

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



**El rol que juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl**  
Práctica realizada San Vicente de Paúl

(Práctica Profesional Dirigida)

Rosa Elizabeth Mendoza Eguizabal

Guatemala, febrero 2013

**El rol que juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl**

Práctica realizada San Vicente de Paúl

(Práctica Profesional Dirigida)

Rosa Elizabeth Mendoza Eguizabal (Estudiante)

M. Sc Cristina Rodas (Catedrática)

Guatemala, febrero 2013

**AUTORIDADES DE UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

**M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus**  
Rector

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

**M.A. César Augusto Custodio Cobar**  
Vicerrector Administrativo

**AUTORIDADES DE FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz**  
Decana



**UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA**

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

**DICTAMEN  
APROBACION PARA ELABORAR  
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

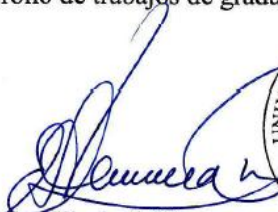
**ASUNTO:** Mendoza Eguizabal, Rosa Elizabeth  
Estudiante de la Licenciatura en Psicología  
Clínica y Consejería Social de esta  
Facultad, solicita Autorización para  
realizar Práctica Profesional Dirigida para  
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

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

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

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: El rol que juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decano Facultad Ciencias Psicológicas.





UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: El rol que juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl, Práctica realizada en San Vicente de Paúl colonia Landivar, presentado por la estudiante: Mendoza Eguizabal Rosa Elizabeth, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas





UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: El rol que juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl, Práctica realizada en San Vicente de Paúl colonia Landivar, presentado por la estudiante: Mendoza Eguizabal Rosa Elizabeth, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Revisor de Estilo



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

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

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: El rol que juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl, Práctica realizada en San Vicente de Paúl presentado por la estudiante: Mendoza Eguizabal Rosa Elizabeth, quien se identifica con número de carné 0804862 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora

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



## Dedicatoria

- A Dios: Gracias Dios por haberme ayudado durante estos años, el sacrificio fue grande pero tú siempre me diste la fuerza necesaria para continuar y lograrlo, este triunfo también es tuyo.
- A mi mamá: Vilma Elizabeth Eguizabal, Oliva, quien estoy segura, fue un pilar durante este tiempo con sus oraciones. Y quien en todo momento me acompañaba ya sea como madre, consejera o amiga. Ella sabe que no me alcanzaría esta página para agradecerle y para decirle lo mucho que agradezco a Dios por ponerla ahí, siempre junto a mí.
- A mi esposo: Jaime Trinidad Gaitán Alvarez, por ser una persona excepcional. Quien me ha brindado su apoyo incondicional y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por tu amor, paciencia y comprensión.
- A mis hijas: Ana Verónica y María Rocío, por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, quienes son mi fuente de inspiración y la razón que me impulsa a salir adelante.
- A mis amigas: Ruth, Sharon y Susy, en quienes he encontrado el apoyo incondicional en las buenas y en las malas mil gracias.
- A Licenciado: Mario Salazar, Por su asesoría, revisión y orientación.
- A la Universidad: Panamericana, por mi formación profesional.

Y a todas aquellas personas que a lo largo de la vida uno tiene que agradecer por que sin motivo alguno le brindan su ayuda, su amistad y que tendría que escribirse un libro con cientos de páginas, con los nombres y los motivos por los que se les debe agradecer, a ellas también se las dedico, aunque no figuren expresamente en esta dedicatoria están en mi mente y corazón

## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
Capítulo 2	4
Referente Teórico	4
Capítulo 3	11
Referente Metodológico	11
Capítulo 4	14
Presentación de Resultados	14
Datos de los apartamentos de San Vicente de Paúl	14
Descripción de la institución	15
Alcances a destacar	18
Límites principales	18
Logros Personales	18
Gráficas	19
Caso del paciente	24
Pruebas aplicadas y sus resultados	26
Impresión Diagnóstica	28
Evaluación Multiaxial	28
Terapias recibidas	29
Objetivos	29
Técnicas	29
Logros	30
Metas	30
Tratamiento	31
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias	34
Anexo	37

## Resumen

San Vicente de Paúl es un hogar en el cual viven familias de escasos recursos por lo que la violencia intrafamiliar o doméstica es parte de la vida diaria. Es por esto que se escogió el tema de violencia intrafamiliar por que los padres son el ejemplo de los hijos y en el caso del paciente M.J no es la excepción. El paciente tiene un diagnóstico Paternos- Filiales el cual está provocando conductas agresivas afectando su cognición y comportamiento con otras personas.

