

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



“Estudio de caso: Consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia”

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Wendy Carolina Rodas Gómez

Guatemala, junio 2019

“Estudio de caso: Consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia”

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Wendy Carolina Rodas Gómez

Licda. Ingrid Arroyo de Nuñez (**Asesor**)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (**Revisora**)

Guatemala, junio 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala 30 de noviembre de 2017-----

En virtud de que la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Estudio de caso: "Consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia". Presentada por la estudiante: Wendy Carolina Rodas Gómez, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

*Lcda. Ingrid de Núñez
Asesor*



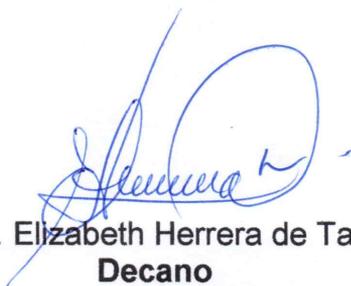
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo de 2019. -----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: Consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia”. Presentada por el (la) estudiante: **Wendy Carolina Rodas Gómez**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisor

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

*En virtud de que el informe final de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: **““Estudio de caso: Consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia”** Presentado por el (la) estudiante: **Wendy Carolina Rodas Gómez** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*



**M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades**



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Programas establecidos	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Justificación de la investigación	4
Capítulo 2	5
Marco Teórico	5
2.1 ¿Qué es el divorcio?	5
2.2 Consecuencias del divorcio	6
2.3 ¿Qué es familia?	7
2.4 Maltrato infantil y violencia intrafamiliar	8
Capítulo 3	18
Marco Metodológico	18
3.1 Planteamiento del problema	18
3.2 Pregunta de investigación	18
3.3 Objetivos	19
3.4 Alcances y límites	19
3.5 Metodología	20

Capítulo 4	22
Presentación de Resultados	22
4.1 Sistematización de los Estudios de Caso	22
4.2 Plan terapéutico	31
4.3 Análisis de resultado del estudio de caso	35
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias	38
Anexos	40

Lista de Imágenes

Imagen No.1 Oficina Oficial del Mujer	2
Imagen No. 2 Organigrama Dirección Municipal de la Mujer	3
Imagen No. 3 Genograma	25

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1 Estresores	16
Cuadro No.2 Pruebas e Instrumentos aplicados	27
Cuadro No. 3 Resultados cuantitativos I	29
Cuadro No. 4 Resultados cuantitativos II	29
Cuadro No. 5 Resultados cuantitativos III	30
Cuadro No.6 Desglose de objetivos	32

Resumen

El presente documento de sistematización fue realizado en las instalaciones de la Casa de la Mujer sede zona 1, para el crecimiento y práctica de las escuelas psicológicas aprendidas durante los últimos cinco años escolares, y el correcto abordaje de los diferentes problemas de salud mental a los que nos vemos enfrentado día con día.

El informe consta de cuatro capítulos donde se podrá observar el avance y detalles del trabajo terapéutico realizado durante el año 2017, dividido en tres trimestres. El primer capítulo se detalla la descripción del centro de práctica dirigida, la ubicación, la estructura organizacional interna, la misión, visión, objetivo, programas que proveen a beneficio de la población, la función social que tiene, y se describe la justificación de la investigación.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, y expone la base teórica del presente informe, de manera detallada y precisa sobre la investigación de consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia, fundamentada en diversos autores.

El tercer capítulo presenta, marco metodológico, en donde se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, objetivos, alcances y límites, la metodología utilizada en el caso de estudio, realizada mediante un estudio cualitativo y cuantitativo, tomando como sujeto de estudio a una paciente del proceso terapéutico. Se muestran los procedimientos previos a realizar un diagnóstico correcto y plan terapéutico, basado en los resultados arrojados en las pruebas psicométricas y proyectivas utilizadas.

El cuarto capítulo, muestra la presentación de resultados y análisis obtenido de las valores cuantitativos y cualitativos, recopilados durante la práctica realizada en el ciclo 2017. Se describen los datos generales de la paciente, motivo de consulta, historia del problema, historia familiar, etc. Con el fin de entender de una forma resumida a la paciente. En este capítulo se incluyen las conclusiones, recomendaciones y análisis de resultados.

Introducción

Referirse al divorcio es hablar de un futuro duelo, por la falta de cese del proceso, o por el proceso tan largo que viven los involucrados: Las víctimas permanecen en una fase de estancamiento, como consecuencia de la negación y enojo. El divorcio es el rompimiento de lo que fue en su momento una unidad. Es el duelo personal y familiar, no solo para el círculo primario, sino también para todos los involucrados y allegados de la pareja.

El presente trabajo se encuentra enfocado en los resultados obtenidos del trabajo terapéutico realizado en la dirección municipal de la mujer, y busca dar a conocer las consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia. Así como el tratamiento, utilizando las herramientas adecuadas, que permitan identificar las consecuencias que produce el divorcio en una paciente de 12 años, que se encuentra afectada por una relación conflictiva en la familia. Y como esto desencadena un duelo no resuelto, causado por la separación de sus padres.

El trabajo de práctica profesional dirigida se trabajó con una adolescente, quien en ese entonces presentaba signos y síntomas de duelo no resuelto, estrés y rasgos ansiosos. La paciente fue referida por la madre. En el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron distintas pruebas de evaluación, estableciendo un diagnóstico, que después nos serviría para la creación de un plan terapéutico. (enlazarlo con el segundo párrafo)

El desarrollo del estudio de caso se llevó a cabo de la siguiente forma: Se realizó pregunta de investigación, misma que derivó la investigación sobre cómo el contexto familiar influye en el desarrollo del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia. Dando como resultado el objetivo general de Identificar las consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La terminación de un contrato matrimonial o matrimonio es algo que en la actualidad podría decirse que está de moda, como lo menciona Mikel Gotzón en su libro “saber amar con el cuerpo” el autor enfatiza que el casarse no es meramente la recepción, el trámite, que nada tiene que ver con el amor, esto debido a la introducción de la legalización del divorcio, que dice que cualquier matrimonio se puede divorciar. Debido a esta premisa es común incluso escuchar parejas que antes de casarse pueden pensar, me casare, y si no funciona me divorcio, pero es evidente la falta de pensamiento a futuro, en donde se deja abierto un ciclo de duelo, y sin mencionar el daño en los hijos de por medio que la pareja tenga.

Los trastornos de conducta, así como la ansiedad y el bajo rendimiento escolar de los niños y adolescentes, que en muchos casos en el momento del divorcio se presentan como motivo de consulta clínica son, en gran mayoría, problemas que ya existían antes, posiblemente debidos a los conflictos de los padres. De hecho, el divorcio es la legalización del fracaso y además la consecuencia de una situación perturbada en el hogar, la consecuencia de un divorcio emocional que precede siempre al divorcio legal y que, desempeña en sí un importante papel destructor. (Raheb)

Según el estudio de Gardner plasmado en el libro la lógica del síndrome de alienación parental (2008), el síndrome de alienación parental (SAP) es un trastorno infantil que surge casi exclusivamente en el contexto de disputas por la custodia de los niños. Su manifestación primaria es la campaña de denigración del niño contra un padre, una campaña que no tiene justificación. Ello resulta de la combinación de una programación (lavado de cerebro) de adoctrinamiento parental y de las propias contribuciones del niño para el vilipendio del padre objetivo. Esto quiere decir que en el momento en que un niño queda en medio de la relación de sus padres y se vuelve

un canal de comunicación negativo entre ellos, está siendo víctima de violencia intrafamiliar, llamada alienación parental. Toda acción negativa que tenga como objetivo el desgaste de la imagen de una de las figuras paternas se toma como alienación parental.

1.2 Descripción

La Oficina Municipal de la Mujer se convierte en una Dirección en la organización interna de las municipalidades y es la responsable de elaborar e implementar propuestas de políticas municipales basadas en la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas para integrar a políticas, agendas locales y acciones municipales. El Concejo Municipal tiene la responsabilidad de garantizar la asignación de los recursos humanos y financieros necesarios en el presupuesto municipal de cada año, para su funcionamiento y el cumplimiento de sus objetivos. La Oficina Municipal de la Mujer coordinará sus funciones con las demás oficinas técnicas de la municipalidad. (Art. 96 Bis Código Municipal).

1.3 Ubicación

La Oficina Municipal de la Mujer se encuentra ubicada en la 8 Av. 11-49 de la zona 1, ciudad de Guatemala.

Imagen No. 1
Oficina Municipal de la Mujer



Fuente: GoogleMap

1.4 Organización

La Oficina Municipal de la Mujer se convierte en una Dirección en la organización interna de las municipalidades, con el objetivo de implementar y ejecutar programas de crecimiento para las mujeres.

A continuación, se presenta el organigrama de la Dirección Municipal de la Mujer.

Imagen No. 2
Organigrama Dirección Municipal de la Mujer



Fuente: Muniguate.com

1.5 Programas establecidos

Los programas establecidos por la Dirección Municipal de la Mujer se detallan a continuación: El programa de mujer saludable cuenta con los siguientes cursos: zumba, baloncesto, a través del MUNICLUB. Jornadas de salud, peso, talla, nutrición y papanicolaou. Mujer acción promoción cuenta con los siguientes servicios: atención psicológica, atención médica preventiva, asesoría Legal, conmemoración y eventos de convivencia en fechas emblemáticas en la vida de las mujeres.

Mujeres acción participación brinda los siguientes talleres: talleres demostrativos largos y cortos, talleres de líderes de mi comunidad. Mujer acción productiva proporciona la opción de que las mujeres opten por los siguientes diplomados: diplomado de Cuidadoras de adultas y adultos Mayores, diplomado de niñeras, acompañamiento y apoyo legal a grupos de mujeres organizados, para su legalización y gestión para la microempresa.

