

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



**Causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la
clínica de psicología del Hospital “Juan Pablo II”**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Felipe Neri Ayala García

Guatemala, noviembre 2015

**Causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la clínica
de psicología del Hospital “Juan Pablo II”**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Felipe Neri Ayala García

Licda. Sonia Magaly Pappa Sosa (**Asesora**)
M. Sc. Anabella Cerezo de García (**Revisora**)

Guatemala, noviembre 2015

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Felipe Neri Ayala García*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

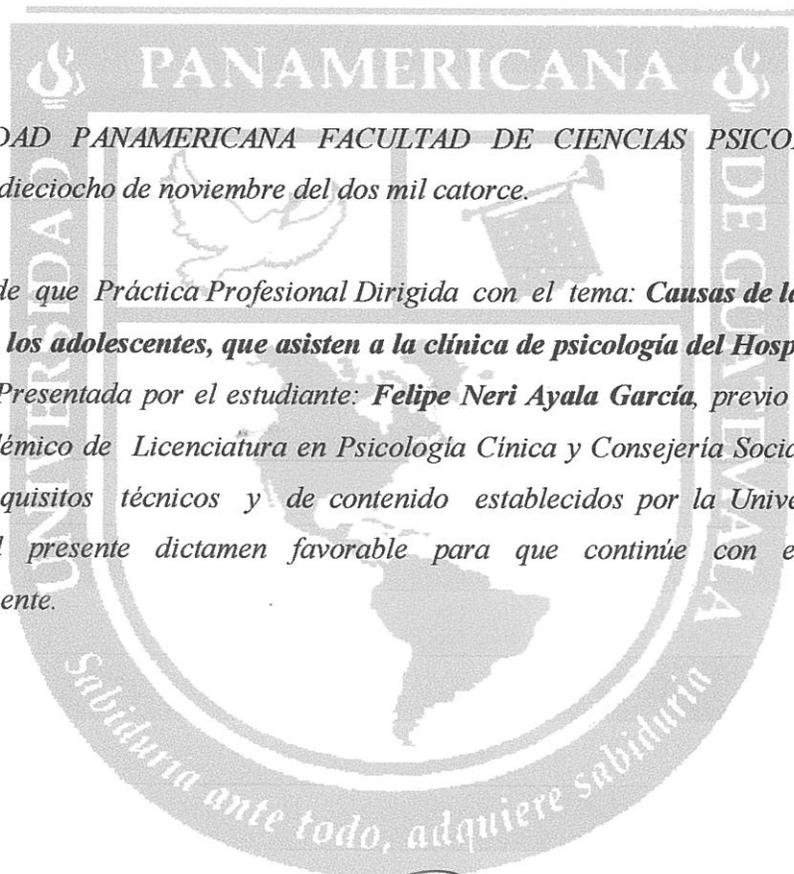
DICTAMEN CON FECHA: octubre 2, 2015

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

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


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

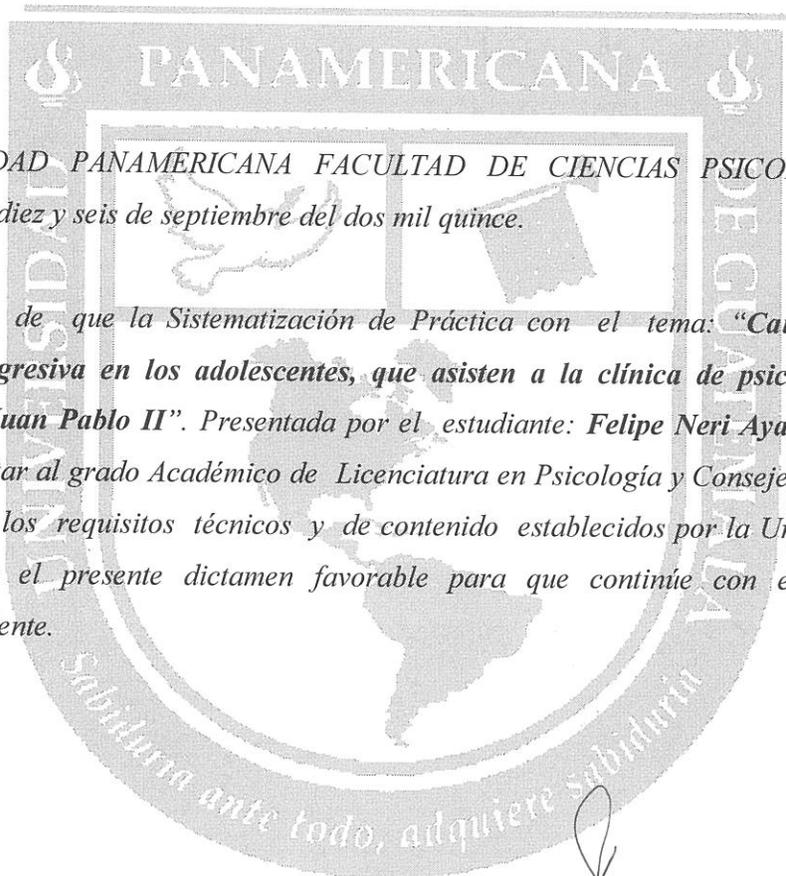




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala dieciocho de noviembre del dos mil catorce.

En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital "Juan Pablo II"**. Presentada por el estudiante: **Felipe Neri Ayala García**, 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. Sonia Pappa
Asesora



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala diez y seis de septiembre del dos mil quince.*

En virtud de que la Sistematización de Práctica con el tema: "Causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital "Juan Pablo II". Presentada por el estudiante: Felipe Neri Ayala García, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología 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.

Anabella CEREZO

*M. Sc. Anabella Cerezo de García
Revisora*

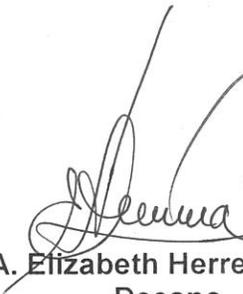


UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sapientia ante totum, adquiritur sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes octubre del dos mil quince.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital "Juan Pablo II"**", presentado por: **Felipe Neri Ayala García**, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Programas establecidos	3
1.7 Visión	4
1.8 Misión	4
1.9 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2 Marco Teórico	
2.1 Familia y su influencia en el adolescente	6
2.1.1 Aspectos esenciales de la familia	6
2.1.2 Funciones de la familia	7
2.1.3 Tipos de familia	8
2.2 Factores que influyen en la conducta del adolescente	10
2.2.1 Conflictos familiares	10
2.2.2 Anomalías genéticas	11
2.2.3 Maltrato en los adolescentes	11
2.2.4 Pobreza existente en el hogar del adolescente	12
2.3 Adolescencia	13
2.3.1 Manifestaciones biológicas del adolescente	13
2.3.2 Esfera cognoscitiva	14
2.3.3 Esfera socio-afectiva	14
2.4 Trastornos de conducta de los adolescentes	15
2.4.1 Adolescentes agresivos o adolescentes violentos	15
2.5 Formas de tratamiento de los trastornos de conducta en los adolescentes	16
2.5.1 Psicoterapia individual y de grupo en trastornos de conducta de adolescentes	16

2.5.2	Terapia de juego en trastornos de conducta de adolescentes	17
2.5.3	Tratamiento de trastornos de conducta en centros de internamiento de adolescentes	18
2.5.4	Tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta en adolescentes	18
Capítulo 3 Marco Metodológico		
3.1	Planteamiento del problema	19
3.2	Pregunta de investigación	19
3.3	Objetivos	19
3.3.1	Objetivo general	19
3.3.2	Objetivos específicos	20
3.4	Alcances y límites	20
3.4.1	Alcances	20
3.4.2	Límites	20
3.5	Metodología	21
Capítulo 4 Presentación de Resultados		
4.1	Sistematización de los estudios de caso	22
4.1.1	Informe psicológico	23
4.2	Análisis de resultados	32
4.2.1	Gráficas	33
Conclusiones		36
Recomendaciones		37
Referencias		38
Anexos		39
Lista de Gráficas		
	Gráfica No. 1 Edad y Género	33
	Gráfica No. 2 Problemática encontrada	34
	Gráfica No. 2 Causas Encontradas	35

Resumen

El presente caso de investigación, está desarrollado bajo cuatro capítulos base, cada uno de ellos muestra las diferentes fases y procesos que se realizaron para concretar el tema central, basado en las causas que generan conductas agresivas en los adolescentes y su abordaje.

En el capítulo 1, Marco de Referencia, se presenta la información del centro donde se realizó la investigación, como resultado de un proceso de práctica durante el presente año 2014. El centro fue el Hospital Materno Infantil “Juan Pablo II”, en donde se abordaron múltiples casos, de los cuales destacan en su mayoría las conductas agresivas.

En el capítulo 2, Marco Teórico se describen temas como la familia y su influencia en el adolescente, factores que influyen en la conducta del adolescente, adolescencia, trastornos de conducta en el adolescente y la forma de tratamiento de los trastornos de conducta en los adolescentes. Cada uno de estos temas centrales se sub-divide en otros temas relacionados.

En el capítulo 3, Marco Metodológico se pone de manifiesto la problemática planteada, los objetivos tanto generales como específicos, los alcances y límites que se obtuvieron en el proceso de realización de práctica y la metodología de esta investigación, la cual se destaca por ser de tipo descriptivo.

En el capítulo 4, Presentación de Resultados se muestran datos y cifras de la incidencia de la problemática, la prevalencia en edad y género y las diferentes causas que dan origen al tipo de problemática abordada. En este marco se adjunta un caso clínico abordado en el proceso, como muestra del resultado y comprobación de la hipótesis.

Introducción

Esta investigación tuvo como objetivo determinar las causas que generan una conducta agresiva en los adolescentes, con la finalidad de poder determinar si un abordaje psicológico repercute en cambios positivos, y si al implementar técnicas de ayuda práctica en el ambiente familiar, se producen cambios que mejoren la conducta.