La investigación fue cualitativa y estudio de casos, por lo que la historia del niño M.J. Será detallada dentro del documento más puntualmente. Hay gráficas generales del trabajo hecho en el lugar, así como se muestran los diagnósticos, edades, religión, terapias aplicadas, de los pacientes atendidos en las clínicas de los apartamentos de San Vicente de Paúl. La información encontrada en este documento se basa en el trabajo realizado con los pacientes durante los meses de febrero a agosto atendiendo a los pacientes dos por día tres veces a la semana durante el presente año.

## **Introducción**

La violencia doméstica es el uso de la fuerza física o la amenaza de la fuerza, en contra de una corriente o ex pareja en una relación íntima, lo que resulta el miedo, emocional y /o sufrimiento físico. La violencia doméstica también puede incluir el abuso sexual, emocional maltrato y el abuso financiero, es un grave problema social que afecta a todas las comunidades a través de líneas raciales, étnicas y económicas.

Los niños expuestos a la violencia doméstica en sus hogares sufren trauma y son físicamente dañados. Pueden ser testigo de su madre abusada, escuchar los gritos de su madre o amenazas a un abusador, y / o observar los resultados de un hecho violento a través de lesiones de la madre o los muebles rotos.

La exposición a la violencia doméstica puede limitar el desarrollo cognitivo de los niños y su capacidad para formar relaciones íntimas. Los niños que presencian actos de violencia doméstica pueden experimentar ansiedad, el miedo, la interrupción del sueño, depresión, estrés post-traumático desorden, y tienen problemas en la escuela.

## Capítulo 1

### Marco de Referencia

Corsi, (1994) La violencia familiar hace referencia a cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar en la relación entre los miembros de una familia. Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación.

Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia.

El fenómeno de la violencia doméstica o familiar se ha convertido en las últimas décadas en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo, principalmente, a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de él se derivan. El conocimiento real de la incidencia de este tipo de violencia se ve principalmente obstaculizado por la gran ocultación social que tradicionalmente ha ido asociada al sufrimiento de malos tratos por parte de una figura perteneciente al ámbito familiar.

Corbalán y Patró (2003) sobre las muestra de mujeres maltratadas residentes en centros de acogida, el 85% de los hijos fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y en un 66,6% de los casos también ellos fueron maltratados, mayoritariamente de manera física y psicológica. Debido a una mayor sensibilidad desde todos los ámbitos de la sociedad en los últimos años, el estudio, atención e intervención sobre las víctimas de esta violencia es hoy mayor y más efectiva. En el caso de la violencia doméstica hacia la mujer, y de los niños es además la creación de un mayor número de recursos y ayudas institucionales, los programas de intervención sobre las consecuencias psicológicas que padecen las víctimas de este tipo de violencia han experimentado un mayor desarrollo y aplicación.

En el caso de M.J que ha sufrido violencia intrafamiliar, que a continuación se describe como un caso más de la estadística de niños maltratados física y psicológica

En el caso de M.J Masculino, Edad 12 años, Escolaridad: Sexto Primaria, Religión Católico, refiere que se siente triste y en unos momentos desesperado por la situación de violencia física y psicológica que vive al lado de sus padres y que para él es un “infierno y para sus hermanitos”. M.J reveló que desde que tenía siete años observaba a sus padres golpearse e insultarse y luego su padre lo hacia con él y con sus hermanitos. Esto sucedía cada vez que su padre ingería alcohol y esto sucedía tres a cuatro veces a la semana. Está viviendo maltrato intrafamiliar y doméstico, violencia psicológica, emocional y física, propiciado por su progenitor hacia a todos los miembros de la familia. M.J es el más afectado tanto físico como psicológico. Presenta una conducta rebelde en el colegio y en ocasiones ha sido agresivo y ha llegado a golpear a sus compañeros, le contesta mal a sus maestros y cuando regresa al apartamento les pega a sus hermanitos o golpea contra la pared y en ocasiones rompe sus playeras cuando se enoja, “por que tiene mucha rabia por todo lo que le ha tocado vivir e indica que a veces quisiera golpear a su padre por todo el daño que les ha causado”.

Las situaciones en las que esta viviendo el niño, provocan en él, el desarrollo de Problemas Paterno-Filiales, Según Según Straus y Gelles (1986), uno de los factores más relevantes a la hora de explicar la elevada incidencia de la violencia familiar es el hecho de que la familia posee una serie de características que la hacen potencialmente conflictiva, con el correspondiente riesgo de que los conflictos puedan resolverse de manera violenta. Entre estas características destacan:

- a) La alta intensidad de la relación, determinada por la gran cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de confianza entre ellos, el derecho a influir sobre los demás y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria.
- b) La propia composición familiar, integrada por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en unas marcadas diferencias de motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros.

c) El alto nivel de estrés al cual está expuesta la familia como grupo, debiendo hacer frente a distintos cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.

d) El carácter privado que posee todo aquello que ocurre en el interior de una familia y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social.