El programa de mujer acción con incidencia en la gestión municipal, provee los siguientes talleres: fortalecimiento de capacidades de liderazgo y empoderamiento, conferencias y conversatorios, ferias, obras de teatro y cortometrajes.

1.6 Visión

Una dirección municipal multidisciplinaria, fundamentada en el trabajo en equipo, que promueve de manera permanente acciones afirmativas de las mujeres desde un enfoque integral e incluyente, fortaleciendo su empoderamiento, para la toma de decisiones y el ejercicio pleno de su ciudadanía.

1.7 Misión

Un equipo multidisciplinario que implementa programas desde la teoría y perspectiva de género, que favorezca las relaciones igualitarias y equitativas entre hombres y mujeres de la ciudad de Guatemala.

1.8 Justificación de la investigación

Se realizó el estudio de caso estrella de las consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia. Siendo seleccionado como el caso con mayor complejidad en cuanto a resultados durante el proceso terapéutico, encontrando una mayor cantidad de limitantes, al no poder incluir a ambos padres en el proceso terapéutico.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 ¿Qué es el divorcio?

El divorcio es la disolución legal o religiosa del matrimonio, por acuerdo entre ambas partes o por solicitud de alguno de los involucrados.

Del latín *divortium*. divorciar, separar el juez competente por su sentencia a dos casados, en cuanto a cohabitación y lecho. Disolver el matrimonio la autoridad. Separar, apartar personas que vivían en estrecha relación, o cosas que estaban o debían estar juntas (Dicc. Enciclopédico). Gómez y Weiz (2005) refieren que

Hablar de un divorcio es hablar de un futuro duelo, que muchas veces no se va atacar, por negarse a vivir todas las fases del mismo, y quedarse estancados en la negación o en la etapa de enojo. El divorcio es el rompimiento de lo que fue en su momento una unidad. Es el duelo personal y familiar, no solo para el círculo primario, sino también para todos los involucrados y allegados de la pareja. Los padres también sufren las consecuencias de El divorcio y los hijos de padres divorciados www.tanatologia-amtac.com 17 la ruptura. Sin embargo, éstas van a ser diferentes para el adulto que tomó la decisión y para el adulto que tuvo que aceptar el divorcio, sin que ésa fuera su primera opción. Motivo por el cual todos los integrantes de la familia se verán sometidos (p34).

Históricamente, la decisión de divorciarse ha sido mal vista por la sociedad, ya que se considera que el matrimonio es una unión que sobrepasa cualquier circunstancia. En las últimas décadas, la concepción ha cambiado y hoy en día el divorcio es más aceptado y visto como una opción normal para las relaciones que no funcionan.

Es conveniente aclarar que, para tomar la decisión del divorcio, no es suficiente explicar o encontrar las causales de una separación. Cualquiera podría justificar por qué se separa de su pareja. Las causas siempre existirán pues todos los seres humanos son imperfectos y están llenos de defectos. La condición del ser humano es la coexistencia de lo positivo con lo negativo.

A continuación, se detallan las principales causas de divorcio: búsqueda de satisfacción individual, cerrarse en ellos mismos, falta de proyección social, creencias religiosas y políticas, factores económicos, factores relacionados con la familia extensa, cambio de roles sexuales y parentales, atracción sexual disminuida, elección de otra pareja. (Maganto, 2000, P.4).

En el proceso de divorcio hay tres unidades de decisión básicas que suponen la garantía de acción educativa para ambos cónyuges: a) Progenitor custodio b) Régimen de visitas c) Asignación económica. Existe además el peligro de moralizar sobre el hecho de la custodia en términos de ser mejor o peor padre, favoreciendo la polaridad: padre custodio = bueno, padre no custodio = malo.

El proceso, para los hijos, suele tener dos momentos: a) Conocer la decisión de la separación, b) Readaptación a la nueva situación; En el mejor de los casos los padres actúan pensando en el bienestar de sus hijos y no caen en la alineación parental. Bolaños (2015) explica que:

La separación conyugal, tiene entre sus resultados más visibles, el incremento de nuevos modelos de familias: las monoparentales y reconstituidas. Estos tipos de familia presentan características distintas: en ellas no se trata de edificar un nuevo grupo que anule toda la vida anterior y donde se configura una dinámica diferente. Se trata de una organización que impone grandes retos a sus integrantes.” (p. 217)

2.2 Consecuencias del divorcio

Está comprobado que los hijos que sufren más daño psicológico son los que crecen en un hogar en el cual son testigos de continuos pleitos, faltas de respeto y cariño que, si sus padres viven separados, situación por la cuál en la mayoría de las ocasiones será necesario el que los papás no continúen juntos (Serrano, 1995).

Se considera oportuno abordar a los hijos de padres en proceso de divorcio, mucho antes de que la separación sea oficial. Esto con el fin de ir preparándolos emocionalmente para la crisis que se acerca. Ya que este suceso interrumpe de forma brusca, el curso de la vida normal de los niños, por lo que se generará un desequilibrio emocional.

Muchos hijos de papás divorciados se sienten con la necesidad de complacer a ambos padres. Resultando muy doloroso para el hijo cualquier decisión que tome, ya que esta implica la traición para el otro padre. Presenciar las dificultades de la pareja por tenerlo a su lado, significa que ambos lo quieren, lo cual creará un gran conflicto a la hora de elegir cualquier situación que se le presente en el transcurso de la vida (Gómez y Weisz, 2005).

Para el niño es aún más difícil el poder mantenerse al margen de ambos padres, que el ver a sus padres separados. Porque ningún niño desea tener que elegir entre alguno de sus padres, y poner en juego el amor por el otro.

2.3 ¿Qué es familia?

La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchín, 1986)

Tipos de familia que se generan a causa de un divorcio

Familia con Padraastro o Madrastra: en esta familia posiblemente existió divorcio o separación. Sin embargo, él o ella pueden volverse a casar o unir. Esta nueva relación hará que toda la familia pase por un proceso integrador, por un compromiso pleno de igualdad para todos o posición periférica, que debe ser decidida antes que se establezcan vínculos más fuertes.

Familia con un fantasma: este tipo de Familia, Ha sufrido muerte, deserción de uno de sus miembros o con un duelo mayor de tres meses, esto causa enojo en uno de los miembros de la familia y siente culpabilidad. A pesar de esto, si asume la función de la persona faltante pueden sentirlo como deslealtad a su memoria (particularmente esto sucede en un Duelo no resuelto).

Familias ensambladas: son aquellas familias compuestas por adultos divorciados y/o separados en los cuales tienen cabida los hijos menores o adolescentes de cada uno de ellos; los cuales vuelven a armar una pareja con otra persona también separada en su misma situación con hijos y hasta nietos.

Familias con Padres Divorciados: familia en la que los padres se encuentran separados. Se niega a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que éstos encuentren. Por el bien de los hijos se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y a la maternidad.

Familia monoparental: los orígenes de las familias monoparentales pueden ser diversos: el divorcio o la separación de la pareja, la viudez y soltería, estando compuestas en la mayoría de los casos por grupos familiares por la madre y los hijos. Los problemas más comunes que se suele encontrar en este tipo de familias suelen ser: problemas económicos, de alardes por sentirse excesivamente cargado de responsabilidad del progenitor que está al frente, existen dificultades a la hora de poner ocupada a la familia, dificultades de emancipación de los hijos, problema de conductas en los hijos.

2.4 Maltrato infantil y violencia intrafamiliar

Según la Real Academia Española, maltratar significa tratar mal a alguien, menoscabar, echar a perder.

La Organización Mundial de la Salud define violencia, como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

En Guatemala existen leyes que previenen, sancionan y buscan erradicar la violencia intrafamiliar.

En el decreto 97 -1996 se mencionan los siguientes artículos orientados a la prevención, sanción y erradicación de la violencia intrafamiliar:

Artículo 1. Violencia intrafamiliar. La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o 2 indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.

Artículo 2. De la aplicación de la presente ley. La presente ley regulará la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar Asimismo tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y ancianas y personas, discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso. Las medidas de protección se aplicarán independientemente de las sanciones específicas establecidas por los Códigos Penal y Procesal Penal, en el caso de hechos constitutivos de delito o falta.

Artículo 3. Presentación de las denuncias. La denuncia o solicitud de protección que norma la presente ley podrá hacerse en forma escrita o verbal con o sin asistencia de abogada o abogado.

Artículo 4. De las instituciones. Las instituciones encargadas de recibir el tipo de denuncias mencionadas en el artículo anterior serán: a) El Ministerio Público, a través de la Fiscalía de la Mujer, atención permanente y oficina de atención a la víctima. b) La Procuraduría General de la Nación, a través de la Unidad de Protección de los Derechos de la Mujer. c) La policía nacional. 3 d) Los juzgados de familia. e) Bufetes Populares. f) El Procurador de los Derechos Humanos. Quien reciba la denuncia deberá remitirla a un juzgado de familia o del orden penal, según corresponda, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas.

Artículo 5. De la obligatoriedad del registro de las denuncias. Todas las instituciones mencionadas en el artículo anterior estarán obligadas a registrar denuncias de violencia intrafamiliar y remitirlas a Estadística Judicial, para efectos de evaluar y determinar la eficacia de las medidas para prevenirla, sancionarla y erradicarla y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

Artículo 6. Jugados de turno. Los juzgados de paz de turno atenderán los asuntos relacionados con la aplicación de la presente ley, con el objeto de que sean atendidos los casos que por motivo de horario o distancia no pudieren acudir en el horario normal, siendo de carácter urgente la atención que se preste en los mismos.

Artículo 7. De las medidas de seguridad. Además de las contenidas en el artículo 88 del Código Penal, los Tribunales de Justicia, cuando se trate de situaciones de violencia intrafamiliar, acordarán cualquiera de las siguientes medidas de seguridad.

Artículo 8. Duración. Las medidas de protección no podrán durar menos de un mes ni más de seis, excepto la consignada en el inciso c) del artículo anterior. Sin embargo, al vencer el plazo y a solicitud de parte, la autoridad competente podrá prorrogarlo.

