(Fig. 8)	Significa estar desarraigado, fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad.
	Suelo en forma de colina	Se evidencia y se ve mejor lo que está arriba de una colina. (Fig. 5)	La colina aparta, hace dominar la planicie, permite ver a quien llega, tranquiliza la desconfianza. Egocentrismo.
	Suelo circunscrito	(Fig. 7) (Fig. 15) (Fig. 21)	Otra forma de egocentrismo menos ostensible. Desconfianza, separación, retraimiento. Fue encontrada esta forma en adolescentes con tendencia a la mentira.
	Horizonte lejano	Normalmente el suelo está en la base del árbol. Cuando la línea del horizonte está sobre ella (sobre la cual está la realidad exterior). (Fig. 10)	El sujeto se alerta de la realidad, hay pasividad. D'Alfonso considera esta señal como predominio de las fuerzas vegetativas, inconscientes: instintividad. La zona inferior invade las zonas superiores.
	Suelo ascendente	Subir es penoso y crea distancia. (Fig. 11)	Reserva, distancia, difícil adaptación.
	Suelo descendente	Dificultad de mantenerse en línea recta.	Voluntad débil, falta firmeza.
	Suelo al margen		Infantilidad, inmadurez.
Las raíces			
	Las raíces	En general, quedan debajo de la tierra y no se ven, si se dibujan es acentuar fijación al suelo. Cuanto más fuertes y profundas sean las raíces, mayor será la intensidad del rasgo. (Fig. 1)	Pesadumbre, inhibición, inmovilidad, instintividad. Tradicionalismo.
El tronco			
	Base ancha	Mayor fijación de la tierra.	Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aún

		(Fig. 5) (Fig. 6)	hasta física (obesidad).
Delgado		(Fig. 9) (Fig. 17)	Sentido de debilidad o delicadeza, tiene analogía con los trazos finos en la escritura.
Grueso		(Fig. 6)	Fuerza (autoafirmación) natural o por compensación del sentido de impotencia, tendencia a la brutalidad, violencia, primitivismo.
En una sola pieza		Desde lo alto a lo bajo (Fig. 7)	Primitivismo, indiferenciación, falta de fineza, de tacto, eventualmente, falta de inteligencia, tipo más práctico que teórico, frecuente necesidad de compensar la inseguridad interior.

Formado por líneas rectas		Cuando está bien desarrollado.	Corrección, claridad, capacidad de abstracción. Rigidez, artificialismo.
De líneas onduladas <small>(se toma en cuenta la combinación de la curva y de la recta, según las zonas derecha e izquierda)</small>		Si las dos líneas del tronco se presentan así, esas cualidades son interiores y hasta pueden manifestarse exteriormente.	Sociabilidad, dulzura, contacto fuerte.
		Si la línea izquierda es ondulada y la de la derecha es recta.	Representa sensibilidad interior, cubierta por rigidez y frialdad exterior.
		Línea derecha ondulada y la izquierda recta.	Representa rigidez y frialdad interiores, cubierta por aparente sociabilidad.

El tronco con irregularidades

Del lado izquierdo			Traumáticas íntimas, vulnerabilidad interior, inhibición.
Del lado derecho			Dificultad de contacto, de adaptación, conflictos con el ambiente.
Sombreado del lado derecho			Facilidad de contacto, mayor sociabilidad.
Sombreado del lado izquierdo		(Fig. 8)	Subjetividad, ensoñación, introversión.

Manchas varias

(a veces simple adorno, se debe de tener en cuenta el tipo de trazo)

Anguloso		(Fig. 11) (Fig. 13) (Fig. 18)	Dificultad en el contacto (corteza ruda).
Predominando la curva		(Fig. 13) (Fig. 17)	Facilidad de contacto con el ambiente.
Solo trazo		(Fig. 9)	Señal de primitivismo, inhabilidad general y debilidad propia de la edad.

Dilatación o reducción de diámetro

Dilatación o reducción de diámetro		(Fig. 13)	En ambos casos significa: inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones. A veces ese estancamiento puede tener expresión física, por ejemplo estreñimiento.
------------------------------------	--	-----------	---

Cercos alrededor del tronco

Cercos alrededor del tronco		(Fig. 15)	Protección, apoyo, falta de confianza en sí, desconfianza en los demás, temor.
-----------------------------	--	-----------	--

Ramas en el tronco debajo de la copa

Ramas en el tronco		Es algo ajeno, fuera de	Denota infantilidad, incongruencia.
--------------------	--	-------------------------	-------------------------------------

	debajo de la copa	lugar.	
		Si la rama se presenta cortada:	Acentuación de esa tendencia eventualmente obstinación infantil.
Tronco abierto			
	Tronco abierto	(Fig. 4) (Fig. 10)	Explosividad, impulsividad, impresionabilidad. Carga y descargas instantáneas.

Copa			
	Pequeña	Hasta 9 o 10 años es normal. Sobre esa edad es: (Fig. 14)	Infantilidad, inmadurez, regresión, neurótica.