No es posible medir únicamente las causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital “Juan Pablo II”, se deben de realizar esfuerzos constantes como ampliar la cobertura y la calidad de programas de conducta agresiva, con miras a promover un desarrollo continuo, de proveer a jóvenes con una educación en valores, que integre la formación académica, con la enseñanza de estrategias que promuevan un crecimiento emocional que le permita al máximo su potencialidad. Proporcionarle una orientación efectiva, destrezas sociales que incrementen su capacidad para relacionarse con otros adolescentes en un clima de armonía y respeto.

Existen estudios que indican una tendencia generalizada de la actual generación, a tener más conflictos emocionales, a presentar cuadros depresivos, ser más impulsivos, indisciplinados y agresivos que generaciones anteriores. El uso de alcohol, drogas y el aumento de embarazo en adolescentes, los actos de violencias sin sentido, familias disfuncionales, pobreza extrema, anomalías genéticas, maltrato familiar son algunos de los problemas que presentan las sociedades.

El impacto negativo que en buena medida ejercen los medios de comunicación, el deterioro de los valores morales, son factores que no favorecen a jóvenes y el estar en una etapa de desarrollo que conlleva ansiedad por el cambio, placer en el peligro, les pone en una situación vulnerable. El carecer de un programa específico orientado a frenar la conducta agresiva del adolescente, promover con este elemento la formación en valores que les ayude a mejorar su autoestima, sus actitudes y destrezas de comunicación, con el deseo de favorecer su desenvolvimiento en la escuela, la familia y la sociedad.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

El presente estudio de investigación se basa en la conducta agresiva de los adolescentes que asisten a la clínica de psicología del Hospital Infantil “Juan Pablo II”. Este tema fue elegido de una amplia variedad por su incidencia, la cual fue registrada en los motivos de consulta de los asistentes a clínica, esta incidencia representa más de la mitad de los casos atendidos.

En la sociedad guatemalteca se viven altas tasas de agresión y violencia, lo que se ve reflejado muchas veces en jóvenes con estas conductas. El presente estudio de investigación tiene como objetivo dar a conocer algunas de las causas responsables de la alta violencia que se vive en el país, teniendo a la adolescencia como objeto de estudio.

Es en la adolescencia donde el individuo desarrolla su identidad, muchos jóvenes guatemaltecos se están desarrollando dentro de familias disfuncionales y agresivas, muchas veces caóticas, lo que influye en que los jóvenes se identifiquen con la agresión y la introyecten en sus personalidades, por tal motivo es importante sensibilizar a quienes conviven con los jóvenes para que puedan ayudarles a desarrollar su identidad de la mejor forma posible, dándoles herramientas adecuadas de afrontamiento a sus posibles dificultades o problemas que experimentarán a lo largo de su vida.

Se sabe que la familia constituye la unidad básica de la sociedad y corresponde a ésta atribuciones como la crianza, la educación, la enseñanza de valores, la protección, etc. Observaciones directas efectuadas sobre familias nucleares, formadas por los padres y los hijos, señalan ciertas diferencias entre las interacciones del padre y de la madre con los hijos, se ocupan menos de ellos debido a que muchas veces estos trabajan excesivamente, no siendo ésta la única situación.

1.2 Descripción

El Hospital Infantil “Juan Pablo II” es un programa permanente de salud de Cáritas Arquidiocesana de Guatemala, que promueve el bienestar físico, emocional y espiritual de las personas que lo necesiten. Tiene 29 años de servicio a la niñez guatemalteca de 0 a 18 años de edad en más de 20 especialidades pediátricas, incluida psicología clínica y estimulación temprana.

La práctica se realizó en la Unidad de Psicología Clínica, la que está ubicada en el segundo nivel del edificio, cuenta con 3 clínicas equipadas adecuadamente para este servicio. Durante la realización de la práctica se cuenta con el aval de un asesor para realizar la práctica en esta institución.

1.3 Ubicación

El Hospital Infantil “Juan Pablo II” está ubicado en la 12 calle 1-96, Colonia El Rosario, zona 3 de Mixco en Guatemala. Geográficamente está ubicado entre la Calzada Roosevelt y Calzada San Juan. En la Calzada Roosevelt se entra a la altura de la Colonia Molino de las Flores y el Seminario Mayor de la Asunción. Por la Calzada San Juan se entra a la altura de la Colonia El Castaño, cerca de Meta mercado San Juan. Otra referencia es que está cerca la panificadora Bimbo, Colegio de Infantes de Guatemala, Aldeas S.O.S. y la Iglesia “Elim” Central.

1.4 Organización

El Hospital “Juan Pablo II”, cuenta con una organización externa, perteneciente al Arzobispado de Guatemala, a través de Cáritas Arquidiocesana de Guatemala. La organización interna está formada por el Delegado Arzobispal, una junta directiva y el director general, tal como se presenta en el siguiente organigrama.

Otorrinolaringología, Psicología y Estimulación Temprana, Terapia del Habla, Traumatología y Ortopedia, Urología. Ginecología y Maternidad. Dentro de los servicios que ofrece están: Consulta Externa, Emergencias, Farmacia, Hospitalización, Laboratorio, Programas de Vacunación, Rayos X y Ultrasonidos, Albergue.

Ofrece programas de: Post Grado de Pediatría, Programa Escuela de Auxiliares de Enfermería, Programa Hablemos de Salud Infantil, Transparencia Fiscal.

Los servicios del hospital están dirigidos a personas de escasos recursos económicos.

1.7 Visión

“Ser un programa de salud de Cáritas Arquidiocesana, sin fines de lucro y de alta calidad, que promueve el bienestar físico, mental y espiritual del necesitado, por medio de servicios médicos y de formación, mediante la optimización de recursos”.

1.8 Misión

“Somos un programa de salud permanente de Cáritas Arquidiocesana de Guatemala, que inspirados en Jesús Resucitado, brinda servicios integrales a la población, con énfasis en el grupo materno infantil”.

1.9 Justificación de la investigación

Como cierre del pensum de estudios de Psicología Clínica y Consejería Social se tiene como requisito llevar a cabo la Práctica Profesional Dirigida de la que se desprende el estudio de la presente investigación. La elaboración de este trabajo es importante para ayudar al desarrollo de competencias profesionales del estudiante que está por egresar de la universidad.

El tema estudiado es la causa o causas de la conducta agresiva en los adolescentes, en la clínica de Psicología del Hospital Infantil “Juan Pablo II”, afirmando anteriormente que fueron atendidos más del cincuenta por ciento por esta causa y otras más como rompimiento de las reglas sin una razón clara, comportamiento cruel o agresivo hacia personas, ausentismo escolar que comienza antes de los 13 años, mentir para conseguir un favor o evitar tareas, vandalismo y destrucción de la propiedad, concluyendo que los niños y adolescentes con este tipo de conducta agresiva tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y no preocupados por los sentimientos de los demás.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Familia y su influencia en el adolescente

La familia es el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos y de convivencia, al objeto de satisfacer necesidades fundamentales al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico-social. Es un sistema de intersatisfacción mutua de necesidades humanas, materiales y espirituales, que permiten la reproducción biológica de la especie, la reproducción de la cultura, de la cual ella misma es expresión y la reproducción del sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive y para convivir adaptativamente en la cual, debe preparar a sus miembros.

La familia constituye la unidad básica de la sociedad y corresponde a ésta atribuciones como: la crianza, la educación, enseñanza de valores, protección, etc. Actualmente las observaciones efectuadas sobre familias nucleares; es decir formadas por los padres y los hijos, señalan ciertas diferencias entre las interacciones del padre y de la madre con los hijos, ya que se ocupan menos de ellos, pasando menos tiempo, esto debido a exigencias socioeconómicas donde existen estereotipos sobre la calidad de vida. Los padres trabajan mucho, las familias se separan, cada quien se ocupa de sí mismo de diversa manera.

2.1.1 Aspectos esenciales de la familia

Visto en su conjunto, el concepto de familia comprende diversos aspectos esenciales, y por el vínculo puede haber parentesco biológico, o no, pueden existir vínculos contractuales, como la adopción y el matrimonio, en ausencia de consanguinidad y constituirse en relación familiar por establecer lazos estables, mientras que la ruptura del contrato matrimonial interrumpe el parentesco de la pareja, aunque no de los hijos, por otra parte, implica vínculos afectivos y morales que se mantienen a lo largo de la vida, así como sus obligaciones, y derechos espirituales y materiales que la tradición y la ley recogen, los que de violarse, crean

problemas que la sociedad censura, afectando en la práctica directa o indirectamente a los trasgresores, perjudicando por extensión de un modo u otro a todo el grupo familiar.

2.1.2 Funciones de la familia

La familia es muy importante para el desarrollo del niño por ende del adolescente, es en la familia donde el recién nacido aprende a percibirse como persona, es decir, se desarrolla la seguridad ontológica; es también en la familia donde el adolescente aprende a compartir con los demás, aprende a aceptarse a sí mismo, logra desarrollar una buena autoestima y busca una posición independiente, y algo muy importante en esta etapa del ciclo vital es que la familia le ayuda al adolescente a desarrollar su identidad.

Fleck, (1954), menciona las funciones básicas de la familia:

- Maritales,
- Nutricias: incluye nutrición biológica y afectiva,
- Relacionales,
- Educativas,
- Comunicativas,
- Enunciativas: implica individuación e independización,
- Recuperativas.

Según el enfoque de (Macías 1956), se consideran las funciones siguientes en la familia incluido el adolescente:

- Satisfacción de una parte significativa de las necesidades del hombre, como especie biológica y entre ellas puede citarse la reproducción, la alimentación, la protección física y los cuidados ante las enfermedades, el entrenamiento en aquellos hábitos necesarios para la adaptación biológica y la supervivencia.
- Satisfacción de una parte de las necesidades del hombre como especie social: es fuente de afecto, estímulo a sus mejores cualidades, entretenimiento y recreación, bienestar, seguridad emocional.

