

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



**Las habilidades sociales en niños institucionalizados, que
facilitan su integración a la sociedad.**

Práctica realizada en el Hogar Miguel Magone

(Práctica Profesional Dirigida)

Sharon Claudette Flores Arana

Guatemala, febrero 2013

**Las habilidades sociales en niños institucionalizados, que
facilitan su integración a la sociedad.**

Práctica realizada en el Hogar Miguel Magone

(Práctica Profesional Dirigida)

Sharon Claudette Flores Arana (Estudiante)

M.Sc. Cristina Rodas (Catedrática)

Guatemala, febrero 2013

AUTORIDADES DE UNIVERSIDAD PANAMERICANA

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica y Secretaria General

M.A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

AUTORIDADES DE FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz
Decana



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

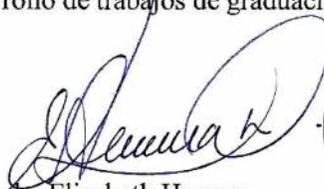
ASUNTO: Flores Arana, Sharon Claudette
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

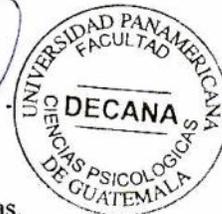
Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: Las habilidades sociales en niños institucionalizados, que facilitan su integración a la sociedad, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licencia Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.


Licda. Elizabeth Herrera

Decano Facultad Ciencias Psicológicas.





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquire sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Las habilidades sociales en niños institucionalizados, que facilitan su integración a la sociedad, Práctica realizada en el Hogar Miguel Magone, presentado por la estudiante: Flores Arana Sharon Claudette, quien se identifica con número de carné 0805100 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Las habilidades sociales en niños institucionalizados, que facilitan su integración a la sociedad, Práctica realizada en el Hogar Miguel Magone, presentado por la estudiante: Flores Arana Sharon Claudette, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor de Estilo



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: Las habilidades sociales en niños institucionalizados, que facilitan su integración a la sociedad, Práctica realizada en el Hogar Miguel Magone, presentado por la estudiante: Flores Arana Sharon Claudette,, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Dedicatoria

A Dios porque de Él emana la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza; me acompañó en cada instante de este proceso, tomándome de su mano y mostrándome con su amor el camino.

A mi esposo: por su amor incondicional y su apoyo durante este importante proceso en nuestra vida. Que este logro sea un estímulo, para todas las metas que aún nos faltan por alcanzar juntos.

A mis padres: porque con su ejemplo comprobé que todo tiene una recompensa y que con honradez y perseverancia podemos alcanzar lo que deseamos y todo aquello por lo que nos esforcemos viene como una cosecha por parte de Dios.

A mis hermanos: como una muestra de mi cariño y amor, por ser un ejemplo para mí para seguir adelante.

A mis sobrinos: lo que hoy estoy cosechando sea para ellos un ejemplo.

A Universidad Panamericana: casa de estudios que abrió sus puertas para que yo encontrara el camino profesional donde pude obtener más que un logro personal.

Al Director de Upana El Naranjo, Lic. Mario Salazar: por su cariño, paciencia y motivación. Su entrega nos encaminó de tal forma como un padre lo hace con su hijo.

A mis catedráticos: por haber compartido su experiencia, por llevarnos en el sendero del conocimiento y del crecimiento como profesionales comprometidos para un mejor país.

A mis compañeras y amigas de la universidad, todas guardan un lugar especial en mi vida. Principalmente Ruth, Eli y Verónica, mis bendiciones y agradecimiento por su cariño y amistad.

A todas las personas que fueron parte importante de este proyecto de vida: centros de práctica, personal administrativo de Upana - El Naranjo, pacientes y amigos.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Objetivos	2
Capítulo 2	3
Referente Teórico	3
2.1 Antecedentes Empíricos y Teóricos	3
2.2 El Institucionalismo	3
2.3 Relación Marco - Problema	5
2.4 Estudios Directos	7
2.5 Habilidades Sociales	9
Capítulo 3	13
Referente Metodológico	13
3.1 Lugar de Práctica	13
3.2 Descripción de la Población	14
3.3 Sujeto	14
3.4 Instrumentos Psicodiagnósticos	14
3.5 Organigrama de la Institución	17

Capítulo 4	18
Presentación de Resultados	18
4.1 Sujeto de Estudio	23
4.2 Discusión de Caso	26
Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Referencias	31
Anexos	34

Resumen

En el presente trabajo de investigación, se presenta un estudio de caso en el que se intenta describir las habilidades sociales que facilitan la integración a la sociedad, en los niños institucionalizados, del Hogar Miguel Magone, durante la práctica dirigida del año 2012.

Para ello se toma uno de los casos atendidos de forma individual. El caso de A.L. de 06 años, a quien se le realizó el proceso psicoterapéutico, que consta de: entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y pruebas psicológicas. Dentro de las pruebas realizadas se encuentran, pruebas cualitativas: Figura Humana, de Karen Machover; Test del Árbol, de Karl Koch; Test de la Familia, de Louis Corman; Test de Persona Bajo la Lluvia, de Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz.

El paciente presentó características de Trastorno Disocial, tipo de inicio infantil, gravedad moderado.

Introducción

En la presente investigación de tipo cualitativa, se pretende describir, las habilidades sociales que facilitan a los menores institucionalizados atendidos en el Hogar Miguel Magone, durante la práctica profesional dirigida de 2012, su integración a la sociedad. Para esto resultó esencial identificar las habilidades sociales más relevantes.

La institucionalización de menores, ha cobrado vital importancia en nuestro país, principalmente por el incremento a nivel nacional en el número de casos de menores abandonados o que están siendo víctimas de violencia intrafamiliar.

Los hogares que brindan abrigo a los menores, tienen como objetivo primordial cubrir las necesidades básicas, como lo son: vivienda, alimentación, educación y vestuario. Asimismo, brindan asistencia legal, espiritual y psicológica tanto a los menores como a los padres o tutores de los niños institucionalizados, con miras a integrarlos a sus hogares o a nuevos hogares en el menor tiempo posible, garantizando en los integrantes de la familia, cambios sustanciales para que los menores se desarrollen de forma que puedan integrarse a la sociedad y vivir plenamente.

La exposición de los niños y adolescentes a la institucionalización, ocasiona cambios importantes en su dinámica, por lo que resulta importante destacar las principales habilidades sociales que creará una especie de sistema inmunológico, el cual les permita protegerse de los desequilibrios psicológicos-emocionales y que les permitiría superarlos satisfactoriamente si estos se producen, principalmente al momento de integrarse a la sociedad.

Capítulo 1

Marco de Referencia

Uno de los principales factores de mayor influencia en la autorrealización, autoestima y salud emocional en un individuo, se forja a través de sus primeras relaciones durante la infancia, 0-6 meses. Específicamente, en el primer lazo o unión, que implica el apego materno, debido a que influye directamente en la etapa descrita por Erick –Erickson, conocida como: Confianza Básica vrs. Desconfianza Básica.

Los niños institucionalizados presentan actitudes y comportamientos diferentes a los niños criados en hogares integrales. Los hogares que reciben a los niños procuran cubrir las necesidades inmediatas de los menores: alimentación, vivienda, educación y vestuario. Sin embargo en su mayoría carecen de los recursos suficientes para cubrir todos los aspectos de una forma que permita al niño una vida como la presentan sus iguales en circunstancias de crianza diferentes a las de ellos.

Los niños que reciben cobijo temporal o permanente en las instituciones, regularmente han sido víctimas de maltrato infantil, razón por la cual son remitidos a dichos hogares. Lo que en su corta vida han tenido que experimentar, requiere asistencia integral, principalmente atención psicológica a fin de proveerles de herramientas que les permitan un futuro diferente a la realidad que han tenido que enfrentarse.

Ni padres, ni mentores, ni hogares, ni instituciones judiciales están actualmente preparadas para brindar asistencia psicológica periódica y constante a fin que el menor, no solo cubra sus necesidades básicas, sino que supere el efecto que el maltrato o las circunstancias que ha vivido le han ocasionado. Asimismo para que las familias que los reciben al salir de estos hogares, estén preparados para el suceso.

Por lo anterior surge el siguiente cuestionamiento: ¿Qué habilidades sociales facilitan a los niños institucionalizados, su integración a la sociedad?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

- Identificar las principales habilidades sociales en niños institucionalizados, que pueden facilitar su integración a la sociedad.

1.1.2 Objetivos específicos

- Describir las habilidades sociales que presenta el paciente.
- Describir las habilidades sociales que no presenta el paciente.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Antecedentes Empíricos y Teóricos

Las primeras descripciones que se encuentran en la literatura acerca de las alteraciones de la conducta socioemocional de niños institucionalizados son reseñados por Spitz y Wolf (1946 cit. en Turner, 1986) con el cuadro que denominó "hospitalismo y/o depresión anaclítica".

En esa misma época Marcella Kling (1950 cit. en Hurtado y Risopatrón, 1978) observa resultados similares. Señala que los niños institucionalizados no saben mantener relaciones estables, demuestran una alegría pasiva ante la presencia de otro niño, permanecen insolentes e inertes y presentan una tendencia a precipitarse ávidamente sobre objetos acumulados sin utilizarlos. Se aprecian problemas en el área escolar; los menores presentan mayores conductas disruptivas dentro de la sala de clases, inquietud para seguir instrucciones y dificultad en la relación con los iguales.

No obstante, hay dos características comunes a este tipo de instituciones, independiente del país que se trate: el personal a cargo de los menores es rotativo y el promedio de cuidadores del cual recibe atención un niño durante la infancia, es de cuarenta a cincuenta personas (Tizard y Rees, 1975).

2.2 El Institucionalismo

Como planteaba Bowlby (1969) el institucionalismo, es un retardo del desarrollo de la personalidad total, producido por una frecuencia de estímulos, sobre todo sociales (o sea, las provenientes de otros seres humanos) en el medio ambiente de la institución. La deficiencia de estimulación puede existir en una o más de las siguientes áreas:

- Estímulos Sociales.
- Afecto.
- Seguridad.
- Facilitación y filtraje de estímulos.