M.J ha sido víctima de violencia intrafamiliar, pese a ciertas limitantes de índole social, cultural, económica y educativa; ha logrado romper con proyectos y preocupaciones, que hoy por hoy le permiten buscar y ver la intervención terapeuta como una oportunidad en la superación del trauma vivido y mejoramiento en su calidad de vida.

La garantía de la intervención no dependerá solo del terapeuta, sino de aquellos factores que influyan positivamente en la práctica, que ahondaran una baja autoestima, agresividad, angustia, depresión, estrés, fatiga, irritabilidad, entre otros.

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo general

Determinar si existe un rol de estilo parental y de socialización de los padres con el desarrollo de la autoestima del niño.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar la autoestima del niño y sus dimensiones.
- Describir los diferentes estilos de socialización parental utilizado por la madre.
- Establecer relaciones entre los estilos de socialización parental y la autoestima del adolescente.
- Proponer estrategias que favorezcan estilos parentales que colaboren con el desarrollo positivo de la autoestima del niño.

Es por ello que se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué rol juega el estilo parental en la vida de un menor de 12 años, que vive violencia intrafamiliar, en los apartamentos San Vicente de Paúl?



## **Capítulo 2**

### **Referente Teórico**

En Guatemala, cuando se da una separación o divorcio por mutuo acuerdo, los cónyuges presentan un proyecto de convenio cuyos primeros puntos son: a quién quedan confiados los hijos habidos en el matrimonio y por cuenta de quién deberán ser alimentados y educados -Art. 163, Código Civil-. Cuando la separación o divorcio se demanda por causa determinada, corresponde al juez resolver lo referente a los puntos anteriores -Art. 165. El segundo de estos casos suele desencadenar una batalla legal cargada de resentimiento, ira y deseos de venganza, en cuyo centro, por lo general, están los hijos quienes psicológica y emocionalmente navegan entre dos aguas.

La filiación natural deriva de la procreación y al traducirse al plano jurídico, no recibe sólo un cambio de palabras, sino que se convierte en un estado jurídico. “Es decir, una especial posición ante el orden jurídico integrada por un complejo de relaciones jurídicas entre procreantes y procreados; un entrecruce de derechos y obligaciones entre éstos y el resto del grupo familiar amplio y, sobre todo, una configuración especializada del individuo ante la sociedad y la ley”.

Esta relación jurídica comprende a los sujetos derivados de la filiación, es decir, la relación se finca entre padres, madre e hijos. Desde el punto de vista de los progenitores o abuelos, el conjunto de deberes, obligaciones y derechos recibe el nombre de patria potestad; desde el punto de vista de los hijos.

Para Corsi, (1994) El término violencia familiar hace referencia a cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar en la relación entre los miembros de una familia. Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación. Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia.

El fenómeno de la violencia doméstica o familiar se ha convertido en las últimas décadas en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo, principalmente, a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de él se derivan.

### La familia como entorno potencialmente conflictivo

Para Lorente y Lorente, (1998). La familia como institución se ha considerado, históricamente, un ámbito privado donde el comportamiento de sus miembros se situaba fuera del control social. Las creencias y mitos culturales asociados al sistema patriarcal han legitimado desde tiempos remotos el poder y la dominación del marido hacia la mujer y los hijos, despojando a éstos de todo derecho legal, económico o social.

### Violencia familiar y trauma

La violencia contra la mujer es el que asume que la conducta violenta del maltratador hacia la que es su pareja no representa un riesgo relevante para los hijos de esos hogares. Sin embargo, tanto el hecho de que los niños sean testigos de la violencia como el que, además, puedan ser víctimas de ella conlleva toda una serie de consecuencias negativas tanto para su bienestar físico y psicológico como para su posterior desarrollo emocional y social.

### Consecuencias psicológicas de la exposición de los niños a la violencia familiar

Según los autores Fantuzzo, De Paola y Lambert, (1991); Hughes, (1988); Hughes, Parkinson y Vargo,(1989). La exposición a la violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los menores, especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas de ella. Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición. Los niños de estos hogares violentos también suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que los niños de familias no violenta

## La violencia familiar como modelo de aprendizaje

Para: Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen y Johnson (2003), el más importante es que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar, algo que junto a factores tales como los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos de conducta en la adolescencia, han demostrado poseer un papel relevante en el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta.