Artículo 9. De la reiteración del agresor. Se entenderá como reiteración del agresor, quien haya agredido por más de una vez a su víctima o a otro integrante del grupo familiar. Este hecho podrá ser invocado como causal de separación o divorcio.

Artículo 10. De las obligaciones de la policía nacional. Las autoridades de la policía nacional tendrán la obligación de intervenir en las situaciones de violencia intrafamiliar, de oficio o cuando sean requeridas por las víctimas o por terceras personas.

La UNICEF en su investigación realizada en el año 2009, nos menciona que la violencia intrafamiliar se produce cuando la violencia afecta a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y es ejercida por los padres o cuidadores.

Los niños y las niñas que son maltratados por sus padres aprenden a resolver sus problemas a través de la violencia, se ponen más agresivos y difíciles, y pueden tener problemas en el colegio, ya sea bajando sus notas o poniéndose violentos con sus compañeros. Es importante considerar además que el maltrato puede provocar daños físicos a los niños, niñas y adolescentes.

Los niños que están siendo violentados en casa, independientemente el tipo de violencia, son niños que necesitan ser tratados psicológicamente, para trabajar en el daño psicológico que los padres les han causado. Niños violentados, son el reflejo de niños inseguros, con una imagen distorsionada de sí mismos, sentimientos de no merecimiento, y con alta probabilidad de repetir el patrón aprendido en casa.

La violencia familiar es un acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño. (CNDH, 2016).

Los niños víctimas de violencia intrafamiliar, sufren consecuencias a corto plazo, como afecciones en el desarrollo físico y psicológico. A largo plazo, como un aumento de la criminalidad, desordenes psiquiátricos, y complicaciones psicosociales. Las consecuencias se acumulan para el niño, al crecer en un ambiente de frecuente violencia.

Alienación parental

El síndrome de alienación parental (SAP) es un trastorno infantil que surge en el contexto de disputas por la custodia de los niños. Su manifestación primaria es la campaña de denigración del niño contra un padre, una campaña que no tiene justificación. (Escudero, 2005, P. 285).

La alienación parental, se considera parte del maltrato infantil, por afectar psicológicamente al niño, y por generar consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Rosas (2000) nos dice: Cuando no hay alineamiento y acuerdos y sólo hay resignación, en automático se genera una víctima, la cual acumula información no conveniente, que en su momento puede tener un peso tan grande en contra de quien cree su victimario que probablemente ocasione una destrucción o una laceración en la relación.

La alienación parental causa innumerables problemas en la vida de los hijos alienados. El sentimiento de encontrarse constantemente divididos y teniendo que decidir entre ambos padres, y el temor de decepcionar y herir al padre que no es elegido.

Síntomas:

Campana de denigración: asegurar que el objetivo sea mal visto por los demás y crear la imagen de victimización del padre alienado.

Racionalizaciones débiles: el hijo con argumentos inválidos justifica el motivo de por qué no desea pasar tiempo con el padre objetivo.

Ausencia de ambivalencia: el hijo tiene guardado el sentimiento de odio hacia el padre alienado.

El fenómeno del pensador-independiente: alude al papel del niño en su personal campaña de denigración.

Apoyo reflexivo al padre alienante en el conflicto parental: el hijo presta apoyo emocional al progenitor alienante, mientras que mantiene los sentimientos de odio hacia el progenitor alienado.

Ausencia de culpa sobre la crueldad y/o explotación hacia el padre alienado: el hijo carece totalmente de sentimiento de culpa hacia la explotación y alienación del otro progenitor.

La presencia de escenarios prestados: el hijo toma como base de su odio hacia el progenitor alienado hechos contados por el otro padre.

La existencia de este vínculo amoroso ofrecido por el padre alienado se da como hecho objetivo (y premisa incuestionable); a partir de ello, las expresiones negativas y de rechazo de los niños se explican por dos nuevos mecanismos que se introducen para tal efecto:

La amnesia de experiencias positivas y amorosas con el progenitor, pueden negar cualquier experiencia agradable con el padre alienado a lo largo de toda su vida y demandan que todo placer con el padre objetivo, fueron borradas y cubiertas por los hechos negativos que sembró el padre alienado.

Falsedad inherente: de un día otro el padre alineado dejó de ser bueno, y es una muy mala persona.

Motivos del rechazo a uno de los padres

Problemas en el transcurso de la separación: los niños de edades más tempranas pueden mostrar síntomas de ansiedad cuando son distanciados del progenitor con el que suele pasar más tiempo.
Dificultades para el padre que no tiene la custodia: muchos progenitores tienen déficits en cuanto a las habilidades para establecer con sus hijos una relación sin la presencia del otro progenitor.
Abundantes episodios de conflicto inter – parental: buscar alianza con uno de los progenitores es una manera del hijo de intentar escapar del conflicto.

Conducta opositora: en ocasiones, es normal en los periodos adolescentes que, el menor, desarrolle algún tipo de rechazo sin motivo aparente hacia uno de los progenitores. (Cartié, 2005, P. 19).

Crisis

Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000).

La crisis es la respuesta a eventos peligrosos y es vivida como un estado de mucho dolor, en donde la persona se encuentra en desequilibrio emocional, causado por un suceso, fuera de sus capacidades de manejar.

Cuando la persona no puede lograr autodefenderse o el problema afecta su estado emocional, se considera una crisis. El divorcio de padres es considerado dentro de esta afección, por ser algo repentino, que afecta la capacidad emocional de los afectados.

Una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. (Slaikeu, 1988)

Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000).Las crisis pueden ser

considerada como un punto de peligro o de oportunidad, ocasionada por un evento traumático que saca del curso normal a la persona, y que generó estrés y desequilibrio.

Tipos de crisis

Las crisis pueden ser del desarrollo o evolutivas o circunstanciales.

Crisis del desarrollo: las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la adultez. Presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva. Ejemplos de crisis: crisis del nacimiento e infancia, crisis de la pubertad y adolescencia, crisis de la primera juventud, crisis de la edad media de la vida, crisis de la tercera edad. (Erikson, 1959).

Crisis Circunstanciales: las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados): separación, pérdidas, muerte, enfermedades corporales, desempleo, violaciones. (Erikson, 1959).

Estrés

Es la respuesta fisiológica, psicológica y del comportamiento del ser humano, para intentar adaptarse a los estímulos que le rodean. Se considera normal, porque por medio de este, afrontamos los retos de la vida; Un poco de estrés puede ser positivo y el exceso de estrés es perjudicial para la salud.

El estrés se convierte en un problema cuando surge sin haber retos ni situaciones excepcionales, cuando dura mucho tiempo después de que la situación estresante ha pasado, si aparece ante situaciones que aún no han ocurrido o si no es suficiente para afrontar los retos de la vida. Este estrés ya no nos ayuda a vivir mejor, sino que nos perjudica. (Pérez, 2002)

Una fuente de estrés son las situaciones de la vida que producen cambios, aflicción, alteración, miedo, falta de energía, aburrimiento. Un ejemplo de esto podría ser, la llegada de la adolescencia, la preparación para un examen, una evaluación de desempeño laboral, la jubilación, o el casamiento de un hijo. Otra fuente de estrés puede ser el tipo de vida que llevamos, las actividades cotidianas y el entorno en que vivimos.

Fases de Reacción ante el estrés

Lourdes Fernández hace mención a que las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases: Fase aguda, Fase de reacción, Fase de reparación. Fase de reorientación.

- Fase aguda: Pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad.
- Fase de reacción: Dura de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas. Ánimo triste y lábil
- Fase de reparación; Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro. Fase de reorientación: Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente.

Estresores:

Son estímulos que sobrecargan al sujeto producen una respuesta biológica y psicológica de estrés. De este modo, cualquier evento que sea considerado como dañino o amenazante para la salud y el bienestar, y que además reduzca la facultad de sobrellevado apropiadamente, se podría juzgar como estresor. (Lazarus, 2005).

Los niños al igual que los adultos, sufren de estresores, pero tienen características propias de su edad evolutiva. Los estresores de un niño pequeño se asociarán a su núcleo familiar y a sus relaciones de apego, y las de un niño de edad escolar, sus estresores se situarán en su contexto de compañeros, lugar de estudio y maestros.

Del Barrio clasifica en la siguiente tabla los estresores según el período evolutivo.

Cuadro No. 1

Estresores

Período Evolutivo	Estresores relacionados
0 a 6 años	Separación, pérdida, apego, abuso, abandono.
7 a 12 años	Compañeros, escuela, socialización, hermanos, identidad.
13 a 18 años	Cambio, transformación, interacción con otro sexo, disfunción familiar, competencia.

Fuente: Del Barrio, 2005

En ocasiones el estrés tiene que ver con el cuerpo y la tensión física acumulada: una tendencia personal a ser más o menos nerviosa o tranquila, una alimentación poco variada, tomar estimulantes (café, té o medicamentos), posturas inadecuadas y no descargar la tensión cotidiana con ejercicio físico regular, actividades relajantes y descanso suficiente. (Lainez, 2002)

Según la asociación Americana de Psicología, existen diferentes tipos de estrés, entre los que podemos mencionar:

- Estrés agudo: surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano.
- Estrés agudo episódico: surge de las preocupaciones incesantes. Síntomas de una sobre agitación prolongada: dolores de cabeza tensos y persistentes, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca.
- Estrés crónico: surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El divorcio es la disolución de la alianza entre dos personas. Produce consecuencias en todo el círculo social de la pareja, pero son los hijos los que se ven afectados de una forma directa, al quedar envueltos en la relación conflictiva de los padres y el tener que desligar nexos emocionales, ya sea voluntaria o involuntariamente de uno de sus progenitores, para evitar perder el amor del otro progenitor.