La vida afectiva se altera. Se producen alteraciones que se manifiestan en:

- Sentimientos de abandono y soledad: Ambos de gran impacto en la confianza básica y autoimagen del niño. Ejemplo: si me dejan es que no valgo, no merezco el cariño, no me quieren.
- Apatía y Desmotivación: La pérdida de seguridad afectiva, de figuras significativas (madre - padre) deja al niño sin energía y desmotivado. El niño se queda sin ganas de participar en un entorno ajeno, que no responde a sus necesidades individuales.
- Desesperanza: Cuando el niño percibe que nada de lo que haga modifica su situación (llanto, enojo, enfermedad, entre otros), deja de tener esperanza en que él puede controlar algo de lo que sucede y entonces no intenta más. Llega un período en que ya no lucha, tolera todo y no por adaptación sino por resignación.
- Dificultades para manejar emociones: El niño experimenta intensas emociones (especialmente en la primera etapa) Ejemplo: angustia, temor, rabia, entre otros.

Como la institución posee mecanismos de control externo para estas expresiones, el niño no desarrolla su propia capacidad de manejar su vida afectiva (sus emociones y afectos).

En la institución, las emociones se controlan o manejan de acuerdo a las necesidades de la institución, la rabia se aísla, la pena se deja, pero nadie contiene el sentimiento del niño; la rabia no se enseña a expresar, la pena no se consuela.

Baja tolerancia a la frustración: Un niño privado de satisfacer sus necesidades individuales puede desarrollar un estilo de demanda de necesidades siempre urgente, porque no posee experiencias

positivas previas o internas, que le permitan esperar y postergar una necesidad sentida en el momento.

Sin lugar a dudas la necesidad de la figura materna es inmediata, porque la madre constituye para el niño, desde su nacimiento una incesante e indispensable fuente de experiencias psicosensoriales, psicointelectivas y psicoemotivas. Es la presencia materna la que transmite al niño ese sentido de seguridad del cual la vida infantil no puede ser privada sin daño, como planteaba Bowlby (1969) y que la considera tan esencial para la satisfacción de las necesidades infantiles, que prefiere la crianza en un mal ambiente familiar a la de una buena institución.

2.3 Relación Marco – Problema

Otros autores representantes de la teoría psicoanalítica también corroboran la importancia del esencial vínculo primario madre-hijo. (Erikson, 1950, citado en Brazelton y Greenspan 2005) aseveraba que la relación adecuada y empática entre ambos, da lugar en el infante a un sentimiento de confianza básica, que repercute de manera decisiva en la salud psíquica del mismo así como en las relaciones positivas e íntimas que llegase a establecer durante la adultez.

Por otro lado, Freud, 1899, p.181 citado en Postic 2000, a partir del reconocimiento de esta relación primitiva, simbiótica e intensa entre el niño y su madre, desarrolla las concepciones acerca de la manifestación de los denominados: Complejos de Edipo y de Electra (término que introduce Carl G. Jung -1912- para definir el Complejo de Edipo femenino) considerando como preedípico el período caracterizado por el referido vínculo.

Shaffer (2000), refiere, que lo cierto es que una sólida y saludable relación vincular con la madre o cuidador primario genera la probabilidad de establecer relaciones saludables con los otros, en tanto cuando tienen lugar limitaciones en el establecimiento de esta "adhesión emocional" puede existir la tendencia a que el individuo en su desarrollo ulterior manifieste problemas emocionales o conductuales.

2.3.1 Teoría de la frustración y la agresión

Dollar, 1939, p. 330 citado en Cloninger 2003, la institucionalización provoca efectos en los niños tales como:

- Deterioro de la confianza básica: el niño percibe un mundo frustrado y emergente por lo que dificulta la adaptación a este.
- Baja autoimagen: de la autoimagen depende si el niño va a enfrentar el mundo más o menos seguro, con más o menos creatividad.
- Distorsión en las relaciones interpersonales: principalmente se da en ámbitos como el desapego e inestabilidad en los afectos y relaciones indiscriminadas.

Todos los efectos mencionados dan como resultado un sentimiento de frustración lo que Dollard, 1939, p.330 citado en Cloninger 2003, considera causa para la reacción agresiva.

2.3.1.1 Conductas Marginales

La reacción agresiva muestra estos aspectos: Dollard, 1939, citado en Cloninger 2003.

- Dificultades para auto regular la conducta: El niño aprende a depender de la rutina y los controles externos y pierde autonomía ganando dependencia.
- Falta de Iniciativa: El sentimiento de desesperanza y la sensación de no tener mucho control sobre los hechos, más la falta de experiencias variadas, los hace enfrentar las situaciones con limitaciones propias. Se mueven hasta donde les enseñaron, hacen lo permitido, repiten más y prueban menos.
- Conductas de Sobrevivencia: Pelear para conseguir espacio; patear para conseguir atención; movimientos auto-estimulatorios para gratificarse en un medio no gratificante y para evadir la insatisfacción; usan en forma limitada los objetos; los niños restringen y empobrecen su accionar debido a la falta de oportunidades y modelos. Acumulan los objetos, lo cual tiene un trasfondo en la necesidad de contener algo que sea propio y en relación a la necesidad general que se siente.

2.4 Estudios Directos

Bowlby (1969), la observación directa de los efectos contraproducentes que produce en los niños de corta edad la privación absoluta del cuidado materno ha sido llevada a cabo por gran número de pediatras, psicólogos y especialistas en psiquiatría infantil, y ha comprobado que el desarrollo del niño puede ser afectado física, intelectual, emotiva y socialmente por dicha privación. Todos los niños menores de siete años parecen ser vulnerables, y los efectos pueden apreciarse con facilidad, aun dentro de las primeras semanas de vida.

Según Bakwin y Ribble, (1909), citado en Sarmiento (1996), que suministran en su trabajo una valiosa revisión de la literatura pediátrica acerca del tema resume así sus observaciones:

"Los niños de menos de seis meses que han permanecido por algún tiempo en una institución presentan un cuadro perfectamente definido. Los rasgos distintivos más salientes son: falta de atención, enflaquecimiento y palidez, relativa inmovilidad, quietud, falta de expresividad ante estímulos como la sonrisa y el arrullo, inapetencia, insuficiente aumento de peso, aunque se le alimente con dietas que en el hogar se considerarían perfectamente adecuadas, evacuaciones frecuentes, sueño desasosegado, cierta apariencia de infelicidad, propensión a estados febriles transitorios y ausencia del hábito de la succión." Pg. 99

El autor subraya que estos cambios se hacen perceptibles entre la segunda y la cuarta semanas de vida, se tornan absolutamente visibles después de la cuarta y, a veces, días después de que el niño ha sido separado de la madre.

Gesell y Amatruda (1947), citado en Martino (2003), han anotado una disminución del interés y de la reactividad en edad tan tierna como la de ocho a doce semanas. Un estudio muy cuidadoso del balbuceo y del lloro infantil, llevado a cabo por Brodbeck e Irwin, 1946, citado en Bowlby, 1969, comprueba que los niños acogidos en una institución en sus primeros seis meses de vida eran menos expresivos que los que vivían en ambiente familiar y esta diferencia podía discernirse con claridad antes de los dos meses de edad. Como veremos, ese retraso en "comunicarse" es especialmente característico de los niños acogidos en instituciones, cualquiera que sea su edad.

Estas diversas pruebas, procedentes de especialistas prestigiosos, no dejan lugar a dudas acerca del hecho de que el desarrollo del niño acogido en una institución se desvía de la norma desde muy temprana edad, así como del que si se prolonga el régimen de internado, las desviaciones se acentúan cada vez más. Gesell y Amatruda (1947) han establecido en un cuadro el orden de aparición de esas reacciones. (Véase el cuadro I)

Según Gesell y Amatruda (1947), citado en Martino (2003), este es el Orden de Aparición de las reacciones adversas en los niños acogidos en instituciones. (Pg. 226)

Reacciones adversas	Momento de aparición
Disminución del interés y la reactividad	8 a 12 semanas
Reducción en la integración de la conducta global	8 a 12 semanas
Comienzo del retraso, indicado por la falta de correspondencia en la capacidad, estando tendido y sentado	12 a 16 semanas
Excesiva preocupación ante extraños	12 a 16 semanas
Retraso general (quedando relativamente libres las tendencias de la conducta)	24 a 28 semanas
Dulzura en la expresión del rostro	24 a 28 semanas
Empobrecimiento de la capacidad de iniciativa	24 a 28 semanas
Canalización y tendencia a la repetición en las funciones sensorio-motoras	24 a 28 semanas
Ineptitud ante nuevas situaciones sociales	44 a 48 semanas
Resistencia exagerada a enfrentarse con nuevas situaciones	48 a 52 semanas
Retraso relativo en el lenguaje	12 a 15 meses

Fuente: **El Niño Discapacitado**. Martino, R. y Barrera, L. (2003).

Barth y Berry (1989) estudiaron a niños que habían estado institucionalizados y que tenían más de tres años al comienzo de su acogimiento por familias adoptivas. Señalaron que durante el período de institucionalización, algunos niños habían presentado ciertos problemas de conducta y emocionales como: dificultades del sueño, insuficiente control de esfínteres, rabietas y llorar incontrolables, agresividad, dificultades para cumplir las normas sociales, nerviosismo e inquietud motora. Al respecto añaden la existencia de conductas regresivas tales como la enuresis, inapetencia y succión de los dedos.

Estos autores concluyen que en estos menores se apreciaron además importantes deficiencias cognitivas y físicas. Desde el punto de vista cognitivo se refieren retraso escolar de uno o dos cursos, dificultades en el lenguaje (vocabulario pobre), en la retención de la información, en la concentración de la atención, razonamiento pobre. En la esfera afectiva se aprecian problemas en la expresión de afectos, labilidad, dependencia afectiva hacia personas extrañas, demanda de afecto, idealizan figuras de apego de su vida pasada. Se observaron también problemas en la expresión de su identidad personal y sexual. Los niños con mayores problemas resultaron ser los que tuvieron un período de tiempo mayor de internamiento.

Entre los trastornos de aprendizaje se acentúan los relacionados a: la escritura, cálculo, lectura y memorización. Como síntomas frecuentes afloran además los tics nerviosos, las pesadillas y miedos nocturnos. Entre las conductas defensivas utilizadas figuran: la negación, la racionalización, proyección, represión, y otras.

2.5 Habilidades Sociales

2.5.1 Importancia de su adquisición a edades tempranas

Para Goldstein (2008), citado en Peñafiel y Serrano (2010), numerosas investigaciones retrospectivas dan buena cuenta de la relación directa entre las competencias sociales en la infancia y el posterior funcionamiento social, académico y psicológico. Desenvolverse en la sociedad actual, quizás nunca como antes, a pesar de los avances tecnológicos, requiere del desarrollo temprano de una serie de habilidades de comunicación, interacción y lectura de diferentes claves sociales para poder sobrevivir emocional y laboralmente en la etapa adulta.