La vivencia por parte de los niños de situaciones de violencia y abuso de poder cobra un significado crucial puesto que las experiencias vividas en la infancia constituyen un factor de vital importancia para el posterior desarrollo y adaptación de la persona a su entorno. Los niños aprenden a definirse a sí mismos, a entender el mundo y cómo relacionarse con él a partir de lo que observan en su entorno más próximo.

## Historia de violencia intrafamiliar Patró, Limiñana y Martínez, (2003)

Socialización diferencial de género	Historia de violencia intrafamiliar	Menor
La función social de la mujer es la crianza de los hijos y el cuidado del hogar. Debe comportarse de forma comprensiva, paciente y dulce.	La violencia es normal. Hay circunstancias que justifican el uso de la violencia, por ejemplo cuando se está enfadado o cuando los demás no hacen lo que uno quiere.	El hombre es el que manda en la familia y todos los demás deben obedecerle. Las mujeres son inferiores al hombre y no tienen los mismos derechos. Si un hombre pega a una mujer es porque se lo merece o porque ella lo provoca.
La función social del hombre es la de desarrollar una carrera profesional, ocuparse del sustento económico de la familia y de las relaciones con el exterior. Debe comportarse de forma	El que ejerce el control es el más fuerte y tiene derecho a castigar a los demás. El castigo es impredecible. No existen normas o reglas que aseguren su no	El pegar a las mujeres es normal, es frecuente y no tiene repercusiones. Si quieres que te respeten tienes que ser violento.

<p>decidida, segura y firme.  El hombre es superior a la mujer, es más inteligente y está más capacitado.  El hombre debe ser el cabeza de familia, el que tome las decisiones y el que tiene poder y control sobre el resto de los miembros de la familia que deben obedecerle.</p>	<p>ocurrencia.  Si no eres el más fuerte, debes ser sumiso.  Mi madre tiene la culpa de que mi padre la maltrate.  El hogar no es un lugar seguro.  Mi madre no puede protegerme.</p>	
--	---	--

Fuente: elaboración propia

La tendencia observada es que los niños aprenden que la violencia es una estrategia eficaz de solución de problemas y que su manifestación asegura una posición de poder y privilegio dentro de la familia, mientras que las niñas aprenden a adoptar conductas de sumisión y obediencia.

### Intervenciones con niños expuestos a la violencia familiar

Para Edleson, Mbilinyi y Shetty, (2003). Estas intervenciones pueden llevarse a cabo en forma de tratamiento de las secuelas traumáticas a nivel individual, en programas psicoeducativos y de apoyo a nivel grupal, o en programas de intervención conjunta sobre los niños y sus madres.

### Peled y Davis (1995) describen cuatro objetivos generales de los programas de intervención grupal

- (1) Romper el tabú y el secretismo sobre la violencia ejercida dentro de la familia a través de la definición de los comportamientos violentos, compartiendo experiencias personales y trabajando sobre los sentimientos y emociones experimentadas.
- (2) Facilitar el aprendizaje de estrategias de autoprotección a través del desarrollo de planes de seguridad y el aprendizaje de estrategias de resolución de conflictos no violentas.
- (3) Aumentar la autoestima a través del refuerzo y la validación de los sentimientos por los miembros del grupo.

(4) Favorecer una experiencia positiva en un ambiente seguro y estructurado.

A nivel general, existen tres aspectos que deben ser tratados en cualquier programa de intervención y para M.J por el hogar violento que vivió

1. En el ámbito emocional. Es importante ofrecer al niño la posibilidad de ser escuchado y de hablar sobre sus sentimientos (miedo, angustia, enfado, rabia o culpabilidad) de manera que pueda liberar toda la angustia reprimida y normalizar sus emociones, a la vez que ofrecerle una explicación adecuada sobre lo sucedido, siempre que el niño esté dispuesto a ello. Los niños a menudo están confundidos, no entienden lo que está sucediendo, se sienten indefensos, asustados, ansiosos, culpables (por haber hecho algo que causara la violencia, por no haber protegido a la madre, por seguir queriendo al padre), inseguros y preocupados por el futuro.

2. En el ámbito cognitivo. Resulta de suma importancia el atropello y reestructuración de aquellos valores y creencias asociados a la violencia del perfil a la prevención y eliminación de potenciales comportamientos violentos o de futura revictimización.

3. En el ámbito conductual. La pérdida del sentimiento de seguridad y la percepción de falta de control sobre su vida y sus actividades son dos factores que frecuentemente obstaculizan la adecuada recuperación del niño expuesto a la violencia en su hogar.