El padre alienador, desarrolla mensajes negativos y en plan de ataque contra el otro progenitor, con el fin de lograr que el hijo se distancie emocionalmente del otro padre. Los niños afectados por el síndrome de alienación parental sufren odio patológico y no justificado hacia el progenitor alineado. Previamente a sentir odio o molestia por la presencia del padre no alineado, se deteriora la imagen que tiene del progenitor, resultando un valor sentimental escaso o nulo, que la que cualquier niño tiene y desea de sus progenitores.

Se deben considerar los síntomas manifiestos por la víctima, reconociendo sentimientos de tristeza, agresividad, sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y excesiva molestia por su padre, optando un rol de madre, en lugar de hija. Se presenta a continuación las consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo el contexto familiar influye en el desarrollo del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Identificar las consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.

3.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las consecuencias que produce el divorcio en una paciente de 12 años, que se encuentra afectada por una relación conflictiva en la familia.
- Identificar las características del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.
- Establecer las consecuencias de un duelo no resuelto, causado por la separación de padres, en una paciente de 12 años.

3.4 Alcances y límites

Alcances

Entre los alcances evidenciados desde el inicio de la intervención con fecha 25 de febrero al 25 de noviembre del año 2017, en el caso de estudio de la Práctica Profesional Dirigida de Psicología Clínica, se mencionan el establecimiento de alianza terapéutica con el paciente.

Con las distintas pacientes atendidas se observaron logros evidentes, en caso de la paciente del caso estrella, se brindaron las herramientas necesarias para poder concluir con la culpa que generó el divorcio de sus padres, y que pudiera aceptar de igual forma la separación de ambos.

En cuanto a la paciente se logró la mejora de la autopercepción y autoimagen, resultado de un cierre del ciclo de duelo por la separación de sus padres. Esto la había orientado a tener una imagen distorsionada de sí misma y a tener conductas no acordes a su edad.

Se logró obtener un diagnóstico acertado y ser recibido de forma asertiva por la paciente, así como un plan de tratamiento con efectos positivos en su vida.

Límites

Se pudo evidenciar distintas dificultades en la Dirección Municipal de la Mujer, entre las cuales se encuentra, las ausencias constantes de la paciente, por razones de carácter familiar. Esto fue retrasando el proceso terapéutico de la paciente. Adicional a esto, los múltiples desvelos del día viernes, se veían reflejados el sábado en la terapia, porque la consultante no mantenía la atención, cuando una noche antes habían regresado muy tarde a casa, y la impuntualidad para presentarse a las sesiones.

Otra limitante, eran los espacios asignados para atender a la paciente, ya que cada semana nos movíamos de lugar, y en ocasiones no era un espacio adecuado para la atención psicológica; podemos mencionar que la falta de compromiso de sus padres en el tratamiento se evidenciaba al no dejar avanzar a la paciente en su proceso, porque continuaban en las discusiones frente a ella, y en querer usar a la paciente, como medio de comunicación negativo entre ambos.

3.5 Metodología

Esta investigación se realizó por medio del método cualitativo. Se fundamenta en el estudio de caso, en el cual la adolescente es referida por su madre, indicando que necesitaba recibir apoyo psicológico, por el divorcio tan complicado que estaban enfrentando con su expareja.

Procedimiento

La investigación se fundamentó en el estudio de caso de la adolescente C.T.S, mismo que se llevó a cabo en la dirección municipal de la mujer. En este caso de estudio se realizó psicodiagnóstico: mediante el cual se hizo uso de la observación objetiva y analítica, a su vez se realizó una entrevista inicial, examen del estado mental y diversas pruebas psicológicas, que nos ayudarían posteriormente a sustentar un diagnóstico. Para el proceso se realizaron las siguientes pruebas: prueba proyectiva de figura humana, familia y árbol, así como pruebas sistematizadas, como la escala de autoestima Rosemberg, ansiedad infantil de Spence, y cuestionario de depresión infantil.

Las pruebas arrojaron resultados de un niño afectado por relación parental conflictiva, ruptura familiar por separación o divorcio y rasgos de duelo no complicado, baja autoestima por su tamaño y peso, y el acoso escolar sufrido en su etapa escolar primaria.

Tomando en cuenta los resultados de las pruebas, se realizó una impresión diagnóstica basada en el manual DSM-V, y se procedió a realizar un plan terapéutico que cubriera los objetivos que se buscaban alcanzar; Se trabajó con el modelo cognitivo conductual que se enfoca en los aspectos no observables, mentales, que miden los estímulos y la respuesta abierta. Por qué al paciente le afectan ciertos estímulos y otros no. Nos ayuda en ayudarnos a comprender el por qué pensamos y sentimos ciertas cosas del mundo que nos rodea, y cómo lo que hacemos afecta nuestros sentimientos.

Se utilizó de igual forma la perspectiva Gestáltica, para ayudar al paciente a sobreponerse a ciertos síntomas, permitiendo que llegue a ser más completo y poder desempeñarse en su día a día. Liberándose de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen su autorrealización, y una perspectiva psicoanalítica, apoyándonos en la terapia de juego, para lograr que la paciente expresará sus fantasías, deseos, sentimientos, y que por medio de esté pudiera transformar su dolor y abrir vías de comunicación.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de los estudios de caso

Datos generales

Nombre: C.T.S

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 05/02/2005

Edad: 12 años

Estado Civil: soltera

Escolaridad: sexto primaria

Institución: Colegio Planes de Barcenás

Profesión: Estudiante

Ocupación y lugar de trabajo: Estudiante

Motivo de consulta

Madre refiere que su hija necesita recibir apoyo psicológico por el divorcio tan complicado que han enfrentado sus padres. Adicionando el fallecimiento de su abuela paterna, que es un tema que le ha afectado mucho.

Historia del problema actual

En el año 2015 se divorciaron los padres de la paciente, desde esa fecha C.T.S es el canal de comunicación entre sus padres, no ha podido comportarse como una niña de 12 años, porque ha tenido que encargarse de los problemas de sus padres y ser mediadora entre ellos. El padre es violento y llega a la casa todos los días a verlos, pero cuando se encuentran con la madre, esté la

agrede frente a ellos, y cada oportunidad que tiene, él busca desprestigiar a la madre y hacer que la paciente y su hermano tengan una imagen negativa de la madre. Pero esto es de doble vía, porque la madre de igual forma le comenta a la paciente todos los problemas que tiene con el padre y lo malo que él hace. Lo que ha llevado a la paciente a sentir rechazo y enojo por su padre.

En el mismo año (2015), meses después de que se separaron sus padres, falleció su abuela paterna, con quien vivieron desde que nació, quien los cuidó y se preocupó por ellos. Este es un tema que la afecta en la actualidad, y expresa sentimientos de dolor y tristeza. Presenta mucha culpa por no poder despedirse de ella, porque se encontraban en un viaje familiar con su madre, y no pudieron despedirse de su abuela. Al volver del viaje ya no pudieron entrar al hospital, y el padre le recuerda constantemente que, por estar en un viaje con su madre, no estuvo con su abuela en sus últimos momentos.

Desde su inicio en primaria sufrió acoso escolar por su tamaño y peso. Refiere que no le importa, pero que ahora aprendió a defenderse y no permitir que la hagan sentir mal. Si la molestan, ella molesta el doble y es igual de hiriente; Paciente se muestra seria, queriendo demostrar que es fuerte y que no le afecta todo lo que enfrenta. Pero que lo único que desea es que dejen de involucrarla en la relación de sus padres, y que la dejen ser niña.

Por la situación que enfrentan sus padres, ella se ha encargado de cuidar y proteger a su hermano, se siente responsable de él, y no quiere que nadie lo moleste o lo haga sentir mal. Refiere que no va a permitir que le hagan lo mismo que a ella. Por lo que lo persigue y está pendiente de lo que él hace durante el día, incluso en el colegio, lo visita a la hora de la refacción y se asegura que esté bien.

Actualmente se encuentra enfrentando enfermedad de su abuela materna, a lo que refiere que no sabe qué enfermedad tiene, pero que ya no camina, y tiene llagas en el cuerpo porque se mantiene acostada, y que es difícil ver cómo se va deteriorando con los días, lo que le genera mucha angustia, que también va perderla a ella pronto, y muchos sentimientos de dolor de pensar que su madre va sufrir por la pérdida de su madre.

Aun con sus amigas del colegio, asume un rol de madre protectora. Las regaña y quiere mandarlas, para que hagan lo que a ella le parece correcto. Tiene mayor habilidad para relacionarse con el sexo opuesto, porque parece no importante los temas que las niñas de su edad hablan.

Historia Clínica

Historia prenatal:

Fue una niña deseada y planificada. Es la primera de dos hijos.

Nacimiento:

Parto normal, no existió complicación en su nacimiento, piel de color rojizo y lloró inmediatamente al nacer.

Evolución neuropsíquica:

Mantuvo fija su cabeza desde que nació, se sentó a los 4 meses y a los 8 meses se paró. No gateo, y camino a los 11 meses. Casi no dormía, pasaba el día muy activa y dormía pocas horas por la noche.

Evolución de lenguaje

A los 4 meses inició el balbuceo y vocalizaciones, a los 10 meses dijo sus primeras palabras, y a los 22 meses sus primeras frases, a los 3 años ya hablaba con claridad, y a los cuatro años ya no existían defectos en pronunciación.

Desenvolvimiento escolar

Inició su etapa académica a los 4 años, destacó desde el inicio, le gustaba estudiar y con buena conducta. Presentó problemas para hacer amigos, sufría acoso escolar de parte de alumnos y maestra. En la actualidad mantiene buenas relaciones interpersonales, teniendo mayor afinidad por el sexo opuesto. Tiende a preocuparse por sus amigas y asumir rol protector.