Muchos niños, por diferentes razones, puede que no dispongan de unos recursos mínimos para desarrollarse adecuadamente en este aspecto. Las consecuencias pueden ser aislamiento social, rechazo, a veces agresividad, y, en definitiva, un desarrollo menos feliz y limitado en sus posibilidades de crecimiento. La falta de habilidad social puede ser especialmente doloroso en la adolescencia cuando la relación con los iguales y la transición a la vida adulta supone nuevas exigencias y retos comunicativos.

Un adecuado entrenamiento en habilidades sociales supone garantizar que este sistema inmunológico se pone en marcha, evitando agresiones externas que nos impiden disfrutar de nuestros encuentros con los demás.

2.5.2 Clases de habilidades sociales

Peñañiel y Serrano (2010) detallan que según el tipo de destrezas que se desarrollen, se pueden encontrar tres clases de habilidades sociales: Cognitivas, emocionales e instrumentales.

Las habilidades sociales se aprenden, al igual que otras conductas, a través de los siguientes mecanismos:

- Aprendizaje por experiencia directa
- Aprendizaje por observación
- Aprendizaje verbal o instruccional
- Aprendizaje por retroalimentación interpersonal

Para Goldstein (2008), citado en Peñañiel y Serrano (2010), las habilidades sociales según su tipología son:

- Habilidades sociales básicas
- Habilidades sociales avanzadas
- Habilidades relacionadas con los sentimientos
- Habilidades alternativas a la agresión
- Habilidades para hacer frente al estrés
- Habilidades de planificación

Según Peñafiel y Serrano (2010), las habilidades sociales son primordiales en nuestra vida ya que:

- Las relaciones con los demás son una de nuestras principales fuentes de bienestar, y también pueden convertirse en la mayor causa de estrés y malestar, sobre todo si tenemos déficits de habilidades sociales.
- Mantener relaciones satisfactorias con las demás personas eleva nuestro nivel de autoestima.
- La falta de habilidades sociales nos lleva a sentir con frecuencia emociones negativas, como la frustración o la ira, y a sentirnos rechazados, infravalorados o desatendidos por los demás.
- Las personas con pocas habilidades sociales son más propensas a padecer alteraciones psicológicas como la ansiedad o la depresión, así como enfermedades psicosomáticas.
- Ser socialmente hábil ayuda a incrementar nuestra calidad de vida, en la medida en que nos ayuda a sentirnos bien y a obtener lo que queremos.

De esta forma, podemos considerar las habilidades sociales como una especie de sistema inmunológico, que cuando funciona óptimamente, nos protege de cualquier desequilibrio psicológico-emocional o nos ayuda a superarlo satisfactoriamente si se produce.

Un adecuado entrenamiento en habilidades sociales supone garantizar que este sistema inmunológico se pone en marcha, evitando agresiones externas que nos impiden disfrutar de nuestros encuentros con los demás.

2.5.3 Intervención psicológica en aprendizaje de habilidades sociales

Goldstein (2008), citado en Peñafiel y Serrano (2010), señala que se ha justificado la necesidad de ayudar a los niños con dificultades en este terreno para que logren alcanzar un desarrollo positivo en el terreno social, laboral y afectivo. Se debe antes de proceder a la intervención, averiguar cuál puede ser el origen del problema y cuales los factores de riesgo.

Hay niños que viven en entornos marginales o en familias desestructuradas que tienen asumido modelos coercitivos de interacción, donde las relaciones entre personas se rigen por el principio de superioridad física. En otro orden, hay niños que han sufrido carencias afectivas severas en la infancia y que aprenden a reaccionar a las “agresiones” del mundo externo retrayéndose a casi todo contacto y, por tanto, perdiendo oportunidades de aprendizaje. Otros niños, con dificultades en la relación social, provienen de familias normalizadas, son los niños que desde pequeños se catalogan de “tímidos”.

Finalmente hay niños que sencillamente no comprenden la interacción social o lo hacen de forma muy sesgada y bajo sus propios intereses. En concreto nos referimos a niños del espectro autista (Síndrome de Asperger). Evidentemente, en este último caso, estaríamos delante de un trastorno clínico y no de un problema de habilidades sociales aunque éstas se den asociadas y necesiten también intervención.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Lugar de Práctica

La práctica profesional dirigida se desarrolló en el Hogar Miguel Magone, ubicado en Aldea El Aguacate, Zona 9 Municipio de Mixco, Guatemala, sus teléfonos son: 2458 3266 y 5306 2113, su correo electrónico hogarmiguelmagone@gmail.com.

Fundado en 1997, el Hogar Miguel Magone es una organización no gubernamental, que provee alberge a 60 niños con edades comprendidas entre tres y diez y seis años, en la ciudad de Guatemala. Se ubica en la Aldea El Aguacate, Municipio de Mixco, Guatemala.

La mayoría de niños que llegan al Hogar han sido víctimas de abuso o negligencia. El Hogar está localizado en las afueras de la ciudad de Guatemala, y provee a los niños de educación y cuidados que les ayude a tener una vida plena y exitosa.

La mayoría de niños estudia en escuelas públicas, cercanas al hogar; hay un grupo de nueve niños, apadrinados, que estudian en colegio privado. El Hogar también patrocina mediante un programa de becas a 50 niños de la Aldea El Aguacate, cercana al hogar, proveyéndoles de comida, tratamiento médico y educación.

El Hogar es manejado por maestros guatemaltecos, voluntarios nacionales e internacionales, y personal de servicio, que ayudan con el rendimiento escolar, la higiene, salud y actividades recreativas de los niños. También cuenta con un psicólogo para la atención de los niños, además de apoyo de técnicos que enseñan a los niños: panadería, carpintería, artes e informática.

La distribución de los niños está hecha por edades – edificios separados para los niños pequeños, medianos y grandes. A través de ayuda de voluntarios, el hogar cuenta con sala de computación, sala de televisión, un taller de panadería y una capilla.

3.2 Descripción de la Población

Los pacientes atendidos durante la práctica profesional dirigida, fueron niños – adolescentes internos del Hogar Miguel Magone; provenientes de familias desintegradas que permanecen en el hogar por orden de Juzgado correspondiente, derivados por diversas situaciones como negligencia, violencia intrafamiliar entre otros. Los niños y adolescentes internos del hogar son de situación socioeconómica: baja. Con rangos de edad desde 06-16 años, en un 100% hombres.

3.3 Sujeto

Para sustento de la presente investigación se describe el caso del paciente A.L. de sexo masculino, nacido en la Ciudad de Guatemala, de 06 años de edad, grado de escolaridad, primer grado primaria, actualmente vive en el hogar proveniente de un hogar desintegrado. No tiene relación con sus padres y se encuentra bajo la protección del Hogar desde hace 1 año y medio.

3.4 Instrumentos Psicodiagnósticos

3.4.1 Pruebas cualitativas

3.4.1.1 El dibujo de la Figura Humana

Elaborada por Karen Machover, esta prueba evalúa el estado emocional a través del dibujo proyectivo de la forma en cómo se percibe a sí mismo. El formato de aplicación es individual y colectiva, preferiblemente debe realizarse de forma individual, el tiempo de aplicación no tiene límite específico. Se puede aplicar desde la edad de cinco años. Sus áreas de aplicación comprende: el área clínica, vocacional, laboral, educativa y organizacional. (Hernández, 1996)

3.4.1.2 El dibujo de la Familia en la Práctica Médico-Pedagógica

Creada por Louis Corman, evalúa el estado emocional a través del dibujo proyectivo que manifiesta la forma en que la persona concibe su entorno familiar y el concepto del mundo que lo rodea. Su formato de aplicación es individual y colectiva, preferiblemente individual, el tiempo de aplicación no tiene un límite específico, se puede llevar a cabo desde los cinco años. Las áreas en la que se puede aplicar comprende: la clínica, vocacional, educativa y organizacional. (Corman, 1967).

3.4.1.3 Test Proyectivo Gráfico del Árbol

Realizada por Karl Koch, es un test proyectivo que evalúa el significado determinado en el subconsciente del individuo, basado en la figura de un árbol ya que de acuerdo con los arquetipos de Carl Jung, éste tiene un significado en el inconsciente colectivo. Su formato de aplicación es individual y colectiva, preferiblemente individual, sin tiempo límite de aplicación. Se puede aplicar a escolares de primera y segunda enseñanza. Las áreas en las que se puede aplicar son: la clínica, vocacional, laboral y educativa. (Hernández, 1996).

3.4.1.4 Test Persona Bajo la Lluvia (PBLL)

Test de procedencia latinoamericana, específicamente de la Universidad de Buenos Aires, Estandarizado por Silvia Mabel Querol, Psico-neuro-inmunóloga y educadora para la salud, y María Chávez Paz, Psicoterapeuta, se considera una técnica proyectiva de naturaleza gráfica. Se puede aplicar en áreas: clínica, forense, educativa, laboral, y en casos de abuso sexual. Cuyo objetivo es la evaluación profunda de la personalidad, imagen corporal, bajo condiciones desagradables, en donde se pueden evaluar, defensas utilizadas, ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental, y evidenciar una estructura psicopatológica subyacente. La aplicación es individual y colectiva, el tiempo para su ejecución es variable, aunque podemos inferir en 30 minutos promedio. Se puede aplicar en niños, adolescentes, adultos y senectos (70-80 años). (Cerezo, 2010).

3.4.2 Investigación cualitativa estudio de caso

Según Oblitas (2008), el estudio de caso es un tipo de investigación que le ha permitido aportar conocimientos y técnicas específicas para la psicología clínica. Es considerado por Kazdin, 1980, citado por Oblitas 2008, como una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación. A su vez propone que los objetivos principales del estudio de caso son: ser una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y ejecución de la conducta humana; influir en el desarrollo de nuevas técnicas de intervención.