	Grande	"Balón ". (Fig. 5)	Fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición.
	Yuxtapuesta al tronco sin continuidad	Falta de desarrollo normal del tronco hasta la copa, hay una interrupción, un corte, entre tronco y copa. Las energías no fluyen normalmente del tronco hacia las ramas. (Fig. 6)	Discordancia entre capacidad y acción, entre querer y hacer. Esquematismo, ilogicidad, visión corta e infantil, inadaptabilidad. Esto es normal en niños pequeños, después de los 7 años puede revelar retraso mental o neurosis infantil.
	De líneas curvas	(Fig. 18)	Dulzura, imaginación, compensación afectiva.
	En espiral		Elasticidad en la comunicación y adaptación, movilidad, demasiada conversación, buen gusto, delicadeza
	En arcadas	(Fig. 12) (Fig. 18)	Sentido de la forma, presentación.
	Dividida en trozos	Las ramas envuelven para evitar el choque. (Fig. 12) (Fig. 13)	Ocultamiento de los propósitos, protección de sí mismo. Diferenciación, riqueza interior.
	En forma de rayos o varas	Es la forma opuesta a la anterior, las ramas se extienden, rígidas, en todas direcciones. (Fig. 15) (Fig. 6) (Fig. 16)	Agresión, atrevimiento, exigencia, terquedad, multiplicación de intereses, superficialidad, distracción.
	Hecha con línea en serrucho (dientes)	La mayor acentuación del ángulo dará el significado respectivo (Fig. 19)	Nerviosismo, irritabilidad.
	Por un conjunto más o menos discordante de líneas	(Fig. 19)	Actividad, agitación, ansia de vivir, capricho, espontaneidad, inconsecuencia, improvisación, ambivalencia, confusión, irrealidad.
	Sombreada	(Fig. 8)	Impresionabilidad, indeterminación, irresolución, confusión, irrealidad.
	Ramas abiertas	(Fig. 13) (Fig. 15)	Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación, a la iniciativa.
	Ramas en punta	(Fig. 9) (Fig. 13) (Fig. 15)	Crítica, agresividad.
	Ramificación	(Fig. 9)	Sensitividad, alta sensibilidad, impertinencia,

	delgada		susceptibilidad.
	Ramas en líneas simples	(Fig. 9)	Normas en la infancia, después, por menos, una débil falta de madurez intelectual o afectiva.
	Ramas en estratos	(Fig. 16) (Fig. 12)	Domesticación, corrección forzada, tendencia a la sistematización y a la técnica, rigidez.
	Ramas cortadas	(Fig. 11)	Desarrollo detenido, impedido: inhibición, sentimiento de inferioridad; terquedad, resistencia, timidez.
	Copa aplastada		Estar debajo de un peso, depresión, sumisión, resignación. Inhibición, falta de desarrollo.
	Copa centrípeta	(Fig. 18)	Auto-centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente: armonía, plenitud interior y firmeza.
	Copa pendiente a los costados del tronco	(Fig. 8) (Fig. 9)	Cansancio, depresión, falta de energía, pasividad, indecisión.
	Ramas recubiertas como por una membrana	(Fig. 8) (Fig. 19)	Ocultamiento, impenetrabilidad, falsedad, indefinición.
	Formas contradictorias	(Fig. 11) (Fig. 13)	Contradicción, inconsecuencia, inadaptación, terquedad, desorientación.
	Ramas interrumpidas	Principalmente en líneas curvas. (Fig. 17)	Consideración, delicadeza, conceder favores a otros.
	Ramas que se engrosan hacia la punta	(Fig. 13)	Indican debilidad, contradicción, violencia, primitivismo.
	Formas muy curvas	(Fig. 17) (Fig. 18) (Fig. 14)	Reserva, artificialismo, domesticación, inhibición de afectos, obsesión neurótica.
Copa en conjunto			
	En equilibrio	(Fig. 8) (Fig. 18)	Significa calma interior, reposo, equilibrio, artificialidad.
	Lado derecho más desarrollado	(Fig. 4) (Fig. 5) (Fig. 13) (Fig. 15)	Significa iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación.
	Lado izquierdo más desarrollado		Significa introversión, recogimiento, meditación y resolución.
Hojas, frutas y flores			
	Hoja en la copa o en las ramas	(Fig. 7) (Fig. 15)	Vivacidad, exterioridad, ingenuidad.
	Hojas que caen		Sensibilidad, distracción, olvido, donación.
	Flores		Autocontemplación, ensoñación, gusto por lo efímero y accesorios.
	Frutos		Utilidad, rendimiento. En la infancia y adolescencia, interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad.
	Frutos que caen		Sacrificio, renuncia y cesión.
Accesorios			
	Accesorios	Los nidos, aves, adornos, casa, etc. (Fig. 13)	Mundo infantil, humorismo, broma, mordacidad.

Forma en tercera dimensión		
Forma en tercera dimensión	Ramas, nudos en tercera dimensión, perspectiva. (Fig. 13)	Originalidad, capacidad productiva, atrevimiento, ambición.
Árbol partido		
Árbol partido	(Fig. 20)	Vida partida, arruinada, falta de ánimo, depresión.
Árbol caído		
Árbol caído		Vida derrumbada
Predominio del color negro		
Predominio del color negro		Significa síntomas de angustia, eventualmente pérdida de la realidad. Frecuentemente en ciertos estados psicóticos y neuróticos.