Los efectos son los siguientes:

- Agresividad
- Angustia
- Baja Auto estima
- Depresión
- Irritabilidad
- No duerme bien
- Ira

El problema de paternos filiales es una forma específica en la que el paciente se presenta con síntomas y signos que están confinados emocionalmente y psicológicamente.

Según el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales texto revisado DSM-IV-TR es:

Z63.8 Problemas paterno-filiales (V61.20) El objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Nota de codificación: Especificar Z63.8 si el objeto de atención clínica es el niño.

## Capítulo 3

### Referente Metodológico

La población para esta investigación, fue la atendida en los Apartamentos San Vicente de Paúl, de día, lugar donde se llevó a cabo la Práctica Supervisada V correspondiente al quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

Durante el desarrollo de la práctica, fueron recibidos pacientes entre 12 y 36 años de edad, de ambos sexos, de quienes fue escogido el caso de M.J, adolescente de 12 años con diagnóstico Paternos-Filiales. El consultante fue referido por agresividad, y baja autoestima y cambios cognitivos y conductuales, pues en el hogar hay violencia intrafamiliar físico y psicológico para con la madre y los hijos.

Según Lindzey (1961). Las técnicas proyectivas son unos instrumentos considerados como especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste.

Este rasgo se mantiene como elemento común, aunque el entrevistado necesite apelar a distintas conductas, ya sean verbales, gráficas o lúdicas. Cada proyección proyectiva, valga la redundancia, es una creación que expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa, dentro de una situación vincular específica, configurada por la lámina o por la consigna con la que está ligado en cada momento el proceso.

El examinado proyecta sus necesidades y tensiones, su mundo emocional, sus concepciones privadas del mundo físico y social, y sus esfuerzos por organizar su pensamiento, su conducta y relacionarse con esos mundos (podemos analizar cada lámina o cada dibujo como un modelo del tipo de objetos, con cualidades de completos o incompletos, rotos o inarmónicos, integrados o desintegrados, que esa persona es capaz de crear).

Algunas de las ventajas de las pruebas proyectivas son:

1. Su administración es relativamente simple.
2. El tiempo total de la respuesta es corto, lo que permite ahorro de tiempo y de energía.
3. En consecuencia, pueden servir como instrumentos de apreciación rápida.
4. Su fácil administración y su simple manejo los hace aplicable tanto al examen de grandes grupos como al de personas individuales.
5. Las técnicas proyectivas no verbales poseen ventajas con respecto a los niños con escasa educación a los deficientes mentales, a los que no conocen el idioma, a los tímidos, entre otros.
6. Penetran con mayor frecuencia en los individuos evasivos y reservados.
7. Constituyen un instrumento clínico que descende hasta las capas más primitivas y profundas de la personalidad.
8. Permiten obtener muestras más puras de conducta para la investigación.
9. Su rápida administración y la menor influencia que los recuerdos ejercen sobre ellos permiten su empleo periódico con el fin de verificar los progresos del tratamiento.
10. Sus datos se explican de un modo simple a los psiquiatras no entrenados en técnicas proyectivas y éstos pueden captarlos con mayor rapidez.

Objetivos de las técnicas proyectivas:

1. Conocer y usar como punto de partida el Rapport, previa aplicación de los test Proyectivos.
2. Aplicar las técnicas Proyectivas como método de diagnóstico e investigación.
3. Interpretar adecuadamente y de manera objetiva las respuestas que expresan sus examinados.
4. Discernir las diferentes pruebas enseñadas en la asignatura y sus mediciones correspondientes.
5. Utilizar las baterías de pruebas Proyectivas para un diagnóstico más completo y eficaz.

Estas pruebas pueden aplicarse a niños, jóvenes y adultos.

Según Santana y Gutiérrez, (2001) la investigación cualitativa es ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, entre otros, desde la perspectiva de la gente que está siendo estudiada.



Sustentada en las tendencias subjetivistas, las que pretenden una comprensión del fenómeno social, concediendo a lo subjetivo la principal fuente de los datos; antes que generar leyes universales, buscan la descripción y comprensión de escenarios particulares. El mundo social depende de los sujetos y son ellos quienes lo construyen y lo vivencian; por lo tanto, para conocerlo no es suficiente generar explicaciones objetivas sobre él, no es posible considerar que el mundo social este regido por leyes universales, puesto que las realidades son para los sujetos y grupos una realidad diferente. En este sentido, una realidad social no puede cuadrarse en un plano cartesiano y tabla porcentual, puesto que la sociedad es dinámica de significantes y significados que constituyen dicha realidad.