Se puede utilizar con diferentes fines: para reportar un fenómeno raro o inusual, o de nuevos métodos o procedimientos terapéuticos o de evaluación; para rechazar postulados rígidos

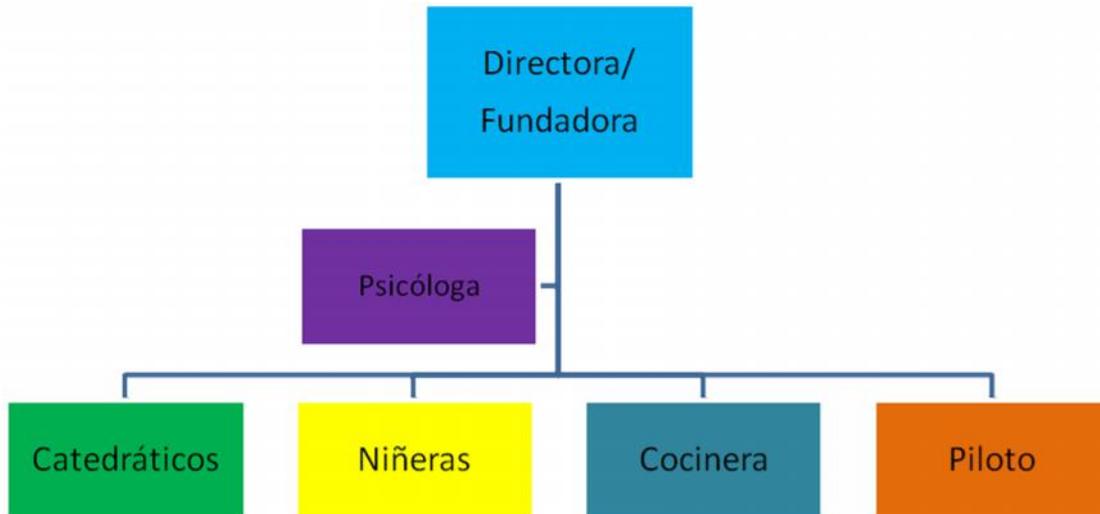
sostenidos por un punto de vista teórico en particular; para generar hipótesis que pueden ser comprobadas a través de la investigación controlada.

En un estudio de esta naturaleza, se analiza el caso y tratamiento de un solo paciente, en forma minuciosa, el proceso terapéutico, para que se puedan conocer los antecedentes del problema, la evaluación, diagnóstico y tratamiento del problema, así como la respuesta del paciente.

Dentro de los aspectos que debe contener están: la historia del problema, historia médica, historia escolar, historia de pareja, elementos sobre su desarrollo, y personalidad, historia familiar, y estado actual. La información se puede presentar por medio de bloques, sesiones o temas. La idea es que otro clínico pueda llegar a comprender y evaluar el caso, para ampliar sus conocimientos.

Dentro de sus limitaciones encontramos que, se puede llegar a ser interpretativo, por lo tanto ser subjetivo, ya que no se tiene un control, o grupo control, con quien realizar comparaciones, esto impide controlar las variables que afectan la validez del caso. Por lo tanto no utiliza la estadística, solo la descripción del mismo. Por consiguiente se puede presentar una serie de casos, para obtener mayor claridad de lo que se pretende comprobar.

3.5 Organigrama de la Institución



Fuente: Hogar Miguel Magone. Aldea El Aguacate Zona 10 Mixco, Guatemala.

Capítulo 4

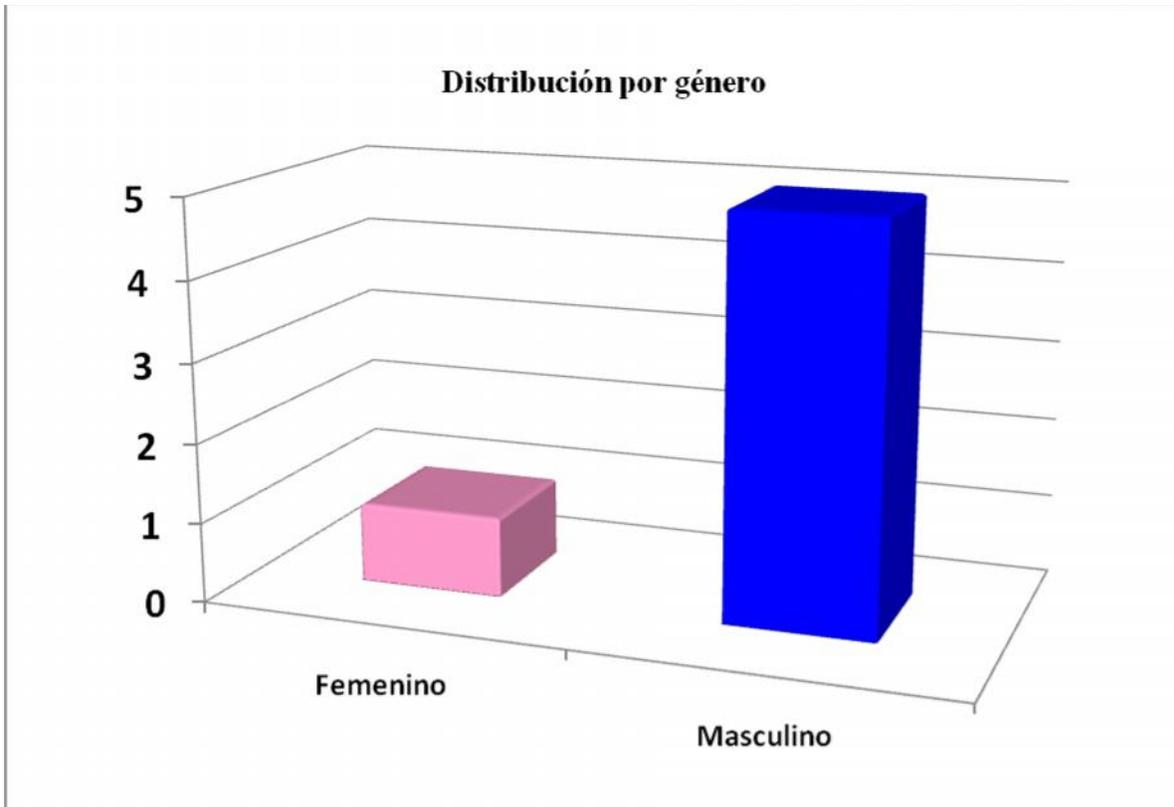
Presentación de Resultados

La práctica profesional dirigida se inició en el mes de junio de 2012, concluyendo en el mes de noviembre de 2012, dando atención los días domingo de 10:00 a 15:00 hrs. a los internos referidos por la psicóloga de planta del Hogar.

Se realizaron 2 talleres para los niños y sus familiares, los cuales se enfocaron en la Importancia de la Autoestima en los Niños, Trabajo en Equipo (1 hora de duración cada taller).

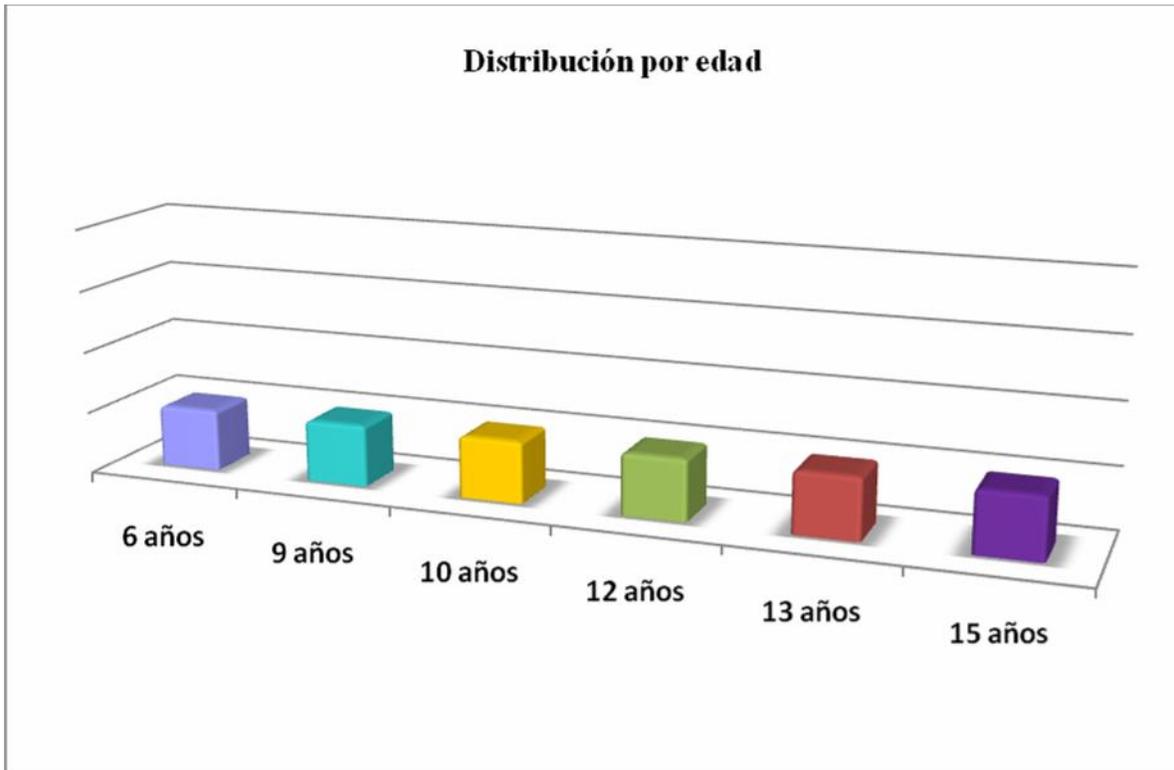
A continuación se presenta los pacientes atendidos de forma individual, de acuerdo a distribución por género, edad, diagnóstico más frecuente y técnicas más utilizadas.