- Se establecen las relaciones afectivas, modulando los patrones de respuesta emocional y fijando la respuesta de sus afectos de acuerdo con su experiencia personal, en etapas tempranas de la vida vinculada al intercambio en el seno familiar.
- Establece los patrones temarios de relación interpersonal, desarrollando las actitudes y formas de comunicación que le van a hacer típicas a lo largo de la vida como parte constitutiva de su carácter.
- Posibilita el desarrollo de la identidad, la que está esencialmente ligada a la identidad familiar.

Es dentro del grupo familiar en donde aprenden los valores y se trasmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar, rural o urbano, determinan ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan, cumpliendo las funciones que son inherentes a una familia funcional independientemente si se trata de una ubicación geográfica diferente.

2.1.3 Tipos de familia

Cuyuch Marta (2013), menciona que el sistema familiar es más que la suma de cada uno como individuo, que en él se genera un proceso de desarrollo, que permite su crecimiento en complejidad y organización. La familia es la unidad social y se le considera como una organización social primaria, que se caracteriza por sus vínculos y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un sistema de la organización social. Así mismo, dentro de este sistema se encuentran diferentes tipos de familia, los que se mencionan a continuación:

La Familia Nuclear

Es una unidad de parentesco, relación económica y doméstica bi-generacional que incluye a uno o ambos padres y a sus hijos biológicos, adoptivos, hijastros o todos ellos. Se le conoce también como círculo familiar.

Es la familia conviviente esta Formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los miembros de una pareja y/o sus hijos. Las definiciones más amplias consideran en un núcleo familiar tanto a los grupos formados por dos adultos emparejados, con o sin hijos, como a los formados por un adulto con uno o varios hijos. Algunas definiciones más restrictivas la reducen a los casos en los que están presentes los dos progenitores.

La Familia Extendida

Es una red de parentesco multigeneracional, que incluye a los abuelos, tías, tíos, primos y familiares más distantes. En este tipo de familia existe una red de afines, que tienen una participación como comunidad cerrada. Puede llegar a abarcar parientes no sanguíneos como por ejemplo, los medios hermanos, los hijos adoptivos o putativos.

La Familia Monoparental

En este tipo de familia solo hay un padre o madre con hijos biológicos o adoptivos, por lo que son aquellas en las que un progenitor convive con y es responsable en solitario de sus hijos e hijas menores o dependientes. Aquí se habla de “hogar monoparental”, núcleo principal o primario. Un porcentaje de los núcleos monoparentales se incluyen dentro de una familia compleja en la que hay una pareja, frecuentemente la constituida por los abuelos de los niños o niñas. En este caso se habla de núcleo monoparental secundario o dependiente.

La Familia Funcional

Es en la que sus miembros, pueden desarrollarse de manera física, emocional, intelectual y social y favorece un escenario y oportunidad para la liberación de las tensiones cotidianas propias de la actividad familiar. La principal característica de una familia funcional, es que promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y capacidad de adaptación al cambio.

2.2 Factores que influyen en la conducta del adolescente

Clavijo Portieles, Alberto (2002) considera una familia saludable, cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes con una adecuada integración estructural, psicodinámica, semántica y psicológica entre ellos y con el ambiente. Esto presupone una integridad biológica y ausencia de síntomas significativos y permanentes y un estilo de vida saludable, hay sentimientos de bienestar y sana expresión de las necesidades y de los afectos, adaptación social, laboral y escolar de sus miembros, buena comunicación y adecuadas relaciones e intrafamiliares, madurez emocional acorde a la edad de cada cual, proyección social y al desarrollo por parte del grupo, poder de recuperación y receptividad para la ayuda externa y habilidad para desenvolverse satisfactoriamente en situación de crisis.

2.2.1 Conflictos familiares

De todos los problemas de la vida, el conflicto es quizá el más común y surge cuando halla frente a dos o más experiencias, oportunidades, necesidades o metas incompatibles. Nunca puede resolverlo por completo, es preciso renunciar a alguno de objetivos, modificarlos, posponer la consecución de alguno de ellos o resignar a no alcanzarlos todos y sin importar lo que haga, habrá frustración que aumenta el carácter estresante de los conflictos.

En la década de los treinta, Kurt Lewin & Clavijo Portieles, Alberto (2002). describieron dos tendencias opuestas del conflicto: aproximación y evitación. El conflicto de aproximación se da cuando una persona se siente atraída al mismo tiempo por dos metas deseables y el conflicto de evitación se da cuando la persona se encuentra entre dos posibilidades indeseables, amenazadoras, ninguna de las cuales tiene atributos positivos. En tales casos, las personas tienden a escapar de la situación y si no es posible, el método de afrontamiento, dependerá de cuan amenazadoras resulten las alternativas.

Cuando hay conflictos en familias donde hay adolescentes, la situación se torna más difícil debido a la rebeldía que estos podrían presentar, cuando los patrones de crianza influyen su conducta; algunas de ellas podrían ser:

- Romper las reglas sin una razón clara.
- Comportamiento cruel o agresivo hacia personas.
- Ausentismo escolar (inasistencia que comienza antes de los 13 años).
- Mentir para conseguir un favor o evitar tareas que tiene que hacer el adolescente
- Escaparse de la casa, centro escolar vandalismo, destrucción de la propiedad.
- Los adolescentes con conductas agresivas tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y no preocupados por los sentimientos de los demás.

2.2.2 Anomalías Genéticas

Wicks Nelson, Rita (2003) argumenta que buscar una causa o causas biológicas es buscar la anomalía genética. Las contribuciones genéticas al desarrollo del comportamiento operan de forma compleja, tanto a nivel de la especie como a nivel individual. Mediante los procesos evolutivos todos los seres humanos están biológicamente programados y tener unas características comunes determinadas. Hasta este siglo hemos llegado a comprender los procesos genéticos básicos. Todas las células del cuerpo contienen cromosomas, cuyos segmentos se llaman genes. Los cromosomas están compuestos de ADN, el material hereditario encargado de dirigir la actividad de la célula y de decidir cómo será el adolescente como ser social y emocional.

2.2.3 Maltrato en los Adolescentes

Block, Krebs, (2005) menciona que a los niños se les descuida en todas las edades, pero las tasas más elevadas de victimización y muerte a causa del maltrato, se presentan en niños de tres años o menores y muchos lactantes son víctimas del síndrome del bebé sacudido. Otros mueren por retrasos del crecimiento, a menudo ocasionados por descuido. Los retrasos del crecimiento pueden deberse a una combinación de nutrición inadecuada, interacciones trastornadas con los progenitores y otros factores como enfermedades.

La pobreza es el principal factor de riesgo de los retrasos en el crecimiento a nivel mundial. El maltrato se presenta en diversas formas específicas y el mismo niño, luego adolescente puede ser víctima de más de un tipo y estas incluyen:

- Abuso Físico se refiere a lesiones al cuerpo por medio de golpes, patadas o quemaduras.
- El Descuido es el fracaso en las satisfacciones básicas del niño o del adolescente, tales como comida, ropa, cuidado médico, protección y supervisión.
- El Abuso Sexual es cualquier actividad sexual que implica a un niño o a un adolescente y a una persona mayor.
- El Maltrato emocional incluye rechazo, intimidación, aislamiento, explotación, degradación, no brindar apoyo emocional, amor y afecto.

El Ministerio de Salud Pública, (1999) en su Protocolo de Atención en Salud Mental a la población infanto-juvenil menciona que casi el 80 % de los casos de maltrato, los responsables son los padres, por lo general la madre; 63% de los casos de maltrato implican descuido. El maltrato por parte de los progenitores es síntoma de una alteración extrema en la crianza de sus hijos, por lo general empeora por otros problemas familiares, tales como pobreza, carencias educativas, alcoholismo, depresión o conductas antisociales. Un número desproporcionado de niños y adolescentes abusados y descuidados provienen de familias grandes o pobres, que tienden a encontrarse bajo estrés y a tener dificultades para satisfacer sus necesidades básicas. Aunque los casos de descuido se presentan en familias muy pobres, los bajos ingresos son causantes del descuido.

Muchos niños maltratados, exhiben una notable resiliencia, el optimismo, autoestima, inteligencia, creatividad, humor, independencia, son factores de protección como también lo es el apoyo social de un adulto afectuoso. En el maltrato las causas y consecuencias, que se pueden encontrar a este respecto son:

2.2.4 Pobreza existente en el hogar del adolescente

Cohen y Williamson, (1994) argumentan que personas difieren en la forma que manejan sus problemas y en particular los factores económicos y sociales influyen no solo en la intensidad del estrés que la gente sufre, sino también en su capacidad para superarlo. Con frecuencia, el estrés afecta más a los pobres que a los que tienen una posición más acomodada (viven en viviendas muy pobres, y en barrios con altos índices de criminalidad y violencia. Están más

propensos a quedarse desempleados durante mucho tiempo, han de superar mayores obstáculos para atender necesidades básicas como alimentar a sus hijos, conservarse en buena salud, obtención médica de calidad, y conseguir una casa.

2.3 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud, (1999) menciona en el Protocolo de Atención en Salud Mental, que la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está contenida dentro del período de la juventud (10 y 24 años). La pubertad o adolescencia inicial, es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 años en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores en estudios recientes han extendido la adolescencia a los 25 años.

2.3.1 Manifestaciones biológicas del adolescente

Cole, (2001) menciona que el organismo pasa de la inmadurez física a la madurez biológica y reproductiva, a estos cambios se les conoce como pubertad. Durante la pubertad los órganos sexuales primarios se vuelven funcionales y aparecen las características sexuales secundarias, que diferencian a los hombres de las mujeres, el inicio y duración de la pubertad no solo depende de características individuales sino también del ambiente.

La adolescencia, se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico cultural y social. Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas y en diversas regiones el paso de la adolescencia a la edad adulta, va unido a ceremonias y/o fiestas que se celebran a los 12 años para las niñas y 13 para los niños. Aunque no existe un consenso sobre la edad en que termina la adolescencia, diferentes psicólogos como Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los 12 o 13 años hasta los 20 o 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse,

ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo, etc.