La estrategia de tomar la perspectiva del sujeto, se expresa generalmente en términos de “ver a través de los ojos de la gente que uno está estudiando”, tal perspectiva, nos envuelve a usar la empatía, con quienes están siendo estudiados, penetrando los contextos de significado con los cuales ellos operan, por lo tanto esto nos llevará unos períodos de tiempo. Todo esto justifica el uso de las técnicas de observación participante combinada con la entrevista en profundidad no estructurada.

Un problema clave para el investigador es definir, a través de qué ojos trataré de observar la realidad. La necesidad de tomar la perspectiva del otro implica tomar en cuenta la existencia de una multiplicidad de puntos de vista, de visiones de la realidad.

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

#### **Datos de los apartamentos San Vicente de Paúl**

Esta localizada en el municipio de Guatemala departamento de Guatemala, ubicada en la 6ta avenida 9-32 Colonia Landívar, zona 7 de esta ciudad capital.

La vía de acceso y ubicación de la Colonia Landivar, se localiza a cuatro cuadras de la bifurcación conocida como el trébol de la zona 7, de la ciudad de Guatemala; es de fácil acceso ya que tiene varias vías alternas por el periférico, la avenida bolívar, la calzada san Juan, al otro lado del trébol se encuentran el mercado del trébol. y las Instituciones como El Hospital Roosevelt, El hospital de Oncología, el Hospital de cáncer pediatría.

Su principal acceso es por la calzada San Juan, sin embargo también se accede por la calzada Roosevelt y zonas 7, 8, 19, y del occidente.

## Descripción de la Institución

Nombre de la institución: Apartamentos San Vicente de Paúl de Guatemala, teniendo como centro de práctica la clínica psicológica, y médica, ubicada en la 6ta avenida 9-32 Colonia Landívar, zona 7 capitalina.

La Clínica y los Apartamentos de San Vicente de Paúl atienden a familias de escasos recursos, a quienes les realizan un estudio socioeconómico para poder ingresar a vivir a los apartamentos les ayudan la asociación de señoras de la caridad de San Vicente de Paúl. Es una dependencia privada que es apoyada por personas de nivel económico alto como una labor de beneficencia, quienes aportan económicamente para beneficio de las familias. Prestan servicio de atención médica, psicológica y de apoyo espiritual, a los niños(as) de los apartamentos. Durante las tardes reciben tutoría para las tareas escolares que les son asignadas en sus respectivos centros estudiantiles. Dado que Los Apartamentos de San Vicente de Paúl es una institución benéfica, siendo sus servicios gratuitos, los cuales son en beneficio de los niños(as), familias de escasos recursos, atendiendo todos los días de lunes a viernes en las clínicas de 08:00 AM a 18:00 PM.

Población Atendida: La población a la cual está dirigido dicho Taller, se enfoca a las familias, se atienden personas del género masculino y femenino que cuenten con 6° primaria y 3°. Año del Ciclo básico, Educación media, cuentan con la ayuda de tutoría por las tardes en dicho centro.

## Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl

(ASCASVIP-AIC) Guatemala

La organización de Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, fundo varias obras con el propósito de ayudar a los más necesitados como Ancianos, Familias, Niños(as) y para las mujeres de nivel económico bajo. No reciben ningún subsidio por parte del Estado ni de otra entidad.

Esta integrado por una junta directiva que eligen cada año para el mejor manejo y la organización de las instituciones la forman de la siguiente manera:

- Presidenta
- Vice Presidenta
- Tesorera
- Secretaria
- Secretaria de Relaciones Públicas
- Secretaria de Obras
- Vocal 1
- Vocal 2

### Instituciones que fundaron

- Colegio la Milagrosa ( Fundado desde 1944)
- Escuela Profesional san Vicente de Paúl (Fundado desde 1968)
- Colegio Mixto Vicentino ( Fundado desde 1962)
- Jardín Infantil “ Lola Carrera” ( Fundado desde 1979)
- Talleres de Capacitación para la Mujer (Fundado desde 1956)
- Hogar de ancianos zona 5 ( Fundado desde 1870)
- Hogar de ancianos zona 1 (Fundado desde 1870)
- Apartamentos para familias de San Vicente de Paúl ( Fundado desde 1956)

## San Vicente De Paúl



### Misión

Formar personas autónomas, reflexivas y comprometidas con los valores del evangelio, con capacidad de incidir en la construcción de una historia más humana, fraterna y esperanzadora; inspirada en el carisma vicentino de amor a Dios, al prójimo, la sencillez y la esperanza.