Gráfica No.1



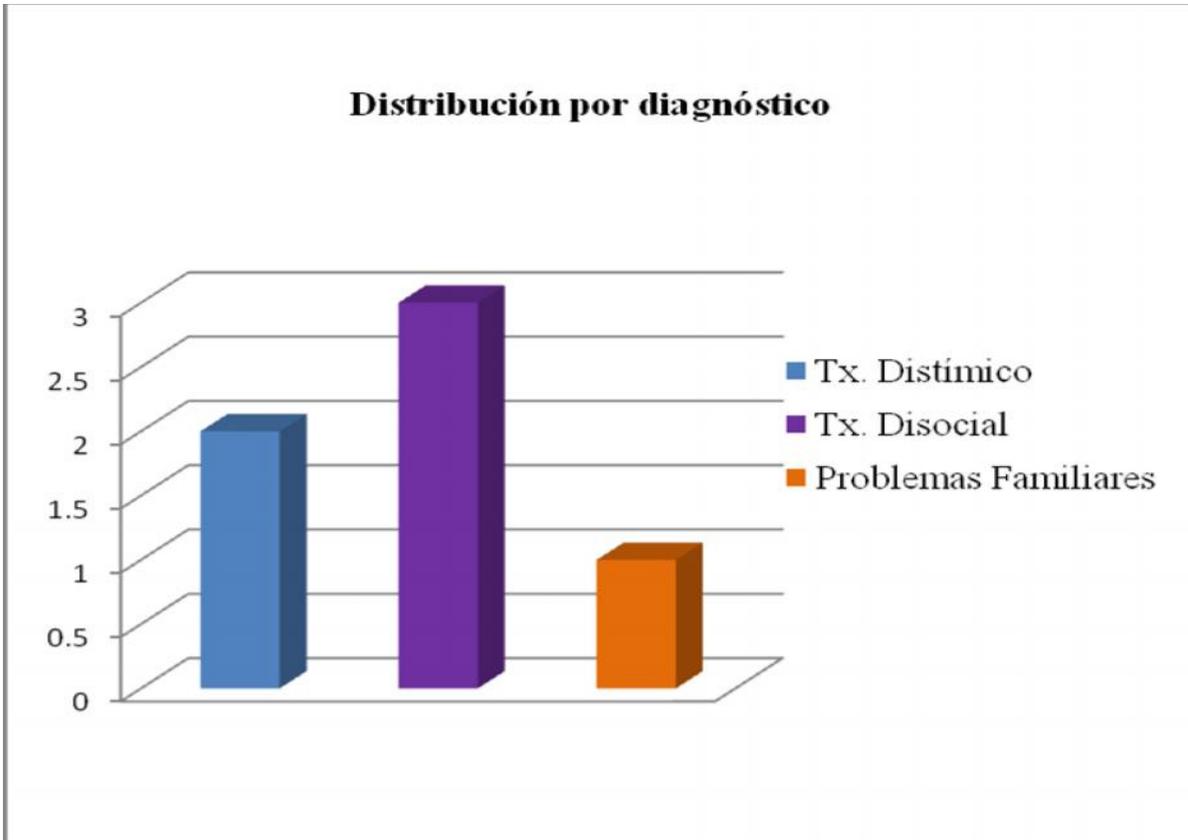
Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.2



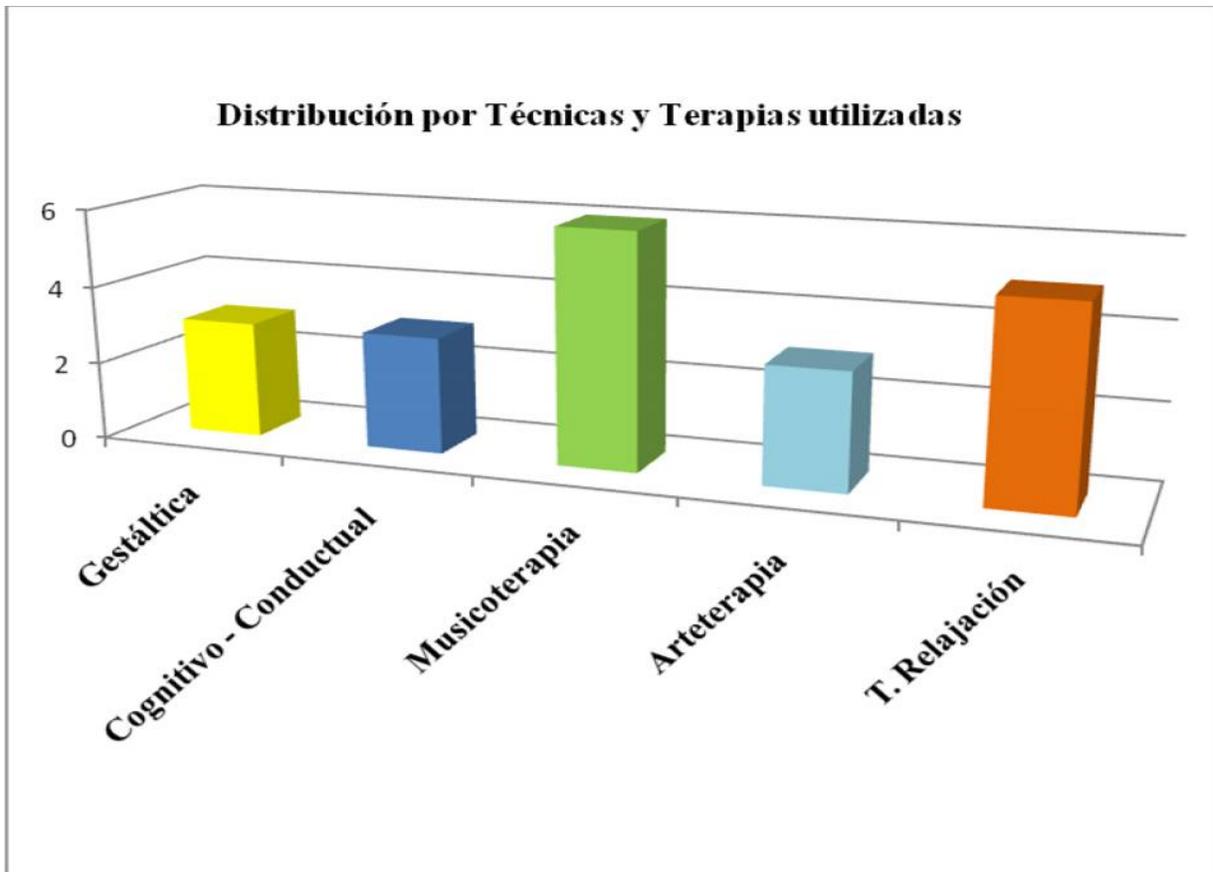
Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.3



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica No.4



Fuente: Elaboración propia.

4.1 Sujeto de Estudio

De los casos atendidos de forma individual, se eligió un caso para desarrollar el estudio.

4.1.1 Caso A.L.

Ya expuestos los resultados generales, de la Práctica realizada en el Hogar Miguel Magone, se presenta el caso del paciente, sobre quien se desarrolla esta investigación. A.L., de sexo masculino, nacido en la Ciudad de Guatemala, de 06 años de edad, grado de escolaridad, primer grado primaria, actualmente vive en el hogar proveniente de un hogar desintegrado. No tiene relación con sus padres y se encuentra bajo la protección del hogar desde hace 1 año y medio. El paciente es referido debido a la conducta agresiva, que está presentando con sus compañeros dentro del Hogar.

No se cuenta con registros precisos de la madre, sin embargo por la información que se ha obtenido, se cree que la madre fue víctima de violación y a raíz de esa violación quedó embarazada. En el Hogar, a A.L., lo puede visitar un familiar o tutor una vez al mes.

Han logrado ubicar a la madrina de bautizo quien es la persona que visita a A.L., y eventualmente lo lleva a su casa por unos días, especialmente durante las vacaciones.

a) Factores Precipitantes

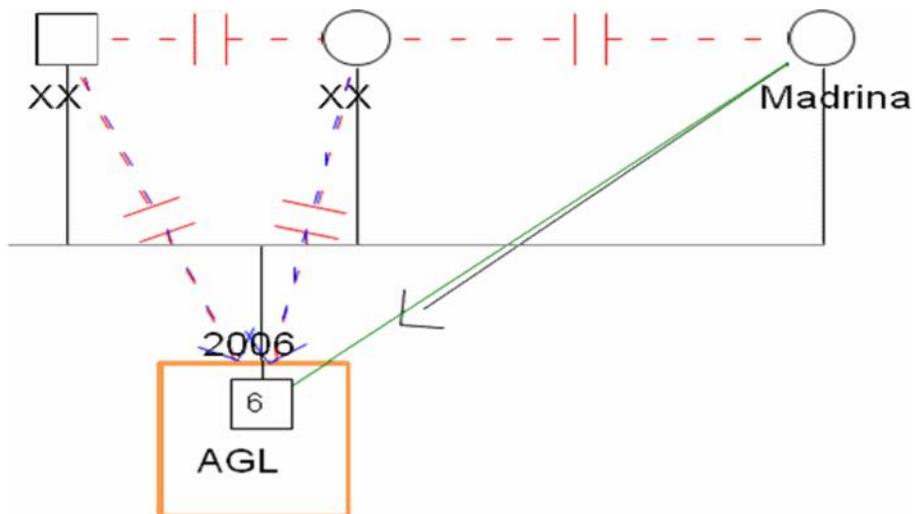
Al haber sido abandonado en la guardería, por su progenitora, A.L., ha sido separado de su vínculo afectivo directo. No reconoce ningún dato de su progenitor.

b) Impacto del Trastorno

A.L. está mostrando actitud de rebeldía y no sigue instrucciones. Regularmente se ve involucrado en peleas con sus compañeros en el Hogar. Indica que no quiere estar en el lugar y que quiere estar con su madrina.

A.L. es referido por la Psicóloga de planta del Hogar. “Está mostrando agresividad con los demás niños de su edad o más pequeños, internos también en el Hogar. A un niño le golpeó el dedo de la mano con una piedra, a otro niño lo ensució en el rostro con heces fecales. A la hora de los alimentos es impaciente y está mostrando rebeldía” SIC

Genograma



Fuente: Elaboración propia.

*A.L. es un niño institucionalizado hace 1 año por abandono de su progenitora.

Pruebas aplicadas y sus resultados

Nombre de la Prueba	Fecha de aplicación
Test de la Familia	09 de Junio 2012
Test de la Figura Humana	09 de Junio 2012
Test de Persona Bajo la Lluvia	23 de Junio 2012
Test del Árbol	23 de Junio 2012

En los test proyectivos realizados por el paciente, se observan rasgos de hostilidad hacia el exterior, conductas impulsivas o agresivas, signos de indefensión y desvalorización así como

inseguridad e inestabilidad hacia su entorno y la fragilidad emocional sobre los seres ausentes (padres).

Se observa que es una persona que se aleja de los demás a pesar de ser extrovertido. Denota actitud defensiva, acompañada de diplomacia y seducción para obtener lo que desea. Asimismo habilidad para ocultar aquello que no desea que se conozca o en su defecto deja las cosas a medio decir.

A.L., es un niño que anhela la figura de una familia, los cuidados de sus padres o madrina, como se observa en la figura de apego positivo del niño hacia sus seres queridos.

Impresión diagnóstica

De acuerdo con la entrevista clínica, historia personal, historia familiar, examen del estado mental y resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, se considera que A.L., muestra actitud de tristeza cuando se ausenta su madrina. El desapego que ha sufrido durante sus 6 años por los cambios frecuentes de cuidadores tanto en la guardería donde lo llevaba la madre, como en el hogar donde se encuentra actualmente, muestra en el niño sentimientos de soledad y desconocimiento de sus padres, al punto de no querer hablar sobre ellos.