Desenvolvimiento social

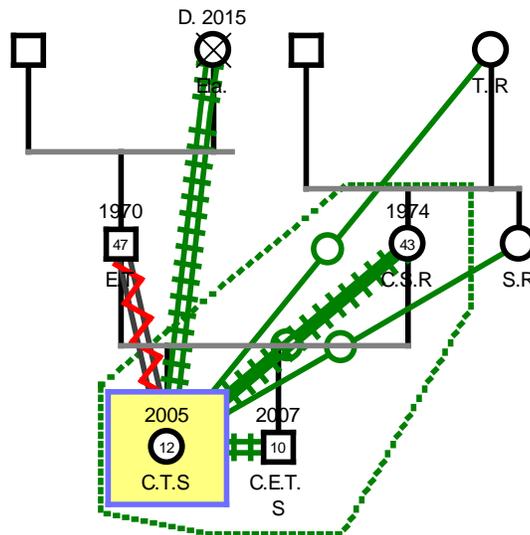
Como consecuencia de divorcio de padres, asumió un rol de protectora con su madre y amigas. Tiende que regañar y ser directiva con quienes le rodean. Después de la muerte de su abuela se

distancio emocionalmente de las personas y actúa como si no le importará lo que sienten los demás. Puede mantener relaciones estables, pero en un momento donde requiera expresar palabras de afecto o verse vulnerable emocionalmente, se distancia y recuerda lo que sufrió al perder a su abuela, porque la quería mucho.

Historia médica: Presenta alergia a la lactosa. No ha estado hospitalizada.

Historia familiar

Imagen No. 3
Genograma



Fuente: elaboración propia, octubre 2017

Estructura familiar

La familia está integrada por ambos padres, aunque no viven juntos, un hermano, sus abuelos maternos que no viven con ellos, pero que son parte importante de su vida. La madre es la única fuente de ingresos de la familia, él padre no los apoya económicamente, y los visita aun teniendo la orden judicial de que no debe visitarlos sin autorización previa de la madre. Cuando los padres

se encuentran en el mismo lugar, el padre violenta a la madre, y busca hacerla quedar mal. La paciente se encuentra atravesando una alienación parental, en donde es el medio de comunicación negativo entre ambos padres. En el año 2015, el mismo año del divorcio de sus padres, falleció su abuela paterna, quien cuidó de la paciente; Son de nivel económico medio, viven en una casa de un nivel, en donde cada uno tiene su propio cuarto.

Antecedentes familiares

Nombre de los padres:

E.T/ 45años/ licenciado en historia

C.A.S.R/ 43 años/ licenciada en administración

Ambos padres trabajan, no tienen padecimientos médicos.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales

En entrevista la madre indica “en mi familia no ha habido problemas mentales”

Examen del estado mental

Paciente se mostró con un aspecto general normal, amable, cooperador, atento. Durante la entrevista respondía con cautela a las interrogantes, se encuentra orientado en tiempo y espacio. Presenta una apariencia apropiada para la edad. En discurso, habla de forma espontánea. Sueño normal, su actividad motora se muestra con normalidad. Presenta fluidez del pensamiento y conducta alimenticia normal. Posee habilidad para comprender y responder preguntas. Capacidad de aprendizaje. Su estado de humor se encuentra orientado a una tristeza moderada. Sonriente, presenta cambios de humor, preocupación, miedo, críticas a los padres durante la entrevista. En grupos su comportamiento es normal, y presenta manifestación de ansiedad moderada.

Resultados de las pruebas

Durante las pruebas C.T.S se mostró colaboradora, tranquila y cómoda, mantuvo una conducta espontánea, completó las pruebas en un tiempo promedio.

Cuadro No.2
Pruebas e Instrumentos aplicados

Prueba aplicada	Fecha de aplicación
Figura Humana	18-03-17
Familia	20-05-17
Árbol	18-03-17
Escala de autoestima de Rosenberg	20-05-17
Escala de ansiedad Infantil de Spence	27-05-17
Cuestionario CDI	18-03-17

Fuente: elaboración propia, octubre 2017

Resultados cualitativos figura humana

De acuerdo con el protocolo de calificación se interpreta de la siguiente forma: la figura muestra sentimientos de inadecuación, inferioridad, retraimiento al sentirse rechazado. Con rasgos de ansiedad y timidez, presentando tendencia a la introversión. Expresión de ansiedad, deseo de perfeccionismo fundamentado en inseguridad. En el área de la cintura se observa un área en conflicto. Los trazos denotan falta de certeza, y una percepción vaga del mundo, así como infantilidad observada en la nariz chata de la figura.

La primera imagen fue femenina, por lo que representa la imagen a la que le concede mayor autoridad social o intelectual, en este caso sería enfocada a la imagen materna, y que no reconoce la imagen paterna; Presenta agresividad a nivel verbal, conducta guiada por los instintos, necesidades agresivas dirigidas al exterior.

Resultados cualitativos familia

Siguiendo el protocolo de la prueba figura familia se presentan los siguientes resultados: Se dibujo una familia real. La prueba presenta delicadeza de sentimientos, timidez, inhibición de los instintos, determinación, decisión, asertividad. Se relaciona en general con la expansión imaginativa, idealista. Se considera inhibida y guiada por normas y reglas. Las figuras muestran preocupación por rendimiento académico, y una pobre imagen de sí misma.

La prueba denota dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás. Refleja una intensa angustia e inseguridad. Se muestra una línea base, que representa inseguridad e inestabilidad y se observa separación entre los miembros de la familia dibujada.

Resultados cualitativos Árbol

Según protocolo de test de árbol se presentan los siguientes resultados: el dibujo proyecta impaciencia, deseo de superación del sentimiento de inferioridad, falta de apoyo o de estabilidad. Poca movilidad psicológica y física, falta de fineza, de tacto. El tamaño del dibujo proyecta orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad. La falta de suelo en la figura denota falta de apoyo o de estabilidad.

La figura realizada en una sola pieza proyecta falta de fineza y de tacto. Más práctico que teórico. Presenta inhabilidad general y debilidad propia de la edad. Dulzura, compensación afectiva. La copa centrípeta denota auto-centralización, narcisismo, concentración, habilidad social reducida. Los frutos dibujados proyectan interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar sus capacidades. Según la escala de Wittgenstein, la figura presenta un evento traumático a los 5 años.

Resultados cualitativos Escala de Ansiedad Spence

En relación a los resultados presentados por la escala de ansiedad infantil de Spence, se presentan los siguientes resultados. El punteo obtenido se encuentra en una escala normal de ansiedad. En ninguna de las escalas evaluadas presenta una elevación de lo que se considera normal.

Cuadro No. 3
Resultados cuantitativos I

Ataques de pánico y agorafobia	7 puntos
Trastorno de ansiedad por separación	6 puntos
Fobia Social	1 punto
Miedos	1 punto
Trastorno obsesivo-compulsivo	4 puntos
Trastorno de ansiedad generalizada	3 puntos
Total	21 Puntos

Fuente: elaboración propia, octubre 2017

Resultados cualitativos Cuestionario de depresión infantil CDI:

Según el punto de corte recomendado para su uso como instrumento de exploración de síntomas depresivos, los resultados obtenidos denotan que existe presencia de síntomas depresivos, a un grado mínimo y se encuentran dentro de los límites normales. Se evaluó en escala de disforia y autoestima, y ambas escalas se encuentran a un nivel leve.

Cuadro No.4
Resultados cuantitativos II

Disforia	14 puntos
Autoestima Negativa	13 puntos
Puntuación total de depresión	27 puntos

Fuente: elaboración propia, octubre 2017

Resultados Cualitativos Escala de autoestima de Rosenberg

La paciente obtuvo un punteo considerado normal, lo que refleja una escala de autoestima elevada, en sentimiento de satisfacción que tiene sobre sí misma. Se muestra segura y con poca importancia sobre la opinión del resto. Los resultados obtenidos tienen similitud con lo que paciente manifiesta en cuanto a la imagen que tiene de sí misma.

Cuadro No.5
Resultados cuantitativos III

30-40 puntos	Autoestima elevada
26-29 puntos	Autoestima media
Menos de 25 puntos	Autoestima Baja
Punteo obtenido	32 Puntos

Fuente: elaboración propia, octubre 2017

Impresión diagnóstica

La impresión diagnóstica se basa en las pruebas realizadas de escalas de depresión, autoestima, ansiedad y pruebas proyectivas, sobre cómo la paciente se percibe a sí misma y cómo percibe a su familia real, por lo que se evidencia en que la paciente presenta baja autoestima, se encuentra afectada por una relación parental conflictiva, rasgos de duelo no complicado y alienación parental. Las pruebas proyectivas evidencian la inadecuación, retraimiento al sentirse rechazada, con rasgos de ansiedad y deseo de perfeccionismo, fundamentado en inseguridades. Se le concede mayor autoridad a la materna y necesidad de agresividad al exterior, contemplado como sentimientos de tristeza, que han sido disfrazados de enojo e ira.

Evaluación según DSM- 5

V61.29 .Niño afectado por relación Parental Conflictiva

V61.20 Alineación parental

V62.82 (Z63.4) Rasgos de duelo no complicado

Recomendaciones terapéuticas para el caso

Se recomienda que la paciente asista mínimo a 22 sesiones de terapia individual y que se reciban sesiones de terapia familiar, de 45 minutos cada una y que se refuerce en casa los avances que se obtienen en terapia.

4.2 Plan terapéutico

Teorías o escuelas que sustentan el caso:

La perspectiva cognitiva

Perspectiva Gestáltica

Perspectiva psicoanalítica

Modelo Terapéutico

Perspectiva Cognitiva, postula la forma en que persona puede ver las cosas, crecemos con experiencias y éstas influyen en la forma en que aceptamos los eventos de la vida. Se enfoca en los aspectos no observables, mentales, que miden los estímulos y la respuesta abierta. Por qué al paciente le afectan ciertos estímulos y otros no. Nos apoya en ayudarnos a comprender el por qué pensamos y sentimos ciertas cosas del mundo que nos rodea, y cómo lo que hacemos afecta nuestros sentimientos. Se enfoca en problemas del aquí y el ahora, se busca mejorar el estado anímico del paciente ahora. Por medio de este modelo podemos trabajar pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos del paciente.