2.3.2 Esfera cognoscitiva

Keating, (1990) menciona que lo típico del pensamiento del adolescente es que puede razonar de forma hipotética y deductiva, pensar acerca de su propio pensamiento, planear o cuestionar todo lo convencional

Wicks Nelson, Rita (2003) explica en su teoría que el adolescente, puede pensar como lo hace porque alcanzó en su desarrollo la etapa de las operaciones formales que se sitúan entre los 12 a los 19 años. Esta etapa se caracteriza por que la persona adquiere la habilidad de pensar sistemáticamente acerca de las relaciones lógicas de un problema y en forma abstracta.

Indica también que lo que subyace al desarrollo cognoscitivo, es la interacción entre los procesos es la asimilación y acomodación. Otros autores opinan que en las operaciones formales, igual que las otras etapas propuestas por Piaget, no se presentan de manera universal, la investigación ha probado que aunque existen diferencias culturales, esta forma de pensamiento se da en dominios específicos en todas las culturas.

2.3.3 Esfera Socio Afectiva

Kohlberg, (2000) mencina que en esta edad el adolescente resalta el cuestionamiento que se hace de lo establecido y el desarrollo de normas de conducta. Para entender la adquisición de esas normas o valores, se puede tomar como base la teoría del razonamiento moral de De acuerdo con esa teoría en la adolescencia se alcanza la moralidad de los sistemas sociales, el razonamiento convencional, el contrato social y los derechos individuales.

El juicio moral se basa en la comprensión del orden moral y del orden social, la ley, la justicia y el deber en la que se piensa como los valores, derechos y principios subyacen a las leyes y en la que los criterios morales se desprenden de los derechos humanos universales.

2.4 Trastornos de conducta de los adolescentes

Es una serie de problemas comportamentales, y emocionales, que se presentan en los adolescentes. Los problemas pueden involucrar comportamiento impulsivo y desafiante, consumo de drogas o actividad delictiva. El diagnóstico es más común entre varones y es difícil saber qué tan frecuente es este trastorno, lo cual se debe a que muchas de las cualidades necesarias para el diagnóstico tales como la actitud desafiante y la desobediencia de reglas, son difíciles de definir. Para realizar un diagnóstico de trastorno de conducta, y del comportamiento se tiene que ser mucho más extremo de lo que es socialmente aceptable.

El trastorno de conducta a menudo está asociado con el trastorno de déficit de atención y también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar. Los adolescentes con trastornos de conducta tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados por los sentimientos de los demás y a menudo no hacen ningún esfuerzo por ocultar su comportamiento agresivo y pueden tener dificultades para hacer amigos verdaderos.

2.4.1 Adolescentes agresivos o adolescentes violentos

Cornella (2000) argumenta que la agresividad no siempre implica violencia, y según se puede expresar de maneras diferentes de acuerdo a este especialista de la conducta adolescente: a) Agresividad adaptativa, la cual es entendida como una respuesta fisiológica esperable en determinados contextos. Se trataría de una función de supervivencia, presente también en el reino animal. b) Agresividad mal adaptativa: se trata de una agresividad desinhibida o no regulable. La respuesta del sujeto no es proporcional al estímulo que la causa.

La agresividad mal adaptativa es la que mayor preocupa a padres y educadores porque esta surge sin una causa aparente y sin motivo alguno. Se trata de una manifestación en el adolescente debido a fallos internos de origen psicológico. De ahí que la agresividad mal adaptativa sea la que más probabilidad tiene de terminar en violencia. Durante la adolescencia el cerebro está en un momento muy sensible a la influencia de su entorno, a la baja autoestima y a la ansiedad. La adolescencia es un duro camino para el que lo vive, repleto de cambios y

confusiones, que no hacen otra cosa que incrementar el malestar que ya de por sí vive en los adolescentes.

2.5 Formas de tratamiento de los trastornos de conducta en los adolescentes

Tuma y Pratt, (1982) mencionan que la perspectiva que adopte un terapeuta influirá en el tipo de terapia que este ofrezca. Así pues si un profesional adopta una perspectiva conductual o del aprendizaje social ofrecerá tratamientos orientados hacia la acción y centrado en los problemas del presente, ya que partirá de la base de que la terapia es un proceso de aprendizaje regido por principios comunes a todas las situaciones del aprendizaje.

Otra dimensión para caracterizar el tipo de tratamiento, es mediante lo que se denomina forma de tratamiento, es decir el modo en que se prestan los servicios y como se señaló los terapeutas que trabajan desde el punto de vista de distintas perspectivas teóricas son partidarios de incluir a la familia en el tratamiento. Por consiguiente trabajar con la familia sería una forma de tratamiento que utilizaría el terapeuta desde distintas perspectivas. Otra posibilidad, es que el terapeuta decida trabajar con la familia como una unidad y así mismo en el tratamiento de adolescentes también pueden emplearse la medicación.

2.5.1 Psicoterapia individual y de grupo en trastornos de conducta de adolescentes

Johnson, Rasbury y Siegel, (1986) argumentan que la idea tradicional que se tiene de la psicoterapia son las sesiones individuales verbales y es la forma de tratamiento más frecuente, si bien los terapeutas también han ofrecido la terapia en grupo basándose en distintas perspectivas teóricas. Los grupos ofrecen la oportunidad de tener unas experiencias de socialización que no existen en el modo individual, del mismo modo el tratamiento en grupo puede resultar atractivo para el adolescente, ya que parece menos amenazador y demuestra que sus iguales también tienen problemas.

Ya sea en formato individual o de grupo, los tratamientos que se escriben como formas verbales de psicoterapia, constituyen la forma de intervención primordial, particularmente cuando se trata de niños mayores y de adolescentes. No obstante la necesidad de modificar los métodos de tratamiento para adaptarlos al nivel cognitivo y emocional del desarrollo del niño y del adolescente, es un factor cuya consecuencia, ha sido la aparición de formas de tratamiento no verbales para trabajar con ellos.

2.5.1.1 Psicoterapia Grupal

Johnson, Rasbury y Siegel, (1986) mencionan que es un tratamiento terapéutico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas y afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la carnificación y la disminución sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno.

2.5.2 Terapia de juego en trastornos de conducta de adolescentes

Melanie Klein (1932), fue una de las primeras terapeutas que hizo hincapié en la importancia del juego como parte del tratamiento del niño y Klein denominaba terapia mediante juegos, a los procesos que se utilizaban como base de interpretación psicoanalítica, al igual que la asociación libre verbal se emplea en el psicoanálisis del adulto. Ana Freud (1946) no estaba de acuerdo que si bien el niño expresaba sus emociones y sentimientos a través del juego, éstos no podían igualarse a nivel cognitivo a la producción intencionada de las asociaciones libres de los adultos.

2.5.3 Tratamiento de trastornos de conducta en centros de internamiento de adolescentes

El tratamiento en centros de internamiento constituye una forma de intervención para casos de trastornos graves de la conducta, ya que estos pueden ser tan difíciles de tratar, que trabajar con el adolescente como paciente externo no proporcionaría suficiente contacto o control.

El tratamiento de internado puede aplicarse en hogares para grupos, en las unidades de psiquiatría de los hospitales, en unidades en entornos no médicos y en las instalaciones para jóvenes que forman parte del sistema judicial y legal. El tratamiento proporcionado en estos lugares, suele incluir toda una serie de servicios como son las intervenciones terapéuticas, educativas y vocacionales. Debido a que los programas difieren tanto en sus contenidos, ha sido difícil evaluarlos y por tanto sabemos menos de lo que se desearía sobre su efectividad.

2.5.4 Tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta en adolescentes

Los tratamientos farmacológicos, es decir la medicación forman parte de las intervenciones empleadas en una gran variedad de trastornos de la conducta del adolescente. La diferencia entre esto y las formas de tratamiento que acabamos de explicar es que el empleo de medicación está más estrechamente relacionado con una sola perspectiva, la influencia de los factores biológicos. No obstante los agentes psicofarmacológicos a menudo se emplean combinándolos con otras formas de tratamiento. Los medicamentos que afectan al estado de ánimo, a los procesos mentales o a la conducta, se conocen como psicotrópicos o psicoactivos, empleándose a menudo en éstos casos, el término tratamiento psicofarmacológico.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Durante la etapa de la adolescencia el adolescente en la esfera afectiva establece interacción con la familia y con sus pares e inicia la vinculación con el sexo opuesto, pudiendo ser para ellos un modelo positivo o negativo. Una de las causas principales de las conductas agresivas que se encontró es la pobreza material, emocional y espiritual.

El interés en el abordaje de este tema, se centra en detectar las causas de la conducta agresiva en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital “Juan Pablo II”, con el objetivo de brindar herramientas que propicien la prevención de este tipo de conducta. Además de ser este un motivo de consulta frecuentemente encontrado durante todo el proceso de práctica 2014 en el mencionado centro, y porque se pudo observar que muchos padres o tutores desconocen las causas de ese tipo de conducta.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las causas de las conductas agresivas en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital “Juan Pablo II”?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Investigar las causas de la conducta agresiva de los adolescentes, para acciones de prevención orientada al problema.

3.3.2 Objetivos específicos

- Establecer las causas del porqué de las conductas agresivas, en los adolescentes tratados, para darles un abordaje adecuado.
- Presentar un programa a los adolescentes y promover con este elemento la formación en valores, que les ayude a mejorar su autoestima.
- Determinar los planes de tratamiento, que se ajusten más a conductas agresivas, buscando solución al problema de las conductas agresivas, que se presenta en la clínica 1-2 de psicología de niños y adolescentes, del hospital “Juan Pablo II”.

3.4 Alcances y Límites

3.4.1 Alcances

- Se atendieron niños y adolescentes de 12 a 18 años, referidos por consulta externa y servicios del hospital Juan Pablo II.
- Se pudo realizar una intervención terapéutica multidisciplinaria ya que el hospital cuenta con varios profesionales de la salud como pediatras, neurólogos, terapeutas del lenguaje, odontólogos, etc.
- Se logró la permanencia de varios casos en el proceso psicoterapéutico desde su inicio hasta su finalización.