El niño ha tenido constantes episodios en los cuales se muestra impaciente con sus compañeros, les pega y tiene actitudes de intimidación o les causa daño físico. Asimismo muestra episodios de ira cuando las cosas que el paciente desea no las obtiene de inmediato.

En las pruebas proyectivas realizadas, se muestra en el paciente aspectos relacionados a sus ideales, y a lo que ha aprendido en el hogar, especialmente sobre las figuras que se encuentran en el cielo: son seres buenos, que nos cuidan que nos protegen. Tanto en la guardería como el hogar donde el niño vive actualmente, el paciente ha recibido formación espiritual católica, por lo que las figuras que muestra en las mismas son los “seres buenos” que comprende que viven en el cielo y que son sus figuras ideales.

En las figuras dibujadas, el niño realizó la figura de personas incluyendo sus genitales, lo cual daba indicios de abuso sexual, sin embargo, en el hogar el niño ha aprendido a conocer las partes de su cuerpo, adicional a que no tienen privacidad para realizar sus actividades de higiene como el cambio de vestuario y el baño diario, con lo cual se ha descartado abuso sexual y se refuerza

con el hecho que el niño menciona las partes del cuerpo y reconoce los genitales como partes del cuerpo de las personas.

Evaluación multiaxial

EJE I: F91.8 Trastorno disocial, tipo de inicio infantil. Gravedad Moderado (312.81)

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico

EJE III: Z03.2 Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: perturbación familiar por abandono de la madre en la guardería donde lo cuidaban, y cambio de hogar.

Problemas relativos al ambiente social: dificultad para adaptarse a otra cultura, en este caso al hogar de niños donde el paciente reside.

Otros problemas psicosociales y ambientales: conflicto con cuidadores no familiares. Específicamente con los profesores y personas a cargo del cuidado de los niños en el hogar. Se muestra desafiante, poco tolerante e irritable.

EJE V: 51-60 (ACTUAL) Síntomas moderados. (p.ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)

4.2 Discusión de Caso

En base al proceso realizado se identificaron las principales habilidades sociales en niños institucionalizados, que facilitan su integración a la sociedad.

4.2.1 Caso A.L.

4.2.1.1 Las habilidades sociales que presenta A.L.

Habilidades sociales básicas: Escuchar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, presentarse y presentar a otras personas.

Habilidades sociales avanzadas: Convencer a los demás, participar y dar instrucciones.

Habilidades de planificación: Ayudar a los demás y defender los propios derechos.

Habilidades para hacer frente al estrés: Defender a un amigo.

4.2.1.2 Las habilidades sociales que no presenta A.L. son

Habilidades sociales básicas: dar las gracias y hacer un cumplido.

Habilidades sociales avanzadas: Pedir ayuda, seguir instrucciones y disculparse.

Habilidades relacionadas con los sentimientos: Expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, resolver el miedo y auto-recompensarse.

Habilidades de planificación: pedir permiso, compartir algo, negociar, empezar el autocontrol, responder a las bromas, evitar los problemas con los demás y no entrar en peleas.

Habilidades para hacer frente al estrés: Formular una queja, responder a una queja, demostrar deportividad después del juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejen de lado, responder a la persuasión, responder al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación, y hacer frente a las presiones de grupo.

Habilidades alternativas a la agresión: Tomar decisiones, determinar las propias habilidades, y concentrarse en una tarea.

En niños que se han desarrollado en hogares integrados, el desarrollo de las habilidades sociales, se ve principalmente reforzado por la figura de apego para el niño en primer lugar la madre o la cuidadora. En el Hogar, los niños cumplen un ciclo de estadía determinada por las condiciones legales que presentan sus casos, con lo que el cambio de cuidador o la falta de la figura principal que desarrolle estas habilidades influyen negativamente en los menores. En el caso de A.L. las habilidades sociales que no presenta, están determinando su conducta dentro del hogar, principalmente en su conducta agresiva con sus iguales.

La carencia de una red de apoyo familiar-social afecta al paciente, ya que cuenta con habilidades sociales, sin embargo no todas las áreas están desarrolladas. Esto ha permitido que el paciente no reconozca la figura de autoridad dentro del hogar, con lo que ha empezado a faltar a las normas y reglas de éste.

Sin una intervención oportuna esta condición puede afectar permanentemente la interacción social del niño, principalmente, por el Trastorno que presenta, ya que es un Trastorno Disocial de Inicio Temprano, el cual sin un tratamiento puede estar relacionado a futuro con cuadros de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos, entre otros.

La evidencia nos dice que las habilidades sociales que el paciente no presenta, están ocasionando conductas desadaptativas en su dinámica dentro del Hogar, y que es importante tratar de desarrollarlas en los internos, tanto para su convivencia como para su integración a la sociedad al momento de ser resuelta la situación legal en la que se encuentran.

Conclusiones

1. La identificación de las principales habilidades sociales en los menores institucionalizados, especialmente en el Hogar Miguel Magone, es importante tanto para desarrollarlas y apoyarles en su convivencia dentro del hogar, como para integrarse a la sociedad al momento de resolver su situación legal.
2. Las habilidades sociales que el paciente mostró, por medio de este estudio, se considera que le permiten desarrollarse dentro de una dinámica adecuada para un niño de su edad.
3. Las habilidades sociales que el paciente no muestra, se considera que están afectando su convivencia y el trato a iguales dentro del hogar.
4. El trastorno que el paciente muestra, tiene un pronóstico de mejora significativa, principalmente porque se ha identificado las habilidades sociales que se debe mejorar en el menor.
5. Las habilidades sociales en todos los niveles, son importantes para que los internos se desarrollen en cada una de las áreas, y que al momento de integrarse a la sociedad, cuenten con la destreza y capacidad de adaptarse al entorno al que se enfrenten.

Recomendaciones

1. Al identificar las habilidades sociales que son importantes para los menores institucionalizados, principalmente del Hogar Miguel Magone, se recomienda elaborar un proceso de reforzamiento por medio de los maestros del Hogar, principalmente en el horario de Reforzamiento de materias que realizan en horario vespertino con todos los internos.
2. Dadas las habilidades que el paciente muestra en ciertos niveles y áreas, se recomienda, reforzarlas por medio del juego, ya que es una de las actividades en las que el paciente se muestra interesado e involucrado.
3. Debido a la ausencia de habilidades sociales importantes, se recomienda, implementar el seguimiento y el desarrollo de éstas, tanto en el paciente, como en los internos mayores, para que éstos apoyen en el reforzamiento de los internos menores.
4. Al identificar el Trastorno Disocial de Inicio Temprano, se recomienda, utilizar técnicas que ayuden al paciente a producir un movimiento psicológico que conlleva salud emocional y desarrollo personal, principalmente para evitar un proceso a un Trastorno de otro tipo, como lo es un Trastorno Antisocial de Personalidad.
5. Si las habilidades sociales le permiten a los internos una convivencia armónica y oportunidades al momento de integrarse a la sociedad, se recomienda, al hogar desarrollar un Plan de Reforzamiento para todas las áreas involucradas, en la búsqueda del Desarrollo de las mayores habilidades sociales. Para esto se brindarán los datos de Contacto de Universidad Panamericana a la Directora del Hogar Miguel Magone, para que anualmente envíe la invitación a estudiantes de la Carrera de Psicología, para brindar apoyo en las necesidades psicológicas que los internos presentan.

Referencias

Bibliográficas

Abarca Mora, S. (1992). *Psicología del Niño en Edad Escolar*. (1a. Ed.) San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia EUNED.

Acosta Tieves, N. (2002). *Maltrato Infantil: Un reto para el próximo milenio*. (2ª. Ed.) La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.

Almaguer, S.L. y Garcia, J.H. (1998). *Adolescentes sin amparo filial: algunos procesos dinámicos de su comportamiento*. Trabajo de Diplomado. Universidad de Oriente. La Habana, Cuba.

Barth, R., & Berry, M. (1989). *Adoption & disruption: Rates, Risks, and responses*. (3rd. Ed.) New York, N.Y. :Walter de Gruyter, Inc.

Bermúdez, J., Perez-García, A.M., Ruiz, J.A., Rueda, B. y Sanjuan, P. (2011). *Psicología de la personalidad*. (1ª. Ed.) Madrid, España: Grafo, S.A.

Bowlby, J. (1969). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Publicación Científica No. 164. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

Brazelton, T. y Greenspan, S. (2005). *Las necesidades básicas de la infancia. Lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender*. (1ª. Ed.) Barcelona, España: Editorial GRAÓ, de IRIF, S.L.

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. (3ª. Ed.) Edo. de México, México: Pearson Prentice Hall. 312-342.

Corman, L. (1967). *El Test del Dibujo de la Familia en la Práctica Médico- Pedagógica*. Argentina: Editorial Kapelusz, S.A.

Goleman, D. (2008). *Inteligencia Emocional*. (70ª. Ed.) Barcelona, España: Editorial Kairós.

Gómez, C., Hernández B., Rojas, U., Santacruz O. y Uribe, R. (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (3ª. Ed.) Bogotá, Colombia. Editorial Médica Internacional, Ltda.

Hernández, T. (1996). *Compendio de Técnicas Proyectivas Menores*. (1ª Ed.). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Hurtado, G., & Risopatron, P. (1978). *Inventario para evaluar el ambiente familiar: aplicación a una muestra de familias chilenas*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Kune, P. (1976). *Realidad y fantasía de la teoría Freudiana*. (1ª. Ed.) México, D.F.: Compañía Editorial Continental, S.A. 161-171

Luna, M. (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria*. Documento de Divulgación Latinoamericano.

Martino, R. y Barrera, L. (2003). *El Niño Discapacitado*. Buenos Aires, Argentina: Nobuko. 223-250

Morris, C. & Maisto, A. (2001). *Introducción a la Psicología*. (1a. Ed.) México, D. F.: Pearson Educación.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: Cengage Learning.

Peñafiel, E. & Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales: Servicios socioculturales y a la comunidad*. Madrid, España: Editorial Editex, S.A.

Postic, M. (2000). *La Relación Educativa. Factores institucionales, sociológicos y culturales*. (2ª. Ed.) Madrid, España: Editorial Narcea.

Sarmiento, M. (1996). *Estimulación oportuna*. (1a. Ed.) Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Santo Tomás USTA. 99

Shaffer, D. (2000). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. (5ª. Ed.) México, D.F.: Tomson Editores, S.A. de C.V.