Perspectiva Gestáltica, ayudar al paciente a sobreponerse a ciertos síntomas, permitirle llegar a ser más completo y poder desempeñarse en su día a día. Liberándose de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen su autorrealización. Apoyo en el tratamiento de duelo no resuelto por fallecimiento de su abuela, utilizando técnicas de liberación y del principio del ahora y ayuda a completar asuntos pendientes. Se pueden trabajar técnicas para llevar al paciente a un darse cuenta, técnicas de expresión artística, como una forma de proyectar emociones.

Perspectiva psicoanalítica, por medio de la terapia de juego el niño expresa sus fantasías, deseos, experiencias, miedos, corajes, y afectos a través del jugar. Jugar para un niño incluye: dibujar, dramatizar, modelar, narrar historias, escribir, entre otros. Todo niño que juega se crea un mundo propio, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo grato para él. Mediante el juego los niños transforman su dolor y abren vías de comunicación.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 6 meses, aproximadamente 24 sesiones, teniendo una sesión por semana de 60 minutos. Tomando en cuenta que el paciente asistirá de forma recurrente, de lo contrario el tiempo será más extenso.

Desglose de objetivos

Cuadro No.6
Desglose de objetivos

Objetivo: Trabajar en la relación parental conflictiva		
No. SESIONES	TÉCNICAS	OBSERVACIONES
1-5	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escucha activa ✓ Contrapregunta ✓ Confrontación ✓ Reforzamientos positivos ✓ Registro semanal ✓ Generalizaciones 	Al lograr alianza terapéutica, se empezó a trabajar en un registro semanal de emociones y en botar las generalizaciones que se manejan.
6,7,8,9	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforzamiento Positivo ✓ Juego de roles ✓ Registro semanal ✓ Terapia de juego ✓ Biblioterapia 	Hacer sentir cómo al paciente para trabajar proceso de duelo, apertura y cierre.
10	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Arte terapia ✓ Juego de roles . 	Proyectando emociones y sanando al niño interior

Objetivos: Cerrar ciclo de duelo por pérdida de abuela

No. Sesiones	Técnicas	Observación
11	✓ Silla vacía	<p>Trabajar en el proceso de cierre de duelo.</p> <p>Perdonarse, y empezar a vivir con la pérdida.</p> <p>Etapa de desahogo en donde las emociones son expresadas y canalizadas de una forma controlada.</p> <p>Se colocarán dos sillas en donde simularemos que enfrente de nosotros se encuentra la persona con quien deseamos expresar las emociones y luego intercambiamos roles, para que la otra persona sea quien nos consuele.</p>
12	✓ Descarga en objetos neutros	<p>Con una almohada, el paciente expresará lo que no pudo decirle a su abuela y podrá descargar todas las</p>

		emociones provocadas por la pérdida.
13,14,15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Arte terapia ✓ Validación ✓ Agradecimiento 	<p>Arte para mi abuela. Se dibujarán espacios para su abuela, que se incorporarán a su cápsula de tiempo. Por medio del arte se expresarán emociones</p> <p>Aceptar la pérdida como algo normal de la vida y agradecer por los momentos y enseñanzas vividas.</p>
16,17,18	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diciendo adiós ✓ Terapia de expresión artística 	<p>Creando arte que dure y perdure con el tiempo, para que las enseñanzas de la abuela no se olviden.</p>

Objetivos: Mejorar la autopercepción del paciente.

No. Sesiones	Técnicas	Observación
19,20,21	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Biblioterapia ✓ Arte terapia ✓ Terapia narrativa ✓ Reestructuración cognitiva ✓ Role playing 	<p>Trabajar en su niño herido y en la forma en que se ve y la ven los demás.</p>

	✓ Cambio de ideas irracionales	
22-24	✓ Seguimiento a registro de emociones y calendario de pensamientos y generalizaciones. ✓ Compromiso de seguimiento	Seguimiento de sesiones

Fuente: elaboración propia (2017)

4.3 Análisis de resultado del estudio de caso

Tomado como base en la investigación el objetivo general y los objetivos específicos expuestos, se presentan los siguientes resultados:

Niño afectado por relación parental conflictiva

Alienación parental

Rasgos de duelo no complicado, baja autoestima

Conclusiones

Entre las consecuencias provocadas en una paciente de doce años víctima del síndrome de alienación parental, se determinaron consecuencias en el deterioro de la imagen que la paciente tiene sobre sí misma, los cambios en las emociones y el asumir un rol en la familia que no es acorde a la edad.

Entre las características que presenta una niña de doce años, víctima del síndrome de alienación parental, se presenta la toma de rol de madre en la familia, asumiendo sentimientos negativos hacia su figura paterna, relacionándolos con los sentimientos de su madre. Se muestra una adolescente inconforme con el concepto de autoimagen y autoconcepto, anhelo de perfección y sentimiento de culpa.

Se concluye que el maltrato infantil, presentado como alienación parental, generó en la adolescente, conductas de reactividad hacia la figura paterna, una imagen negativa de él, y deterioró en la relación padre-hija. Teniendo como consecuencia, el deterioro de sus relaciones interpersonales, al no poder confiar en su círculo primario y en relacionar cada acción de su figura paterna, como algo negativo y de poca validez.

Se establecieron entre las consecuencias del duelo no resuelto, causado por la separación de los padres. Alteración en el estado de ánimo, cambio de roles en la familia, distorsión de la imagen parental. La paciente no se muestra satisfecha con la persona que es, y atribuye esto, a que le han dicho que se parece a su padre, lo cual es negativo, al no querer tener parecido en apariencia o en un sentido emocional, con él.

Recomendaciones

Se recomienda que la familia completa pueda recibir apoyo psicológico, para mejorar los resultados de la psicoterapia. Asegurando el seguimiento y acompañamiento en el proceso de recuperación de la adolescente afectada.

Se recomienda recibir terapia sistémica de la familia, para apoyar a los hijos a cerrar el ciclo del duelo y evitar recaídas futuras. Al mismo tiempo, es recomendable la psicoeducación para ambos padres, para que conozcan las consecuencias que genera de por sí el divorcio en los hijos, y las consecuencias de la alienación parental; Con esto se logrará evitar que se continúe dañando la imagen paternal que la paciente tiene.

Es recomendable practicar con la paciente, técnicas que busquen que se reencuentre consigo misma y promueva el perdón hacía sus padres.

Se recomienda en el plan terapéutico trabajar con el diagnóstico de niños afectados por una relación parental conflictiva, y sus consecuencias. Tomando de punto de salida el ordenamiento de roles en casa, para que paciente pueda verse como hija y no como madre, y pueda ver que su imagen paterna no cometió un acto negativo hacia ella, sino hacia su madre. Con esto se logrará minimizar el daño y las consecuencias

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5ta. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Benveniste, D. (2000). *Intervención En Crisis Después De Grandes Desastres*. Vol. I. Recuperado de http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf
- Constitución política de Guatemala*. (Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993). Recuperado de https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf.
- Espinal, I. *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Rep. Dominicana. UASD.
- Escudero, A. (2008). *La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): terapia de la amenaza*. España: Editorial Creative Therapeutics
- Fernández, L. (2010). *Modelo de intervención en crisis*. (1^a. ed.). Madrid.
- García, S. (2017). *Síndrome de alienación parental*. Recuperado de <http://crimina.es/crimipedia/wp-content/uploads/2017/08/S%C3%ADndrome-de-Alienaci%C3%B3n-Parentar.-Sergio-Garc%C3%ADa-Pastor.pdf>
- Oros, L. (2005). *Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad*. (1^a. ed.). Argentina: Universidad Adventista del Plata.
- Perez, J. (2008). *Aprender de los grandes cambios vitales*. España: Editorial Tirant Lo Blanch.

Rodriguez, L (2016). *¿Qué es la violencia y cómo contrarrestarla?* México: CNDH. Recuperado de <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Que-violencia-familiar.pdf>

Slaikau, K. (1999). *Intervención en crisis manual para la práctica y la investigación*. (2ª ed.). México: Editorial El Manual Moderno.

Worden, W. (2002). *El tratamiento del duelo asesoramiento psicológico y terapia*. (4ª ed.). Barcelona: Editorial Paidós.

Anexos

Anexo 1

Formato de tabla de variables

Nombre completo: **Wendy Carolina Rodas Gómez**

Título de la sistematización: estudio de caso: consecuencias del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.

Carrera:

Problemática 1	Variable de Estudio (Tema a investigar) 2	Sub temas de la variable de estudio 3	Pregunta de investigación 4	Objetivo General 5	Objetivos específicos 6
1. Divorcio 2. Abuso infantil 3. Crisis circunstancial	Síndrome de alienación parental	Consecuencias del divorcio.	¿Cómo el contexto familiar influye en el desarrollo del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia?.	Identificar las consecuencias del síndrome de alineación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.	Determinar las consecuencias que produce el divorcio en una paciente de 12 años, que se encuentra afectada por una relación conflictiva en la familia.
		Alienación parental.			Identificar las características del síndrome de alienación parental en una paciente de 12 años, afectada por una relación conflictiva en la familia.
		Duelo por separación de padres.			Establecer las consecuencias de un duelo no resuelto, causado por la separación de padres, en una paciente de 12 años.