### Visión

Ser una Institución que se constituye en una comunidad comprometida, que ofrece formación humanista y cristiana a las familias de escasos recursos y a los otros agentes que la integran, con un sentido de pertenencia eclesial, vivenciando los valores espirituales, morales, cívicos, culturales, intelectuales, políticos y sociales.

### Alcances a destacar

- Buena disposición del establecimiento y de los asistentes.
- Colaboración y participación de los pacientes que permanecieron hasta el final.
- Hubo buena comunicación, respeto, confianza, con los pacientes.
- Fue una buena experiencia al compartir con los pacientes.
- Identificación de diversos conflictos personales.

### Límites principales

- Las instalaciones de la Institución es de construcción formal, sin embargo el espacio donde esta la clínica es reducido, además es utilizado como bodega.
- La poca ventilación e iluminación.
- Durante las tardes, el ruido producido por los niños (as) asistentes a las clases de reforzamiento del lugar, distraía la atención del paciente.

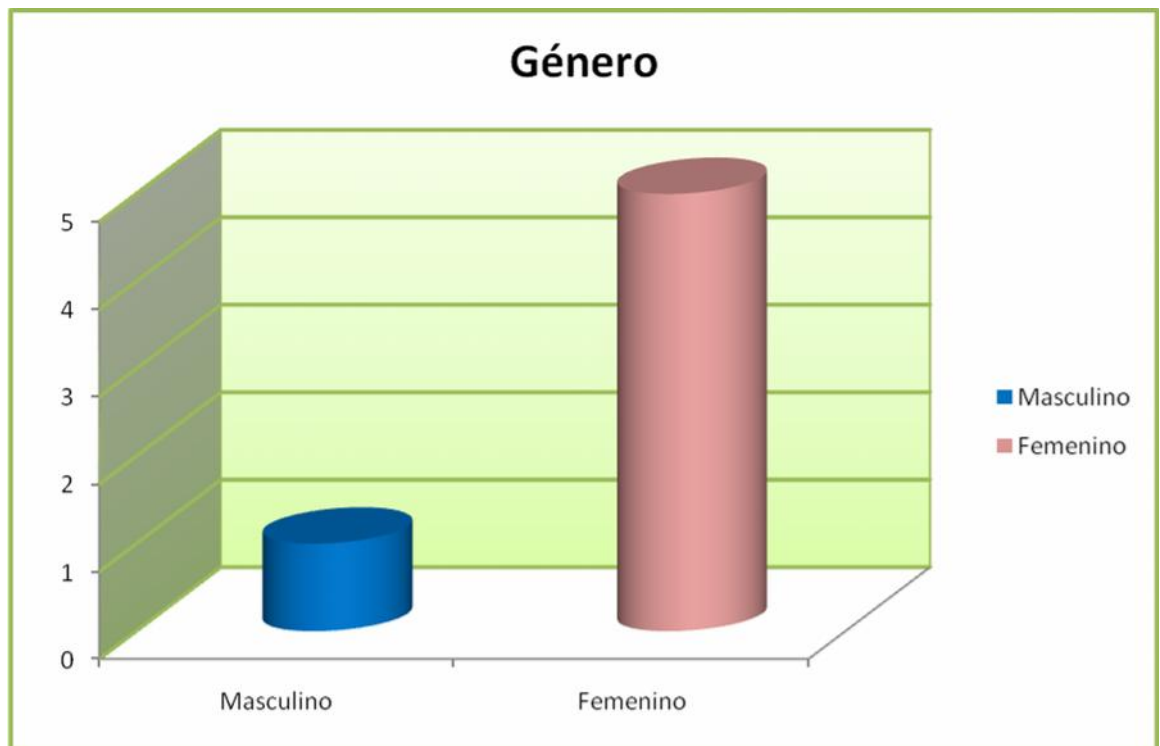
### Logros Personales

- Satisfacción de haber ayudado a las personas a cambiar su forma de pensar y cambiar actitudes que les estaban afectando.
- Haber logrado la reflexión de los pacientes de sus propias debilidades.