Tizard, B., & Rees, J. (1975). *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (Vol. 16). Great Britain. *Pergamon Press*. 61-73

Turner, J. (1986). *El niño ante la vida. Enfrentamiento, Competencia y Cognición*. (2ª. Ed.) Madrid, España: Editorial Morata.

Internet

Alpírez, A.C. (2011, Enero 14). Manuel de Jesús. *El Periódico*. Recuperado de: <http://www.elperiodico.com.gt/es/20110114/opinion/188534/?tpl=54>

Cerezo, H. (2010). *Test Persona Bajo la Lluvia. PBL*. Recuperado: <http://www.authorstream.com>.

Costa, M., López, E. (1991). *Manual para el educador social*. Recuperado de: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/manual-educador-social/id/38097637.html

Hogares de Protección Privados Autorizados. (n.d). Recuperado de: <http://www.cna.gob.gt/hogares/doc/entidadesautorizadas.pdf>

Hurtado, P. (2010, Agosto 08). Los niños que “nadie quiere”. *El Periódico*.
Recuperado de: <https://www.elperiodico.com.gt/es/20100808/domingo/168534/?tpl=54>

Laplanche, J., Pontalis, J. - Depresión anaclítica. (s.f). En Wikipedia. Recuperado el 31 de Octubre de 2012 de http://es.wikipedia.org/wiki/Depresion_anaclitica

Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar. Relaf.org. Recuperado de: <http://www.relaf.org/Documento.pdf>. Buenos Aires, Argentina.

Anexos



Asociación Ciudad Esperanza
Hogar Miguel Magone

Fundado en 1997 el Hogar Miguel Magone es una organización no gubernamental, que provee albergue a más de 80 niños con edades comprendidas entre tres y diez y seis años, en la ciudad de Guatemala.

La mayoría de niños que llegan al Hogar han sido víctimas de abuso o negligencia. El Hogar está localizado en las afueras de la ciudad de Guatemala, donde proveemos a los niños de educación y cuidados que les ayude a tener una vida plena y exitosa.

La mayoría de niños estudia en Escuelas Públicas, hay un grupo de nueve niños, apadrinados, que estudian en un colegio privado. En el 2008 empezamos a trabajar con niñas en la actualidad hay veinte niñas viviendo en el Hogar. El Hogar también patrocina mediante un programa de becas a 50 niños de la Aldea El Aguacate, cercana al hogar, proveyéndoles de comida, tratamiento médico y educación.

El Hogar es manejado por maestros guatemaltecos, voluntarios, nacionales e internacionales y personal de servicio, que ayudan con el rendimiento escolar, la higiene, salud y actividades recreativas de los niños. También contamos con un psicólogo para la atención de los niños, además contamos con el apoyo de técnicos que enseñan a los niños panadería, carpintería, artes y IT.

La distribución de los niños está hecha por edades – edificios separados para los niños pequeños, medianos y grandes y un área para las niñas. Atravez de ayuda de voluntarios también contamos con una sala de computación, sala de televisión un taller de panadería y una capilla.





Si usted tiene alguna pregunta, comentario o desea más información acerca de algo en especial por favor contáctenos.

 Hogar Miguel Magone
21 Ave 12-85
Aldea, El Aguacate Z.9, Mixco
Guatemala
Central América

 Oficina: +502 2458 3266

 Karen Rodas (fundadora): +502 5306 2113

 hogarmiguelmagone@gmail.com

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO
PRACTICA - FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: _____

Intitución de práctica: _____

INFORME MENSUAL MES DE: _____

I. Nombre de paciente:

Motivo de consulta:

Diagnóstico:

Avances del mes:

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

II. Nombre de paciente

Motivo de consulta

Diagnóstico:

Avances del mes

No. De sesiones _____ **Inasistencias** _____

III. Nombre de paciente

Motivo de consulta

Diagnóstico

Avances del mes

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

IV. Nombre de paciente

Motivo de consulta

Diagnóstico

Avances del mes

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

PROCESO PERSONAL

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA
HOJA DE SUPERVISION DE CASOS

Estudiante: _____ Fecha de supervisión: _____
Paciente _____ Edad: _____ No. Sesiones trabajadas _____
Fase: _____

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación

FIRMA SUPERVISIÓN _____

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE PSICOLÓGICO

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad _____
Estado Civil _____
Escolaridad: _____ Institución _____
Profesión: _____
Ocupación y lugar de trabajo: _____
Religión: _____
Dirección: _____
Teléfono. Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):

Nombre del padre: _____
Profesión: _____
Lugar de Trabajo: _____
Nombre de la madre: _____
Profesión: _____
Lugar de Trabajo: _____

Referido por: (determinar quién solicitó la evaluación y con qué fines) _____
Fecha de inicio del proceso terapéutico: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

Describir la razón por la cual el sujeto busca ayuda. Es el problema principal que refiere el paciente o los padres, por lo cual consultan. Consignarlo con las propias palabras que utilizaron los padres o el sujeto

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

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

- A) Describir de forma detallada las manifestaciones de la enfermedad incluyendo fecha de inicio y duración del problema. Cronología de los eventos desde el apareamiento de los síntomas hasta la fecha de la entrevista. Es importante establecer el nivel de funcionamiento anterior al problema y como el trastorno ha interferido en su funcionamiento actual.
- B) Factores precipitantes, estresores psicosociales que pudieron provocar el problema
- C) Impacto del trastorno: cambios que ha sufrido en sus relaciones interpersonales, en el matrimonio, en la familia, en la vida social, sexual y laboral. Cambios en el sueño, ingesta de alimentos, en el peso corporal, en los hábitos, como bebidas alcohólicas, tabaquismo y otras sustancias legales e ilegales. Explorar la capacidad de toma de decisiones, asumir responsabilidades.

HISTORIA CLÍNICA

1. Historia prenatal:

Características físicas generales del embarazo, actitud de los padres ante el embarazo, ambiente del hogar en este período, situación familiar, presencia o ausencia de alguno de los padres, fue deseado o no.

2. Nacimiento:

Historia del desarrollo: características generales del parto. Problemas al nacer, enfermedades infecciosas, golpes, uso de fórceps, cualquier complicación, etc. Descripción del ambiente general durante y después del nacimiento.

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

Explicaciones generales sobre el desarrollo psicomotor del niño (fijación cabeza, edad en que se sentó, se paró, gateó y caminó. Describir movimientos automáticos, hiperactivos, hipoactivos o normales, problemas con dentición, y control de esfínteres, métodos de enseñanza.

4. Evolución de lenguaje

Describir como se ha desarrollado el lenguaje en sus distintas etapas (balbuceo, vocalización, edad en que dijo sus primeras palabras, primeras frase; defectos en la pronunciación, habilidad para relatar acontecimientos.

5. Desenvolvimiento escolar

Historia sobre la escolaridad, edad en que comenzó a ir al colegio, diferentes establecimientos a los que ha asistido, motivo de los cambios, adaptación al colegio (escuela), actitud ante el estudio, rendimiento académico, actividades deportivas, recreativas, extraescolares, figuras importantes, uso de castigo, relaciones personales dentro del colegio, mencionar cualquier deficiencia o dificultad del niño dentro el aula o en sus estudios.

6. Desenvolvimiento social

Relaciones personales, con amigos, profesores, participación en actividades sociales, describir el juego del niño y cómo interactúa en el mismo.

7. Adolescencia

Desarrollo de su etapa de adolescencia, crisis de identidad, dificultades que ha enfrentado, desarrollo de la independencia, relaciones con amigos, familia y la autoridad. Episodios de rebeldía, sumisión. Uso y abuso de drogas o alcohol en esta época.

8. Adultez

Edad en la que empezó a trabajar, empleos que ha desempeñado, razones de cambio. Grado de satisfacción en el trabajo y razones por las que hay

insatisfacciones. Planes y metas hacia el futuro. Relaciones con los compañeros de trabajo, jefes superiores, y persona a su cargo. Actividades sociales, actividades recreativas. Comportamiento antisocial, conducta delictiva, antecedentes legales, si ha sido encarcelado, historia de violencia doméstica o de cualquier tipo de abuso.

9. Historia Psicosexual y vida marital

Incluye curiosidad sexual en la infancia, adolescencia, juegos sexuales, actitud de los padres hacia el sexo, actividad sexual adolescente, adulta, noviazgos, relaciones amorosas, matrimonio, etc.

Forma de relacionarse con la pareja, sumisión, violencia, golpes, dominio, dependencia. Edad en que contrajo matrimonio, satisfacciones o insatisfacciones y ansiedad sexual. Si son varios matrimonios: edad en que se efectuaron y forma en que se desarrollaron.

10. Historia médica: salud en general, enfermedades que haya padecido, intervenciones quirúrgicas, accidentes, hospitalizaciones. Hacerlo en orden cronológico. Cuáles han sido las reacciones del paciente ante estas situaciones.

11. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: cualquier condición psiquiátrica o psicológica que haya requerido tratamiento, incluir fechas, duración de la enfermedad y tratamiento recibido. Descripción de cómo era la situación de vida que prevalecía durante esa etapa.

HISTORIA FAMILIAR

1. Genograma

2. Estructura familiar: miembros que integran la familia, grado de armonía, dinámica de relaciones, conflictos principales. Actitud de la familia ante el padecimiento del paciente, apoyo que le brindan. Situación económica, fuente de ingresos, aportación económica del paciente, posición socio-cultural, condiciones de la vivienda.

3. Antecedentes familiares: datos de la madre y padre; si han muerto, anotar causa de la muerte, fecha y reacción del paciente ante el suceso. Ocupación de cada uno de los padres, estado de salud física y mental, rasgos de personalidad. Relación del paciente con ambos durante la infancia y la que tiene actualmente. Averiguar figura de autoridad, el rol de cada uno. En relación a los hermanos: nombres y edades en orden cronológico, estado civil, ocupaciones, enfermedades importantes, rasgos de su personalidad. Si hay hermanos fallecidos mencionarlo incluyendo fecha y causa de la muerte. Relación con ellos durante la infancia y relación que tiene actualmente.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. *Presentación (descripción general):*

- a) Nivel de conciencia: entre coma y vigilia alerta.
- b) Aspecto General: apariencia personal, peso, altura, higiene, cosmesis, vestido, disposición corporal, contacto visual, , postura
- c) Actitud: habilidad para conducirse durante la entrevista , actitud hacia el examinador y hacia sí mismo (colaborador, amable, manipulador, , busco aprobación, desconfiado, evasivo, arrogante, hostil, apático)

2. *Conducta motora y estado afectivo:*

- a) Conducta motora: actividad psicomotora, acinesia, movimientos involuntarios; movimientos repetitivos, movimientos anormalmente lentos, movimientos excesivos, poses
- b) Afecto: manifestación exterior de los estados internos; tiene tres componentes: expresión facial, gestos, características del habla (volumen presión, ritmo y entonación; prosodia-coloración emocional del habla). Afecto embotado (disminución manifiesta de los límites de la expresión emocional, explosiones de llanto o ira.