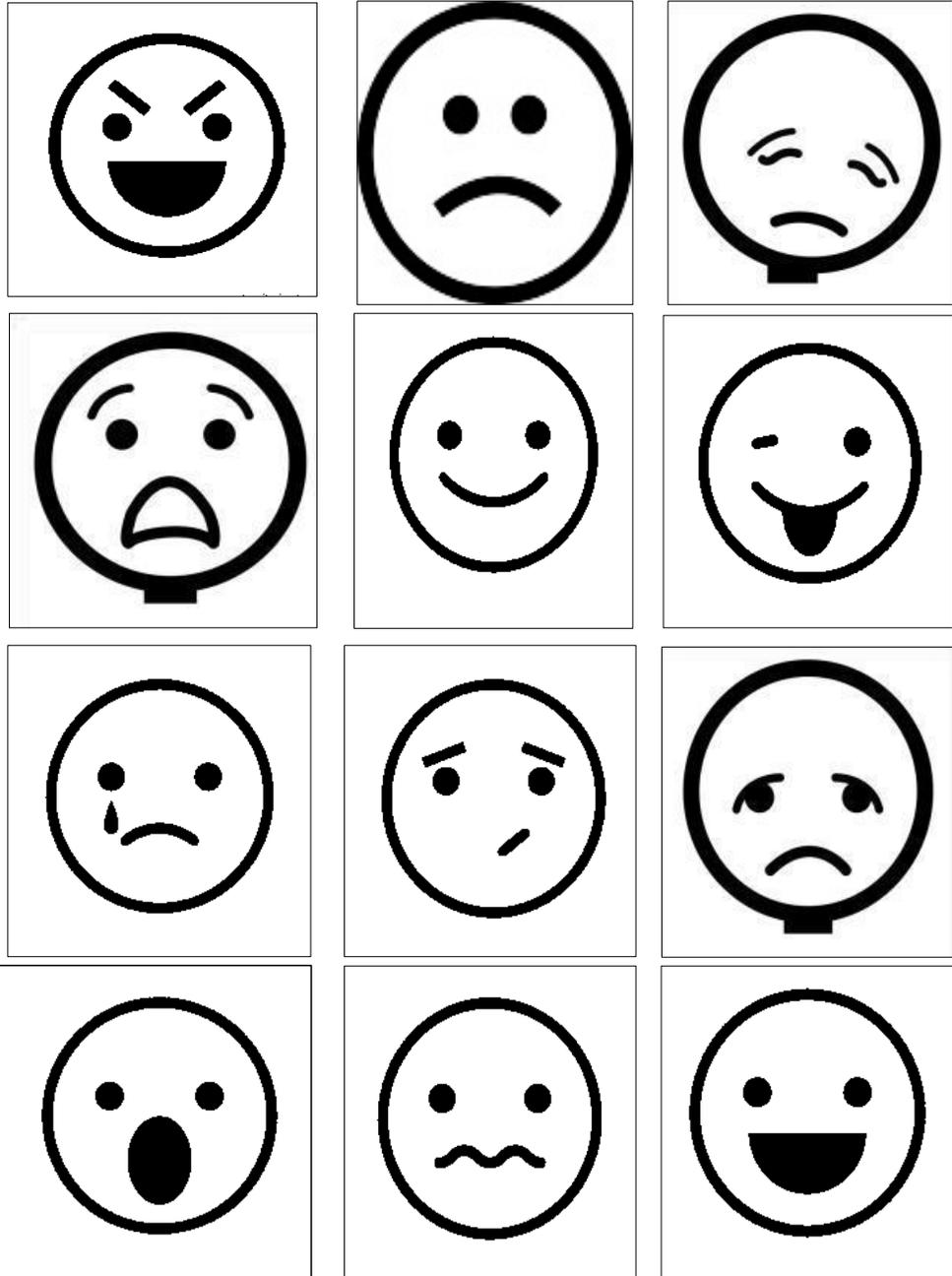
Anexo 2

Formato de examen mental en niños y adolescentes



1. Aspecto general <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Muy descuidado<input type="checkbox"/> Descuidado<input type="checkbox"/> Ligeramente descuidado<input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Arreglado<input type="checkbox"/> Rebuscado<input type="checkbox"/> Extraño	7. Actividad Motora: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Normalidad<input type="checkbox"/> Inquietud<input type="checkbox"/> Agitación Leve<input type="checkbox"/> Agitación Marcada<input type="checkbox"/> Agitación Grave<input type="checkbox"/> Lentitud / baja actividad.<input type="checkbox"/> Hiperactividad.<input type="checkbox"/> Inquietud /Intranquilidad.<input type="checkbox"/> Tics motores /Vocales.<input type="checkbox"/> Hábitos motores /Estereotipias.<input type="checkbox"/> Rituales /Compulsiones.<input type="checkbox"/> Conducta autolesiva.	12. Orientación de humor <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tristeza profunda<input type="checkbox"/> Tristeza acentuada<input type="checkbox"/> Tristeza moderada<input type="checkbox"/> Normalidad<input type="checkbox"/> Euforia ligera<input type="checkbox"/> Euforia moderada<input type="checkbox"/> Euforia acentuada<input type="checkbox"/> Euforia muy acentuada<input type="checkbox"/> Oscilación entre los dos extremos<input type="checkbox"/> ineficaz pero congruente.<input type="checkbox"/> Ocasionalmente incongruente.<input type="checkbox"/> A menudo incongruente.<input type="checkbox"/> Constantemente incongruente.
2. Actitud hacia el entrevistador <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Amable<input type="checkbox"/> Cooperador<input type="checkbox"/> Reservado<input type="checkbox"/> Manipulador<input type="checkbox"/> Hostil<input type="checkbox"/> Evasivo<input type="checkbox"/> Curioso<input type="checkbox"/> Temeroso<input type="checkbox"/> Atento<input type="checkbox"/> Apático<input type="checkbox"/> Complaciente<input type="checkbox"/> Irritable<input type="checkbox"/> Precavido<input type="checkbox"/> Desconfiado<input type="checkbox"/> Preocupado<input type="checkbox"/> Pensativo<input type="checkbox"/> Inquieto<input type="checkbox"/> Quejumbroso	8. Pensamiento y percepción. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Alucinaciones.<input type="checkbox"/> Delirios.<input type="checkbox"/> Fluidez del pensamiento.<input type="checkbox"/> Obnubilación mental.<input type="checkbox"/> Estupor.	13. Afecto /emoción. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sonrisa<input type="checkbox"/> Expresión triste/llanto.<input type="checkbox"/> Irritabilidad /enfado.<input type="checkbox"/> Cambios de humor.<input type="checkbox"/> Ansiedad /preocupaciones.<input type="checkbox"/> Miedo.<input type="checkbox"/> Vergüenza.<input type="checkbox"/> Afecto incongruente.<input type="checkbox"/> Susplicacia.<input type="checkbox"/> Malestar al separarse de los padres.<input type="checkbox"/> Críticas a los padres durante la entrevista.
3. Actitud durante la entrevista. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mentiras.<input type="checkbox"/> Responde con cautela.<input type="checkbox"/> No responde a muchas preguntas.<input type="checkbox"/> Se niega a continuar.<input type="checkbox"/> Solicita confidencialidad para algunos temas.	9. Habla / lenguaje. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lentitud-tartamudez<input type="checkbox"/> Articulación adecuada.<input type="checkbox"/> Comprensión.<input type="checkbox"/> Mutismo.<input type="checkbox"/> Ecolalia.<input type="checkbox"/> Frases estereotipadas.<input type="checkbox"/> Pobreza de contenido.<input type="checkbox"/> Habla infantil.<input type="checkbox"/> Presión del habla.<input type="checkbox"/> Habla incoherente.<input type="checkbox"/> Fuga de ideas.<input type="checkbox"/> Fluidez	14. Comportamiento en Grupo Aislamiento completo <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Aislamiento<input type="checkbox"/> Aislamiento leve<input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Hiperactividad leve<input type="checkbox"/> Hiperactividad<input type="checkbox"/> Hiperactividad incongruente
4. Orientación. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Temporal.<input type="checkbox"/> Espacial.	10. Conducta alimenticia <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Rechazo total.<input type="checkbox"/> Rechazo parcial.<input type="checkbox"/> Rechazo motivado.<input type="checkbox"/> Anorexia parcial.<input type="checkbox"/> Normalidad.<input type="checkbox"/> Acentuación del apetito.<input type="checkbox"/> Bulimia<input type="checkbox"/> Conductas alimenticias anormales.<input type="checkbox"/> Oscilaciones entre anorexia y bulimia	15. Manifestaciones de ansiedad <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ausencia<input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Ligeramente ansioso<input type="checkbox"/> Ansioso moderado<input type="checkbox"/> Muy ansioso<input type="checkbox"/> Pánico con pérdida de control
5. Datos Significativos del Examen Mental para Niños y Adolescentes. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Apariencia extraña<input type="checkbox"/> Apariencia apropiada para la edad.<input type="checkbox"/> Signos de Maltrato / negligencia.	11. Memoria, atención y concentración. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Memoria remota<input type="checkbox"/> Memoria reciente<input type="checkbox"/> Memoria inmediata<input type="checkbox"/> Dificultad en la atención<input type="checkbox"/> Habilidad para comprender y responder preguntas.<input type="checkbox"/> Capacidad de aprendizaje.	
6. Sueño <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Somnolencia.<input type="checkbox"/> Sueño normal.<input type="checkbox"/> Dificultad en el adormecimiento.<input type="checkbox"/> Despertar precoz.<input type="checkbox"/> Insomnio.		

¿Cómo te sientes hoy?