3.4.2 Límites

- Por la alta afluencia de pacientes en el hospital, muchas veces se tuvo que atender a los consultantes en terapias de corto tiempo.
- El no poder llegar a toda la población consultante, referidos por consulta externa y servicios del hospital

- Muchos pacientes se vieron obligados a dejar la terapia por falta de recursos económicos, que implicaba el pago de consulta y el traslado al hospital, el cual está situado en el extremo occidental afueras de la ciudad de Guatemala.

3.5 Metodología

La problemática de estudio se refirió a la detección de las causas de la conducta agresiva de los adolescentes, que asistieron a las clínicas de psicología del Hospital “Juan Pablo II”. Se consideró este tema ya que durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social realizada en el Hospital Infantil “Juan Pablo II”, se pudo observar gran incidencia de esta problemática en el motivo de consulta de los padres o cuidadores acerca de la conducta no deseada de los niños en estas edades, y se pudo constatar que la influencia del estado de pobreza de las familias era determinante en la conducta manifiesta de los menores, por lo que se tomó la decisión de elaborar un estudio para sentar las bases teóricas que ayuden a mejorar las relaciones paterno filiales, y por consiguiente ayudar a los niños a desarrollar conductas asertivas para afrontar las diferentes situaciones de la vida.

El método científico deductivo fue el utilizado. Se utilizaron como instrumentos la observación, la experimentación, la anotación de lo observable para luego hacer un ordenamiento, tabulación y selección de los datos obtenidos para el posterior análisis de los más significativos.

Así mismo, se utilizaron técnicas y herramientas de las ciencias psicológicas como lo son la evaluación psicológica, la entrevista e historia clínica, el examen del estado mental, test proyectivos y psicométricos, el genograma, el juego como herramienta de diagnóstico, se hizo uso de los manuales de diagnóstico DSM-IV-TR y CIE-10 para luego realizar una evaluación multiaxial. Esto con el propósito de elaborar un diagnóstico el cual dio la pauta del tratamiento a seguir y cómo se abordó cada situación.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de los estudios de caso

El estudio de los diferentes casos se enmarcó en una metodología de tipo descriptiva, la cual se empleó como una herramienta para estudiar algo específico, en este caso lo relacionado a las causas que generan conductas agresivas dentro de un grupo de adolescentes. Durante la realización del proceso de práctica se abordaron múltiples casos de los cuales la mayoría generaron como motivo de consulta, conductas agresivas tanto en el ambiente familiar como social. Para poder determinar las causas de este tipo de conducta, se realizó una primera intervención clínica, haciendo uso de diversas técnicas de evaluación para luego elaborar un plan de tratamiento psicológico dirigido tanto al paciente como a sus padres.

Como punto de partida o primera fase, se abordó al paciente haciendo uso de la entrevista clínica, examen del estado mental, pruebas proyectivas como: la figura humana y la familia; y el cuestionario CAQ. Con los resultados obtenidos se determinó un diagnóstico para cada caso, a la vez que se logró obtener datos relacionados a las posibles causas que generan este tipo de conducta.

Posteriormente se elaboró un programa que incluyó la formación de valores y fortalecimiento a la autoestima, con el objetivo determinar si la carencia de los mismos fue un factor determinante en su conducta, y por último se utilizó un proceso de psicoterapia enfocada en una psico-educación que incluyó el involucramiento de padres o tutores, para que a través de una terapia sistémica se le diera seguimiento al proceso en el ambiente familiar.

A continuación se presenta el informe clínico del paciente J.A.Ch., donde se presentan los resultados obtenidos de todo el proceso terapéutico que tuvo una duración de 17 sesiones, con un tiempo de 35 minutos por sesión.

4.1.1 Informe psicológico

I. Datos generales

Nombre:	J. A. Ch.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	26 de noviembre de 2002
Edad:	11 años
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	5° grado Primaria
Profesión:	Estudiante
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Católica
Referido por:	Pediatría
Fecha de inicio del Proceso terapéutico:	24-04-2014

II. Motivo de consulta

Expreso la abuela: “Lo traje al hospital porque tiene alteraciones de conducta, es agresivo, bajo rendimiento escolar y sale mal en la escuela”.

J. comento: “mis padres me dejaron abandonado con mi abuela, y no me relaciono con ellos, casi siempre me la paso solo y mi abuela no tiene derecho a estarme regañando”.

III. Historia del problema

Fecha de inicio y duración

J. es el tercero de los hijos del matrimonio, refiere que su padre se fue de la casa y luego emigro a Estados Unidos; su madre se fue también de la casa con otra persona y a él J., lo

dejaron en la casa de la abuela materna, la cual corre con todos los gastos económicos, pues los padres no aportan nada. J. refiere que la relación con su papá y su mamá no se da y lo dejaron abandonado en la casa de su abuela, quien hasta la fecha se ha hecho cargo de él.

b. Estresores o factores precipitantes

J. busco ayuda con su familia, pero nadie de ellos se preocupó de él y el poder tomar decisiones para corregirlo quedó en su abuela, durante la consulta, cursaba el 5to año de primaria y en lo que se refiere a su abuela, no le obedece, no realiza sus tareas escolares, se comporta agresivo y por lo anterior existe bajo rendimiento escolar.

c. Impacto del problema

Ante esta situación el paciente presentó sentimientos de tristeza, inseguridad, frustración, y culpa. J. manifestó que se sentía solo y la única persona que se preocupó por él era su abuela, pues ella fue quien le ayudó desde que nació comprándole lo necesario e incluso los gastos habían aumentado sustancialmente, debido al incremento del precio de la comida, la educación y el transporte, etc. En reiteradas situaciones su abuela se enojó mucho cuando no le hizo caso, y él le respondía que nadie tenía autoridad para decirle lo que debía hacer.

Historia clínica

A) Personales no patológicos

1. Historia prenatal

Tercer embarazo de la madre, completó el período de nueve meses de gestación.

2. Nacimiento

Todo fue en forma normal según recuerda y le ha contado su abuela, no hubo complicaciones en el nacimiento, y su parto fue atendido por una comadrona en casa de los padres.

3. Evolución neuropsíquica

No se tienen datos exactos. El paciente y la abuela argumentaron que no hubo problemas en este aspecto.

4. Evolución del lenguaje

Satisfactorio, según lo indicó el paciente y la abuela.

5. Desarrollo escolar

Refiere que fue un alumno responsable, pero en realidad no le gustaba estudiar. Le gustaba jugar fútbol más que recibir clases, la única clase que le gustaba era la de educación física, y expresaba que quizá después aprendería algún oficio.

6. Desarrollo social

Se consideraba un niño sociable que participaba en las actividades de la escuela, y en otro tipo de actividades, culturales, en el lugar donde vivía.

B) Personales patológicos

1. Historia médica

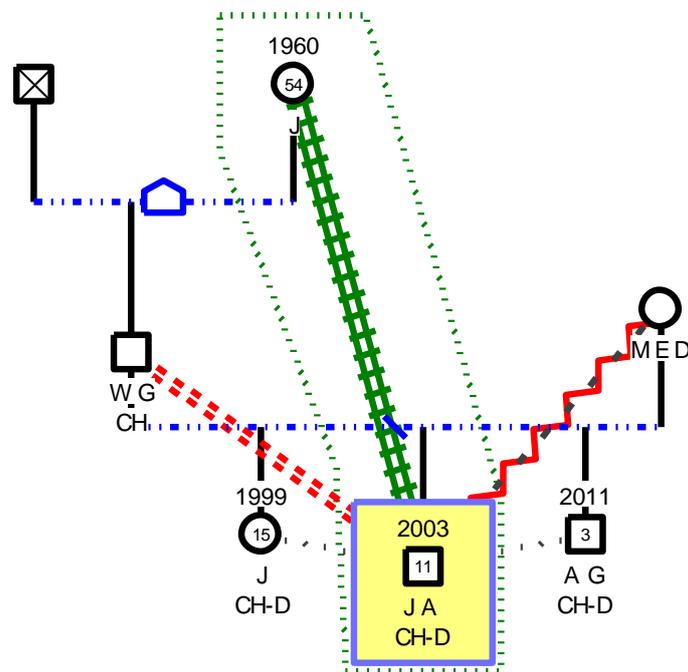
J. refería que básicamente, había tenido buena salud. Solamente refiere que padecía de catarros muy fuertes, pero se le curan fácilmente.

2. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

No refiere ninguno

V. Historia familiar

Genograma



2. Estructura familiar

J. vivía solo con su abuela paterna, sus padres estaban separados y no vivían con él, el papá vivía en los Estados Unidos y la mamá vivía aparte con sus dos hermanos, su abuela tenía 54 años y era la encargada de cuidarlo y proveerle.

3. Antecedentes familiares

Referente a los padres de J., la relación era totalmente distante y conflictiva con el padre, aunque refiere que lo quería. Con su madre, la relación era muy mala, pero él vio que su padre prácticamente había abusado de su madre, ya que era alcohólico, y había sido violento con ella. La relación con su madre era de sentimientos ambivalentes, y esto lo demostró cuando ella decidió irse de la casa también y su abuela le decía que ella ha tenido varios maridos. J. sentía enojo por la falta de afecto y mucha vergüenza cuando sus padres lo regañaban y llegaban solo a quitarle-pedirle dinero a la abuela. La relación con sus hermanos no existía, ya que su abuela, se sentía insegura por el alcoholismo del padre, y la promiscuidad de la madre.

4. Antecedente familiar relacionado con problemas mentales

Ninguno.

VI. Examen del estado mental

1. Presentación

- Nivel de conciencia: Mantiene un nivel alerta y se puede concentrar sin problemas.
- Aspecto general: Se trata de un niño delgado, moreno, estatura baja, higiene y arreglo adecuado, mantiene contacto visual, su postura es la adecuada.
- Actitud: Colaboradora y amable, se observa tranquilo y por momentos ansioso.