3. *Estado cognoscitivo*

- a) Atención:
Capacidad de atención, se distrae con facilidad
- b) Concentración y vigilancia: se puede recurrir para valorarla a la repetición de los meses del año o los días de la semana en orden inverso
- c) Orientación: tiempo; lugar (espacio); Persona: identidad personal, (capacidad de ofrecer su nombre propio)
- d) Lenguaje:
 1. Fluidez: habla espontánea; volumen, timbre, habla lento, rápido; tartamudea, desarticula. Un método para valorar la fluidez consiste en hacer que el paciente describa lo que observa en un dibujo.
 2. Comprensión: del lenguaje hablado y escrito; obedece órdenes de complejidad variable: responde “sí o no” a las preguntas; señala los objetos descritos
 3. Repetición: frases de dificultad graduada; palabras aisladas; letras; números. Una frase apropiada para repetirla sería “el movimiento inicial reveló la intención del compositor”. Al paciente que no puede repetir esta frase se le presentan una serie de frases o expresiones de dificultades graduadas como prueba: “por fuera de la ventana”, “nadé a través del lago”, “el camino sinuoso llegaba al pueblo”, “dejó el cerrojo abierto”, “el panal atrajo un enjambre de abejas”, “no ponga peros”.

4. Designación: objetos y partes de objetos a la confrontación visual(o a la presentación táctil). Una pregunta apropiada de investigación sería nombrar una pluma estilográfica y sus partes bajo confrontación visual: tapa, punta o plumilla y broche. (El paciente que puede designar una pluma y sus partes tiene capacidad intacta de denominación o designación y no experimenta afasia)

e) Memoria:

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

Cuando existen amnesias selectivas hacia eventos particulares, periodos o acontecimientos remotos o recientes, estos se describirán con detalle, así como la actitud del paciente hacia lo olvidado.

Si hay alguna sospecha de alteración de memoria, explore la capacidad retentiva del paciente haciéndole que repita inmediatamente y cinco minutos después, algún nombre, alguna dirección o datos similares. Es importante que se pruebe la capacidad de repetir alguna oración más o menos larga y la cantidad de veces que hay que repetir algún párrafo para que el paciente lo reproduzca con precisión.

f) Razonamiento (funciones cognoscitivas)

Juicio práctico

Abstracción: semejanzas e interpretación de proverbios

4. *Pensamiento:*

a) Proceso: coherencia, dirección hacia un objetivo; lógica. Se puede considerar concreto, tangencial (salir del tema que se está tratando con imposibilidad del sujeto para volver al mismo, circunstancial (digresivo pero capaz de volver al tema), perseverativo (fijación a un solo pensamiento, una sola frase, o una sola palabra), laxo (ausencia de progreso lógico del pensamiento) o incoherente. El término “pensamiento bloqueado” se refiere a la interrupción súbita del pensamiento o del habla.

b) Contenido: preocupaciones (señalar si las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño, apetito); ideas delirantes; alucinaciones; ilusiones (fantasías); ideación suicida u homicida. Existencia de fobias, ideas obsesivas, compulsiones y rituales. Planes para el futuro, ambiciones.

c) Introspección: (Insight) grado de comprensión del paciente de sus problemas médicos y psicológicos y conciencia de los factores que afectan al curso de la misma. Capacidad de interpretar razonablemente (intelectual); y de interpretar emociones (emocional).

5) *Estado de ánimo:*

Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento. Humor (estado de ánimo durante la entrevista y otros contextos); sentimientos (lo que expresa y lo que se observa).

Recuerde que hay muchas variedades de ánimo, además de la alegría y la tristeza, como por ejemplo: estados de ansiedad, miedo, suspicacia, perplejidad, aburrimiento, desesperanza, etc.

Observe el tono afectivo durante la entrevista y fíjese que situaciones la alteran. Tenga especial cuidado en observar si los cambios del afecto son congruentes con el contenido del discurso.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Incluir primero un cuadro con nombre de la prueba y fecha de aplicación, como el que sigue:

Nombre de prueba	Fecha de aplicación

Luego se presentan los resultados prueba por prueba, dando datos cualitativos y cuantitativos, de ser el caso.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Es la percepción que tenemos del caso total; una descripción interpretativa del caso evaluado. Describir en forma resumida su funcionamiento de acuerdo a las pruebas aplicadas, haciendo breve mención de los conflictos emocionales, si los hay. Se hace una interpretación dinámica que ofrece una imagen profunda de los eventos y condiciones internas que ocurrieron en la experiencia individual y del papel relativo de fuerzas biológicas, familiares y sociales que han contribuido a la ruptura del equilibrio mental o a la problemática que presenta el paciente.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- EJE I:** Trastornos clínicos; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

- EJE II:** Trastornos de la personalidad y retraso mental
- EJE III:** Enfermedades médicas
- EJE IV:** Problemas psicosociales y ambientales
- EJE V:** Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

(En cada uno de los ejes se debe incluir el código del CIE)

RECOMENDACIONES

Especificar las recomendaciones para el caso en general, para los padres y maestros, según sea el caso

Nombre del estudiante: _____ Firma del estudiante: _____

Fecha del Informe: _____

PLAN TERAPÉUTICO

MODELO DE UN CASO

I. PERSPECTIVA TERAPEUTICA

La perspectiva cognitiva ya que postula que las emociones y conductas de la personas están influidas por su percepción de los eventos. 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 depresiva exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsistente de él, el mundo y el futuro. Se supone que estos procesos y contenidos de pensamiento subyacen a los síntomas motivacionales, afectivos y conductuales de la depresión. La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo.

Para complementar la **Perspectiva conductista y del aprendizaje social**, declara que los trastornos son aprendidos del mismo modo que cualquier otra conducta. Puesto que la conducta se aprende se puede explicar que el trastorno depresivo se debe a que ella ha aprendido de manera inadecuada a percibir el mundo y se ha mantenido mediante una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos.

Esta perspectiva sostiene que las personas deprimidas tienden a: (1) pensar negativamente sobre sí mismas, (2) interpretar sus experiencias de forma negativa y (3) tener una visión pesimista del futuro. Lo que se denomina “tríada cognitiva”. Parte del tratamiento es para los pensamientos negativos automáticos que interfieren en el estado de ánimo de la persona. La terapia cognitiva trabaja con las barreras psicológicas al tratamiento adecuado reemplazando pensamientos negativos automáticos con pensamientos realistas, valiéndose de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva en sí.

II. TIEMPO ESTIMADO: El tiempo estimado de la terapia es de 9 meses, aproximadamente 36 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

III. PRESENTACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Estado de ánimo depresivo	Modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.	Se utilizarán técnicas cognitivas como conductuales. Tales como las técnicas del modelo ABC que se dividen en cognitivas, emotivas y conductuales.	Dichas técnicas se presentarán en 10 sesiones, se ensayarán en consulta y se asignan como tarea para casa.
Violencia Intrafamiliar	Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de la violencia intrafamiliar.	Aplicar las técnicas de intervención del Programa de Interaprendizaje denominado “Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar” dividido en cuatro módulos.	Cada módulo se divide en cierta cantidad de unidades, las cuales se realizarán en 12 sesiones.

Baja autoestima o valía personal	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, etc.	Realizar las estrategias para desarrollar la estima publicadas en el libro: Estrategias para desarrollar la autoestima y la estima del Yo profundo.	Considerando la intervención en tres partes: la autoestima, la autoestima depende de la autopercepción y la estima de sí mismo. La duración será de 8 sesiones.
		Llevar a cabo técnicas tales como: círculo de afecto, consintiéndote a ti mismo, el niño que llevamos dentro, etc.	6 sesiones.

IV. OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones. (Ver anexos).
Cuantificar una emoción empleando un punto de referencia.	Unidades subjetivas de malestar (USM): A través de un formato Likert se le ofrecerá a ella la opción de escoger un nivel para su emoción, dentro del rango que va desde “nada” hasta “muy alto”.	Formato de USM
Lograr que el paciente comprenda la relación Creencia-Consecuencia.	Modelo ABC: Utilizar un formato del modelo, realizarlo durante la sesión y llevarse uno a casa.	Formatos de Modelo ABC.
Aprender a identificar creencias irracionales	Repetición de frases irracionales a modo de autoinstrucciones.	Lista de frases irracionales.
	Discriminación: mediante ejemplos el terapeuta enseña al paciente, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.	
Buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras	Detección: Utilizar autor registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de autoregistro.
Búsqueda de Evidencia para Comprobar la Validez los pensamientos automáticos	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.	Formato de evidencias en pro y en contra.

	<p>Flecha Descendente: diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.</p> <p>Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.</p>	
<p>Identificar las ocasiones en que el paciente pudo haberse hecho responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.</p>	<p>Reatribución: Revisar los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.</p>	
<p>Objetivo</p>	<p>Técnicas</p>	<p>Recursos</p>
<p>Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.</p>	<p>Descatastrofización: Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.</p>	
<p>Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.</p>	<p>Métodos humorísticos: Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.</p>	
<p>Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.</p>	<p>Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.</p>	

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

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FIRMA: _____

Universidad Panamericana

Práctica

INFORME DE CIERRE DE CASO CLINICO

I. Datos Generales:

Nombre: Sexo:
Fecha de nacimiento: Edad:
Estado Civil:
Escolaridad:
Profesión:
Ocupación y lugar de trabajo: (en caso de adultos)
Religión:
Dirección:
Teléfono:
Referido por:
Fecha de inicio del proceso terapéutico:

II. Motivo de Consulta:

III. Descripción del proceso:

- Historia del problema actual :
- Información relevante de la historia clínica
- Nombres de las pruebas realizadas y una síntesis de su interpretación. Los proyectivos menores pueden ser interpretadas conjuntamente.
- Hacer una síntesis del proceso de evaluación, explicando qué se ha trabajado hasta el momento, logros y metas.
- Pendientes que quedan dentro del proceso :

IV. Impresión Diagnóstica

V. Diagnóstico Multiaxial

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

VI. Recomendaciones:

Nombre del alumno y firma