Anexo 3

Formato de examen mental adultos



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
EXAMEN MENTAL
Práctica IV

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
No. De sesión: _____ Edad del paciente: _____

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:

- Cooperador
- Abierto
- Hostil
- Tenso
- Concentrado
- Atento
- Relajado
- Repetitivo
- Confiado
- Ansioso
- Despreocupado
- Distráido
- Evasivo
- Lento
- Desorientado
- Amable
- Inseguro
- Retador

Forma en que pasa el día: _____

Observaciones: _____

1.3 Conducta motora:

- Mov. estereotipado
- Mov. lento
- Mov. rápido

- Aumento de actividad motora
- Disminución de actividad motora

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:

- Habla incesante
- Habla escasa
- Habla espontánea
- Habla fluida
- Habla escueta
- Discurso rápido
- Discurso lento
- Discurso vacilante
- Discurso explosivo
- Expresión precisa
- Expresión
- Se pierde en interrupciones
- Cambio de tema frecuente
- Prolijidad
- Usa palabras apropiadas
- Impulsivo
- Vago
- Usa expresiones extrañas
- Usa palabras sin sentido
- Fuga de ideas
- Concreto
- Circunstancial
- Tangencial
- Bloqueos
- Disociaciones
- Reiteraciones
- Perseverancias
- Incoherencias
- Incongruencias
- Neologismos
- Pararepuestas
- Debe consignarse
- Balbuceo
- 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:

_____ alucinaciones auditivas _____ alucinaciones táctiles
_____ alucinaciones visuales _____ sentimientos de extrañeza
_____ alucinaciones olfatorias _____ perplejidad
_____ alucinaciones gustativas _____ sensación de ubicuidad

5.2.2 Al cuerpo:

_____ dolores _____ alteraciones en sensibilidad
_____ somatizaciones _____ alteraciones en esquema corporal
_____ creencias de enfermedad _____ alucinaciones cinestésicas

5.2.3 Al Yo:

_____ disociación _____ despersonalización _____ retardo de ideas autónomas
_____ bloqueos _____ pensamiento forzado

6. Afectividad:

_____ Afecto plano _____ Afecto eutímico _____ Expansión
_____ Afecto hipotímico _____ Afecto hipertímico _____ Hiperactividad
_____ Embotamiento _____ Labilidad emocional _____ Culpa
_____ Depresión _____ Pánico _____ Miedo
_____ Elación _____ Hostilidad _____ Ansiedad
_____ Enojo _____ Calma Otros: _____
_____ Susplicacia _____ Aflicción Tono afectivo durante la entrevista y situación
_____ Alegría _____ Perplejidad las que se a
_____ Tristeza _____ Aburrimiento

_____ Congruencia de afecto con discurso
_____ Afecto al nivel de intensidad apropiado
_____ ¿Expresión de verdaderos sentimientos?

7. Juicio:

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	_____ limf
_____ 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: _____

9. 4 Humor y ánimo:

estable cambiante optimista pesimista
 irritable preocupado tenso práctico
 inhibido abierto expresivo
 habilidad para expresar y controlar emociones

9. 5 Intereses y actividades:

usa tiempo libre solo con pocos amigos con muchos amigos con familia

9. 6 Fantasías:

sueños repetitivos sueños impresionantes sueña despierto

9. 7 Reacción a situaciones críticas:

tolerancia a frustración tolerancia a pérdida desilusiones
 insatisfacción de necesidades biológicas insatisfacción de necesidades sociales
 uso de mecanismos de defensa: _____

9. 8 Rasgos del carácter:

pasivo agresivo pasivo- agresivo esquizoide
 neurótico paranoide psicopático asténico

Otro: _____

Anexo 4

Formato de consentimiento informado



Consentimiento informado

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social
Práctica Profesional Dirigida IV**

El presente documento explica todos los aspectos relacionados a su participación en las sesiones de terapia psicológica. Por favor léalo atentamente y consulte el o la terapeuta todas las dudas que surjan.

1. Practicante

La práctica supervisada será conducida por: _____
con numero de Documento Personal de Identificación _____
extendido por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala; quien es estudiante del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana. Los objetivos de esta práctica son: cumplir el requisito universitario estipulado en el proyecto de carrera y prestar un servicio profesional en el área de Terapia psicológica al usuario.

El estudiante será acompañado y supervisado por el profesional _____
_____ docente encargado del curso de Práctica.

2. Información de las sesiones de terapia

El usuario es participante del proceso de práctica profesional dirigida de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Su participación es voluntaria y se le solicitan sesiones semanales que quedarán registradas de forma escrita, con el objeto de que el practicante pueda analizar, dar seguimiento y realizar un informe final de carácter clínico sobre su caso. Las sesiones que se realicen están siendo monitoreas por un equipo de profesionales en la más estricta confidencialidad para asegurar la eficiencia y excelencia en la atención psicológica que ofrecemos.

1. Confidencialidad

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

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

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

2. Revocación del Consentimiento

En el caso de que usted desista participar del proceso de terapia psicológica rogamos lo comunique a su terapeuta, lo más pronto posible.

3. Declaración de Consentimiento (usuario adulto)

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

Tomando todo esto en consideración y en tales condiciones CONSIENTO mi participación en las sesiones de terapia, así como la utilización de los datos e información vertida en cada sesión. EXIMO DE FORMA EXPRESA de toda responsabilidad a Universidad Panamericana, así como al estudiante universitario que realiza la práctica supervisada.

Firma _____

Número de DPI: _____

1. Consentimiento Informado (usuario menor de edad)

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

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

Tomando todo esto en consideración y en tales condiciones CONSIENTO la participación en las sesiones de terapia, así como la utilización de los datos e información vertida en cada sesión. EXIMO DE FORMA EXPRESA de toda responsabilidad a Universidad Panamericana, así como al estudiante universitario que realiza la práctica supervisada.

Firma _____

Número de DPI: _____

Anexo 5

Encuesta Test de Familia



UNIVERSIDAD PANAMERICANA ENCUESTA: TEST DE LA FAMILIA Práctica IV

Nombre:
F. aplicación:

Sexo:
Edad cronológica:

Explicación verbal: "Esta familia que tu imaginaste me la vas a explicar"...

¿Dónde _____ están?

¿Qué _____ hacen _____ allí?

Nómbreme a las personas empezando por la primera que dibujaste: (papel, sexo, edad)

¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia? _____

¿Por _____ qué?

¿Cuál es el menos bueno de todos? _____

¿Por _____ qué?

¿Cuál es le más feliz? _____ ¿Por qué? _____

¿Cuál es le menos feliz? _____ ¿Por qué? _____

Y tú en esta familia, ¿a quién prefieres? _____ ¿Por qué? _____

Suponiendo que formarás parte de esta familia ¿quién serías tú? _____

¿Por _____ qué?

Anotaciones:

Anexo 6
Entrevista clínica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA NIÑOS

Practica IV

I Datos Generales

Nombre y
apellidos: _____

Fecha de
nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la
entrevista: _____

Referido
por: _____

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

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

II Motivo de consulta

Motivo de consulta:

Actitud de los familiares en relación con el problema del niño/a:

Consulta y tratamientos

previos: _____

En caso de recibir actualmente tratamiento o atención especializada, indicar cuál y con quien: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la

familia: _____

Relación del paciente con las figuras de autoridad en el hogar:(disciplina, castigos, estilo de crianza, identifica la autoridad)

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

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

IV Antecedentes Personales

a. Concepción, gestación y nacimiento

Actitud de los padres en relación al embarazo (deseado, planificado, métodos anticonceptivos, amenazas de aborto, causa de matrimonio, etc.)

Descripción del parto (color al nacer, tiempo en que mantuvo ese color, lloró inmediatamente, se dio: anoxia, hipoxia, ictericia, malformaciones, etc.):

b. Evolución neuropsíquica relativa a lactancia y alimentación

¿Recibió lactancia materna?_____ ¿Cuánto tiempo?_____

Describa cómo y cuándo se inició la alimentación sólida:

Si se presentaron dificultades con la lactancia o los alimentos sólidos, detállelo:

c. Evolución neuropsíquica relativa a motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres

Edad en que mantuvo fija la

cabeza: _____

Edad en que se

sentó: _____

Edad en que se

paró: _____

Edad en que gateó y por cuánto tiempo lo

hizo: _____

Edad en que caminó:

Descripción del movimiento:

Habilidades motoras que posee acorde a su

edad _____

Se detecta movimiento hiperactivo, hipoactivo, o

normal _____

Hay presencia de movimientos

automáticos _____

Hay presencia de balanceo al estar

sentado _____

Muestra movimientos asociados o

agitados _____

Lateralidad _____

Descripción del sueño:

Horas de sueño diurno y nocturno

Calidad de

sueño

Dificultades durante el

sueño

Control de esfínteres:

Edad de control diurno: _____ Control

nocturno: _____

Método de enseñanza:

Problemas relacionados:

d. Afecciones orgánicas que puedan haber incidido sobre la evolución y el desarrollo del niño

Enfermedades padecidas:

Hospitalizaciones:

Medicamentos:

Ha padecido de fiebres altas, convulsiones u otros (detallar en qué situación se presentó cada uno de los síntomas)

Padece algún problema médico (explicar):

e. Influencia del ambiente en la evolución del intelecto, hábitos, personalidad y psicosexualidad del niño.

Relación del niño con su ambiente (agresividad, dependencia, retraimiento, etc.):

Humor y afecto del niño/a:

Hábitos (se muerde las uñas, se chupa el dedo, pelo, objetos, investigar sobre horarios y rutinas, etc.):

Describa detalladamente el juego del niño/a, incluyendo sociabilidad (importante indagar, como se relaciona con sus pares, es aceptado, rechazado, tímido, etc.):

Ha manifestado curiosidad sexual (edad en que inicio esta curiosidad, como se maneja esta información en casa, quien da la información, se habla, etc.):

Evolución del lenguaje y aprendizaje:

¿Se dio balbuceo y vocalizaciones? _____ ¿A qué edad?

Edad en que dijo sus primeras palabras:

Edad en que dijo la primera frase:

Edad en que se hizo entender por los demás con claridad:

Edad en que terminaron los defectos de pronunciación:

Describa su habilidad para narrar acontecimientos o historias:

Describa su capacidad para entender lo que otros hablan y para seguir instrucciones:

Escolaridad:

Edad de inicio:

Adaptación:

Grado que cursa actualmente:

Instituciones a las que ha asistido (desde que inició hasta la fecha):

Actitud ante el estudio:

Rendimiento escolar:

Reporte de la maestra en cuanto a relaciones interpersonales:

Reporte de la maestra en cuanto a disciplina:

Detalle dificultades que se hayan presentado en el ambiente escolar:

OBSERVACIONES:

Espacio para la realización de genograma