2. Conducta motora y estado afectivo

- Conducta motora: Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa ninguna dificultad en su actividad motora.
- Afecto: Expresión facial congruente con el relato, expresivo, habla emocional y con volumen de voz adecuado.

3. Estado Cognoscitivo

a. Atención: Le es difícil mantener una atención constante y satisfactoria.

b. Concentración y vigilancia: Tiene capacidad para concentrarse en el tema. Mantiene un estado de vigilia satisfactorio.

c. Orientación: Adecuada se encuentra orientado en persona, lugar y tiempo.

d. Lenguaje

- Fluidez: Habla espontánea, volumen y timbre adecuado.
- Comprensión: Comprende conceptos y los relaciona sin dificultad.
- Repetición: Puede repetir sin dificultad frases y conceptos.
- Designación: Utiliza términos apropiados la mayoría de veces.

e. Memoria: Muestra una memoria satisfactoria tanto visual como auditiva.

f. Razonamiento: Le cuesta tomar decisiones, se ve influenciado por los problemas que tiene actualmente. Se observa tendencia a evadir dificultades y a mostrar emociones. No se le dificulta la abstracción.

4. Pensamiento

- Proceso: Muestra coherencia y lógica. Es concreto y perseverativo.
- Contenido: Se observan preocupaciones que interfieren con atención y concentración, en especial en su ambiente estudiantil.
- Introspección: Sabe que tiene dificultades, pero no sabe cómo enfrentarlas.

5. Estado de ánimo

Adecuada congruencia, entre efecto y contenido del pensamiento. Se mostraba ansioso y preocupado. Por otro lado, se mostraba expresivo y optimista en querer hacer cambios en la dinámica familiar.

VII. Resultados de las pruebas

Durante las pruebas J. se mostró colaborador y las finalizó en un tiempo promedio.

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
Test de la figura humana	15/05/2014
Test de la familia	15/05/2014
Cuestionario CAQ	29/05/2014

1. Test de la figura humana

La prueba muestra pulsiones poderosas, audacia y violencia, cierta inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo y una ansiedad con conflictos emocionales. Se puede observar además cierta expansión imaginativa y fantasías. Se muestran sentimientos de inferioridad e inseguridad, puede percibir el ambiente como amenazante y se inhibe ante él. Fuerte tendencia a la agresividad. Se muestra además una necesidad de complacer para establecer expansividad.

2. Test de la familia

La prueba muestra pulsiones poderosas, audacia y violencia, cierta determinación y asertividad, impulsividad e inmadurez. Se puede observar expansión imaginativa, fantasías, ideas y tendencias espirituales. Se manifiesta además cierta disfunción neurológica. Sentimientos de inferioridad, inseguridad y timidez, percibiendo el ambiente como

amenazante y se inhibe ante él. Se muestra cierta desvalorización hacia los padres y un distanciamiento entre las relaciones familiares. Puede observarse cierta preocupación por el rendimiento académico, perturbación en las relaciones interpersonales. Es notorio que logra hacer conexión con lo que le rodea, expansividad. Sobresalen conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos.

3. CAQ

Resultados cuantitativos

Escala	Puntuación directa	Decatipo
D1	11	9
D2	12	9
D3	12	6
D4	8	6
D5	10	7
D6	11	6
D7	12	9
Pa	11	7
Pp	14	6
Sc	11	8
As	9	4
Ps	11	7

Resultados cualitativos

A nivel de la estructura básica de la personalidad se observa preocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales. Insatisfacción por la vida, acoge pensamientos auto-destructivos, evita contactos interpersonales, no se halla confortable con los demás. Ciertos impulsos repentinos o incontrolados que pueden alejarlo de la realidad. Se puede observar en

los resultados obtenidos, cierta timidez, pérdida del aplomo y pensamientos de inferioridad. Se observa además preocupación, poca energía para actuar, sentimientos de intranquilidad. Cree que se le persigue, espía, controla o maltrata.

VIII. Otros estudios diagnósticos

Ninguno

IX. Impresión diagnóstica

J. fue un niño que mostro mucha energía, le gustaban las actividades prácticas en especial las deportivas, pero el ambiente escolar no fue agradable para él, no logro mantener la concentración en sus clases y no sintió deseo de responsabilizarse con sus tareas y trabajos escolares, lo que ha perjudicado su rendimiento. Se puede observar en él mucha ansiedad y preocupación debido a problemas relacionados con el ambiente familiar, y la dinámica familiar en que interactuó.

Presento conductas agresivas, violencia e impulsividad, no conoció a cabalidad lo que son límites y fronteras, por ello recibió constantes regaños de su abuela, además le perjudico en sus relaciones interpersonales. El distanciamiento de sus padres le afecto, por lo que manifiesto sentimientos de inferioridad, inseguridad y timidez, pero fue consciente de que su conducta tiene que mejorar para que le pueda ir mejor en la escuela.

X. Evaluación multiaxial

Eje I	Síndrome F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89]
Eje II	Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]
EjeIII	Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje IV

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Víctima de abandono de los padres, perturbación familiar por dificultosa relación con sus padres y hermanos, cambio de hogar.
- Problemas relativos al ambiente social: Dificultad para establecer relaciones sociales, carente apoyo social.
- Problemas relativos a la enseñanza: Bajo rendimiento escolar, frecuentes conflictos con los profesores y compañeros de clase

Eje V EEAG Actual 70 - 61

XI. Recomendaciones

- Se recomienda que el paciente inicie un proceso terapéutico para disminuir la ansiedad a través del uso de diversas técnicas.
- Hacer uso de la terapia cognitivo conductual para establecimiento de límites y fronteras, a través de diversas técnicas enfocadas en su motivación personal.
- Utilizar la terapia sistémica para integrar en el proceso a la abuela paterna, quién actualmente funge como tutora del niño, para dar apoyo y seguimiento de las técnicas en casa.

4.2 Análisis de resultados

Los casos atendidos con un proceso terapéutico completo, presentaron diversos motivos de consulta, es decir múltiples consecuencias como resultados de diversas problemáticas, las repercusiones para todos se dan dentro de su ambiente social y familiar, se destaca el tipo de conducta agresiva como resultado a diferentes causas encontradas. En los distintos abordajes realizados se observó una incidencia relacionada con insuficiente economía en el hogar, lo que en algunos casos ha llevado a múltiples conflictos y hasta disfuncionalidad en las relaciones familiares.

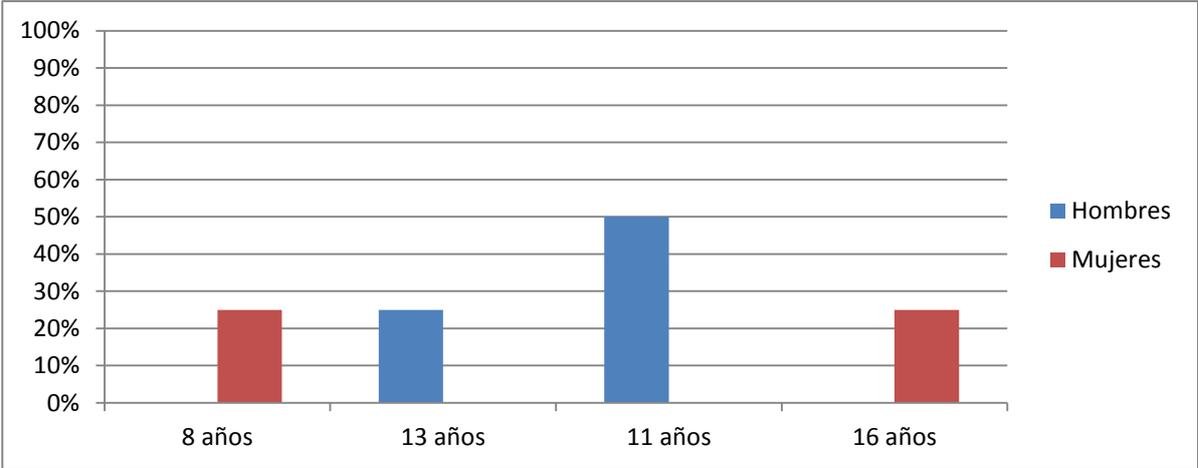
Otra problemática encontrada está relacionada con el poco control de emociones, mismas que son desplazadas a través de una conducta inadecuada, generalmente el mismo ambiente familiar que presenta frecuentes conflictos, sirve como detonante para que el niño o el adolescente desarrolle con mayor frecuencia la agresión. Y por último la carencia o desconocimiento de valores y principios formativos en la vida de la persona, le limitan a desarrollarse en un ambiente sano o adecuado.

A través de la intervención psicológica en especial de cinco casos concluidos, se logró determinar que el ambiente familiar repercute en la conducta del niño o adolescente, que al brindarle un acompañamiento y atención al paciente se pueden lograr cambios significativos en su conducta, que un proceso que incluya el control de emociones positivamente, aprendizaje de valores y principios para su buen desarrollo y tener una mejor comprensión de su propio sistema familiar, favorecen positivamente en su conducta.

4.2.1 Gráficas

A continuación se presentan por medio de gráficas los resultados obtenidos en las diferentes intervenciones realizadas, con el objetivo de identificar la problemática de mayor incidencia según su género y edad, y causas que generan esa conducta.

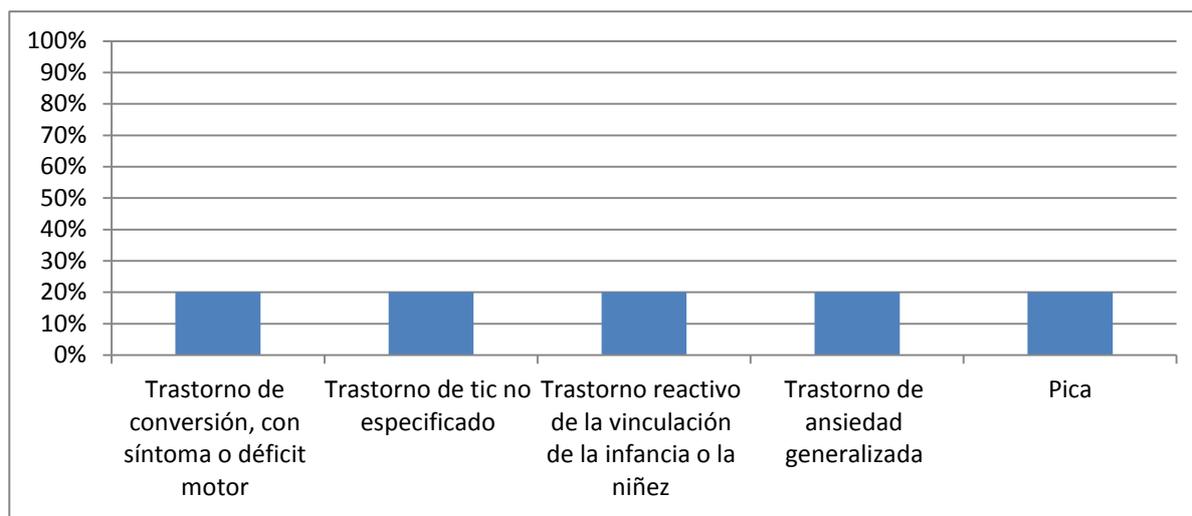
Gráfica No. 1
Edad y Género



Fuente: elaboración propia.

La gráfica muestra que el mayor porcentaje de población atendida durante el proceso de práctica supervisada corresponde al género masculino. El rango de edad que muestra mayor porcentaje, corresponde a 11 años, aclarando que en el centro donde se realizó la práctica es el Hospital Materno-infantil “Juan Pablo II”, donde en su mayoría se atiende a población infantil.

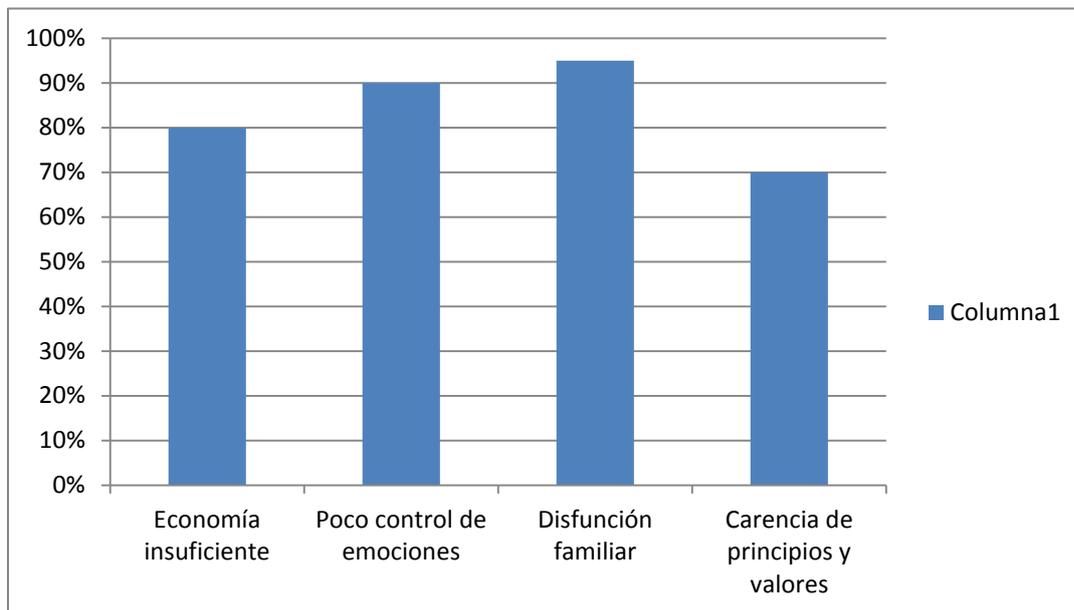
Gráfica No. 2
Problemática encontrada



Fuente: elaboración propia

Esta gráfica muestra los diferentes trastornos mentales encontrados, aunque cada uno muestra un 20% de prevalencia, las repercusiones de ellos se dan en la conducta de cada paciente, afectándoles específicamente el área social y el ambiente familiar. El tipo de conducta encontrada en su mayoría fue de tipo agresiva, manifestando muchos signos de ansiedad y poco control de sus emociones.

Gráfica No. 3
Causas encontradas



Fuente: elaboración propia

En esta gráfica se observan las diferentes causas que generan conductas agresivas en el niño y adolescente, el mayor porcentaje está relacionado con la disfunción familiar con un 95% de incidencia, la segunda causa que muestra un alto porcentaje es el poco control de emociones, representado con un 90% de los casos abordados, el tercer porcentaje está relacionado con la economía insuficiente, representado con un 80% de incidencia y por último la carencia de principios y valores, también forma parte de las causas encontradas con una prevalencia del 70%.

Con estos resultados obtenidos se logró determinar la importancia de brindar un tratamiento terapéutico al paciente, y la asesoría a padres o tutores para implementar técnicas útiles de formación en valores.

Conclusiones

Las causas encontradas de las conductas agresivas en los adolescentes, que asisten a la clínica de psicología del Hospital “Juan Pablo II, son Disfunción familiar, Poco control de emociones, Economía insuficiente debida a pobreza, Carencia de principios y valores.

Prestar atención y brindar un abordaje terapéutico, que repercuta en la conducta agresiva, que presenta el adolescente por las causas encontradas en este trabajo de tesis.

Adicionar un programa de enseñanza en valores, con miras a promover un desarrollo continuado y que sume calidad de enseñanza educativa más valores, que promueva un crecimiento emocional que permita al adolescente usar su potencialidad, con una orientación efectiva

Recomendaciones

Es necesario realizar acciones que de alguna manera frenen, la conducta agresiva de los adolescentes, conociendo las causas que la provocan, pues esta violencia ya tiene dimensiones alarmantes para el adolescente, familia y sociedad.

Promover la formación valores a través de programas, que les ayude a superar los elementos causales e involucrar al adolescente y sus padres y su entorno social, familiar.

Los valores a trabajar en los adolescentes, deben de ser definidos entre temas específicos, relacionados con las causas encontradas de su conducta agresiva, que les permita la integración de éstos, en situaciones prácticas de la vida del adolescente.

Referencias

Bibliográficas

García Morey, A. (2011). *Psicología Clínica Infantil*. Publicaciones Psicoalternativas.

Oblitas, G. *Psicología de la salud*. México: Cengage Learning-Impreso en Cosegrat.

Nelson, R., Allen, I. *Psicopatología del Adolescente*. Madrid: Prentice Hall, Tercera Edición.

Esparcia, A. (2006). *Psicopatología*. Barcelona Editorial: Eureka media.

Clavijo, A. (2002). *Crisis, Familia y Psicoterapia*. La Habana: Editorial Ciencias médicas.

Tirado, F. (2010). *Psicología educativa para afrontar los desafíos del siglo XXI*. México D. F. McGraw-Hill.

Feldman, R. (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores S. A. de CV.

Sabino, C. (1992). **El Proceso de investigación**. Caracas: Editorial Panapa.

Publicación de Gobierno Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala:
Protocolo de Atención en Salud Mental a la población infanto-juvenil. Guatemala ciudad: Editores Magna Tierra.

Anexos

Anexo 1

Constancia de autorización de práctica

Práctica de Licenciatura en psicología en Hospital Infantil Juan Pablo II

De: Maritza Quex
Enviado: 26/02/2014 02:24
Para: Xiomara Durante
Asunto: Re: Práctica de Licenciatura en psicología en Hospital Infantil Juan Pablo II

Buenas noches Xiomara, no creo inconveniente en poder empezar este sábado, mañana tengo que hacer la notificación a los licenciados de que Uds. estarán en esos días y horarios. Tienen algún instrumento de evaluación por parte de la universidad? para poder hacerlo del conocimiento de ellos. Buenas noches. Saludos

El 25 de febrero de 2014, 17:32, Xiomara Durante <xiomaradurante@gmail.com> escribió:
Buena tarde Dra. Es un gusto saludarle e informarle que si nos autorizaron las practicas en el Hospital, seremos 2 estudiantes y quedaríamos de la siguiente manera:

Xiomara Durante para los días sábados y domingos en horario según descrito por usted; y,

Felipe Veri Ayala para los jueves y sábado, también en horario según descrito anteriormente.

Nos gustaría empezar el sábado próximo si es posible.

Desde ya muchas gracias por su fina atención, quedo en espera de sus amables noticias.

Atte.. XIOMARA DURANTE
cel. 56668147

Anexo 2

Constancia de finalización de práctica



**HOSPITAL MATERNO INFANTIL
JUAN PABLO II
Cáritas Arquidiocesana**

Guatemala, 12 de marzo de 2014

Licenciada
Ana Muñoz
Coordinadora
Facultad Ciencias Psicológicas
Universidad Panamericana
Acatán, Guatemala

Estimada Licenciada Muñoz :

Por este medio le saludo y a la vez hago de su conocimiento que el señor Felipe Neri Ayala estudiante del 5º, año de la Licenciatura de Psicología Clínica y Consejería Social ha sido aceptado como practicante en esta institución.

El Señor Ayala estará trabajando en el Departamento de Psicología del hospital juntamente con la Licenciada Silvia Palma.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

Doctora Maritza Quex
Sub-Dirección



Anexo 3
Fotografías



Anexo 4
Formato de entrevista clínica

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

PRÁCTICA IV

Entrevista Directa

1. Ficha de identificación

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Idioma: _____

Fecha de la entrevista: _____ Cuota: _____

Referido por: _____

Niños/as:

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

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

Adultos:

Estado civil: _____

Años de matrimonio: _____

Nombre del conyugue: _____

Nombre, edad y sexo de los hijos:

2. Fuente de información

3. Motivo y circunstancias de la consulta

4. Padecimiento o problema actual

5. Antecedentes familiares

5-1 De la madre:

6.6 Vida sexual:

6.7 Vida marital:

6.8 Hijos/as:

6.9 Historia médica:

6.10 Salud mental previa:

6.11 Uso y abuso de sustancias legales e ilegales:

6.12 Comportamiento antisocial:

6.13 Constelación familiar:

Anexo 5

Formato de examen del estado mental

EXAMEN MENTAL:

1. Conducta y aspecto general del paciente:

2. Estado cognitivo y sensorio:

3. Orientación:

4. Memoria:

5. Inteligencia:

6. Discurso:

7. Contenido del pensamiento:

8. Creencias y experiencias anormales de interpretación de eventos:

8.1 En relación al ambiente:

8.2 En relación al cuerpo:

8.3 En relación a sí mismo:

8.4 Experiencias anormales:

8.5 Al medio ambiente:

8.6 Al Yo:

9. Afectividad:

10. Juicio:

11. Personalidad:

12. Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

13. Actitudes hacia sí mismo:

14. Actitudes morales y religiosas:

15. Humor y ánimo:

16. Intereses y actividades:

17. Fantasías:

18. Reacción a situaciones críticas:

19. Rasgos del carácter:

20. Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente:

EXAMEN SOMATICO

1. Examen Físico:

2. Exámenes de Laboratorio:

3. Exámenes de Gabinete:

4. Test Psicológico:

5. Terapéutica Previa:

Para uso del terapeuta posterior a la entrevista:

Impresión sobre la entrevista, los informantes y la información recibida:

Especificar si existieron contradicciones en el relato:

Hipótesis sobre situación del paciente, así como de posibles diagnósticos:

Pronóstico: _____

EXAMEN MENTAL

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Fecha: _____

1. Conducta y aspecto general:**1.1 Aspecto:**

- Peso
- Altura
- Aliño
- Arreglo
- Higiene
- Contacto Visual
- Postura
- Apetito
- Sueño
- Adecuación de vestuario

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cooperador | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Abierto | <input type="checkbox"/> Despreocupado |
| <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Distraído |
| <input type="checkbox"/> Tenso | <input type="checkbox"/> Evasivo |
| <input type="checkbox"/> Concentrado | <input type="checkbox"/> Lento |
| <input type="checkbox"/> Atento | <input type="checkbox"/> Desorientado |
| <input type="checkbox"/> Relajado | <input type="checkbox"/> Amable |
| <input type="checkbox"/> Repetitivo | <input type="checkbox"/> Inseguro |
| <input type="checkbox"/> Confiado | <input type="checkbox"/> Retador |

Forma en que pasa el día: _____

Observaciones: _____

1.3 Conducta motora:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mov. estereotipado | <input type="checkbox"/> Aumento de actividad motora |
| <input type="checkbox"/> Mov. lento | <input type="checkbox"/> Disminución de actividad motora |
| <input type="checkbox"/> Mov. rápido | |

2. Estado de la cognición y del sensorio:

- 2.1 Orientación en persona
- Orientación en lugar
- Orientación en tiempo
- 2.2 Atención
- Concentración
- 2.3 Memoria corto plazo
- Memoria mediano plazo
- Memoria largo plazo
- 2.4 Inteligencia: _____

3 Discurso:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Habla incesante | <input type="checkbox"/> Usa expresiones extrañas |
| <input type="checkbox"/> Habla escasa | <input type="checkbox"/> Usa palabras sin sentido |
| <input type="checkbox"/> Habla espontánea | <input type="checkbox"/> Fuga de ideas |
| <input type="checkbox"/> Habla fluida | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Habla escueta | <input type="checkbox"/> Circunstancial |
| <input type="checkbox"/> Discurso rápido | <input type="checkbox"/> Tangencial |
| <input type="checkbox"/> Discurso lento | <input type="checkbox"/> Bloqueos |
| <input type="checkbox"/> Discurso vacilante | <input type="checkbox"/> Disociaciones |
| <input type="checkbox"/> Discurso explosivo | <input type="checkbox"/> Reiteraciones |
| <input type="checkbox"/> Expresión precisa | <input type="checkbox"/> Perseverancias |
| <input type="checkbox"/> Expresión | <input type="checkbox"/> Incoherencias |
| <input type="checkbox"/> Se pierde en interrupciones | <input type="checkbox"/> Incongruencias |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema frecuente | <input type="checkbox"/> Neologismos |
| <input type="checkbox"/> Prolijidad | <input type="checkbox"/> Pararespuestas |
| <input type="checkbox"/> Usa palabras apropiadas | <input type="checkbox"/> Debe consignarse |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Balbuceo |
| <input type="checkbox"/> Vago | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |

4 Contenido del pensamiento (Contenido neurótico- no fuera de realidad)

Ansiedad Temores Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: _____

Compulsiones y rituales: _____

Fobias: _____

Ideas delirantes: _____

Ideas suicidas: _____

Planes a futuro _____

¿Qué es lo que más le preocupa en este momento? _____

¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito? SI NO

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

ilusiones alucinaciones delirios ideas de referencia

interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo: ideas delirios

5.1.3 En relación a sí mismo: intrusiones lectura de pensamiento delirios de influencia

5.2 Experiencias anormales:

5.2.1 Al medio ambiente:

<input type="checkbox"/> alucinaciones auditivas	<input type="checkbox"/> alucinaciones táctiles
<input type="checkbox"/> alucinaciones visuales	<input type="checkbox"/> sentimientos de extrañeza
<input type="checkbox"/> alucinaciones olfatorias	<input type="checkbox"/> perplejidad
<input type="checkbox"/> alucinaciones gustativas	<input type="checkbox"/> sensación de ubicuidad

5.2.2 Al cuerpo:

<input type="checkbox"/> dolores	<input type="checkbox"/> alteraciones en sensibilidad
<input type="checkbox"/> somatizaciones	<input type="checkbox"/> alteraciones en esquema corporal
<input type="checkbox"/> creencias de enfermedad	<input type="checkbox"/> alucinaciones cinestésicas

5.2.3 Al Yo:

<input type="checkbox"/> disociación	<input type="checkbox"/> despersonalización	<input type="checkbox"/> retardo de ideas autónomas
<input type="checkbox"/> bloqueos	<input type="checkbox"/> pensamiento forzado	

6. Afectividad:

<input type="checkbox"/> Afecto plano	<input type="checkbox"/> Afecto eutímico	<input type="checkbox"/> Expansión
<input type="checkbox"/> Afecto hipotímico	<input type="checkbox"/> Afecto hipertímico	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Embotamiento	<input type="checkbox"/> Labilidad emocional	<input type="checkbox"/> Culpa
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Pánico	<input type="checkbox"/> Miedo
<input type="checkbox"/> Elación	<input type="checkbox"/> Hostilidad	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Calma	Otros: _____
<input type="checkbox"/> Susplicacia	<input type="checkbox"/> Aflicción	Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera: _____
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Perplejidad	<input type="checkbox"/> Congruencia de afecto con discurso
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Aburrimiento	<input type="checkbox"/> Afecto al nivel de intensidad apropiado
		<input type="checkbox"/> ¿Expresión de verdaderos sentimientos?

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: _____

_____ Insight

Enfermedad: mental nerviosa física relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera: _____

Origen que atribuye a su problema: _____

Actitudes y expectativas: constructivas destructivas

realistas irrealistas

8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

_____ Simpatía _____ Frustración Dificultad de la entrevista: _____

_____ Interés _____ Impaciencia _____

_____ Tristeza _____ Enojo Observaciones: _____

_____ Ansiedad _____ Otro: _____ _____

_____ Irritabilidad _____

9. Personalidad:

9.1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

_____ ansioso	_____ dirigente	_____ seguidor
_____ responsable	_____ capaz de tomar decisiones	_____ amistoso
_____ cálido	_____ demostrativo	_____ reservado
_____ frío	_____ indiferente	_____ competitivo
_____ celoso	_____ dominante	_____ seguro
_____ sumiso	_____ sensible	_____ inseguro
_____ suspicaz	_____ pendenciero	_____ dependiente
_____ resentido	_____ autoritario	_____ independiente
_____ agresivo	_____ seductor	_____ introvertido
_____ extrovertido	_____ ambivalente: _____	

Capacidad para hacer y mantener relaciones: _____

Dificultad para aceptar su papel en cuanto a sexo, familia y trabajo: _____

Actitud hacia su propio sexo: _____

9.2 Actitudes hacia sí mismo:

_____ indulgente	_____ egocéntrico	_____ vano
_____ histriónico	_____ crítico	_____ despectivo
_____ preocupado	_____ cohibido	_____ limpio
_____ minucioso	_____ escrupuloso	_____ negligente
_____ descuidado	_____ se autovalora	

_____ Satisfacción consigo mismo

Ambiciones y metas: _____

Actitudes hacia su salud: _____

Actitud hacia éxitos y fracasos: _____

9.3 Actitudes morales y religiosas:

_____ comprometido	_____ no comprometido	_____ crítico
_____ disoluto	_____ moderado	_____ permisivo
_____ escrupuloso	_____ conformista	_____ rebelde
_____ flexible	_____ rígido	

Creencias religiosas que profesa: _____

Anexo 6
Formato registro final de sesiones

REGISTRO FINAL DE SESIONES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Fecha de inicio proceso terapéutico: _____

Fecha de finalización de proceso terapéutico: _____

Número de sesiones utilizadas para entrevista y evaluación: _____

Número de sesiones utilizadas para intervención: _____

PROCESO PERSONAL

Anexo 7

Formato registro mensual, avances del paciente

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

PRÁCTICA IV

INFORME MENSUAL

NOMBRE _____ MES _____

I. Nombre de paciente _____ Edad: _____
Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____
Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____
Fecha de inicio de caso: _____

II. Nombre de paciente _____ Edad: _____
Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____
Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____
Fecha de inicio de caso: _____

III. Nombre de paciente _____ Edad: _____
Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____
Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____
Fecha de inicio de caso: _____

VI. Nombre de paciente _____ Edad: _____
Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____
Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____
Fecha de inicio de caso: _____

V. Nombre de paciente _____ Edad: _____
Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____
Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____
Fecha de inicio de caso: _____

PROCESO PERSONAL