## Gráficas

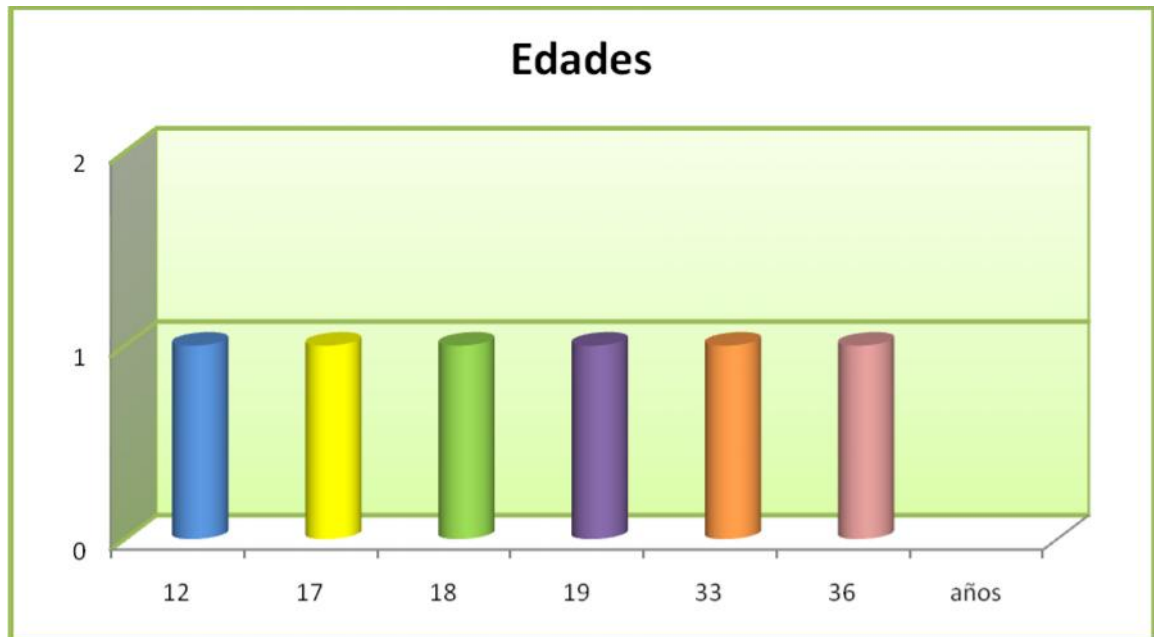
### Tipos de géneros

Masculino 1  
Femenino 5



Fuente: Elaboración propia

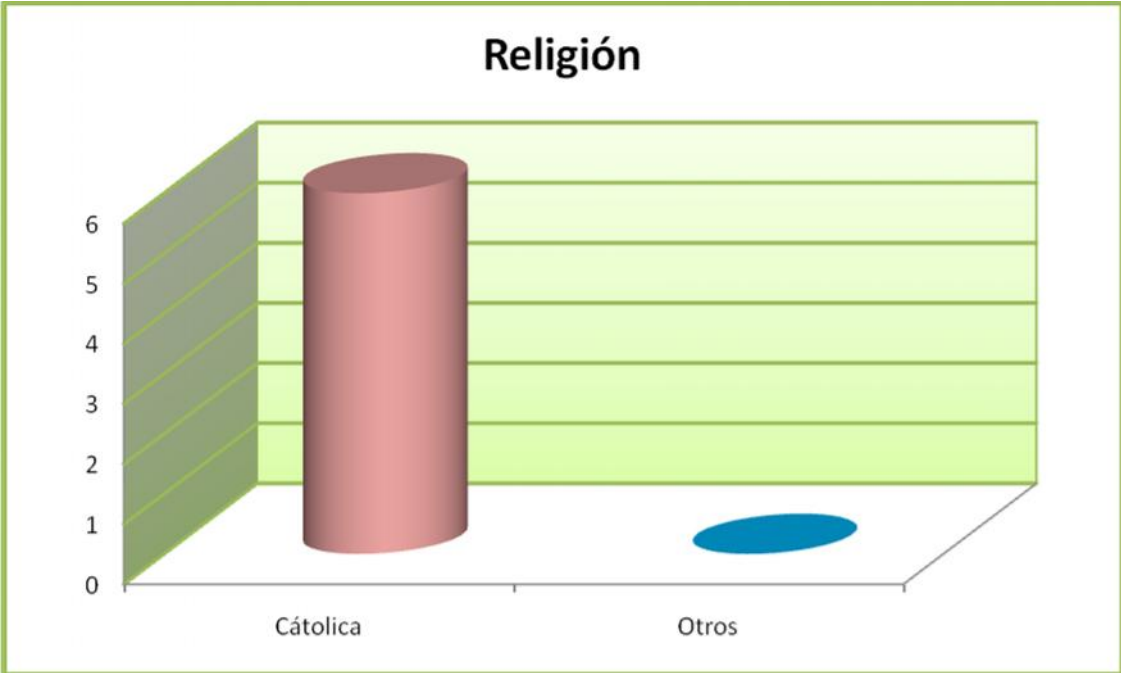
## Edades de pacientes



Fuente: Elaboración propia

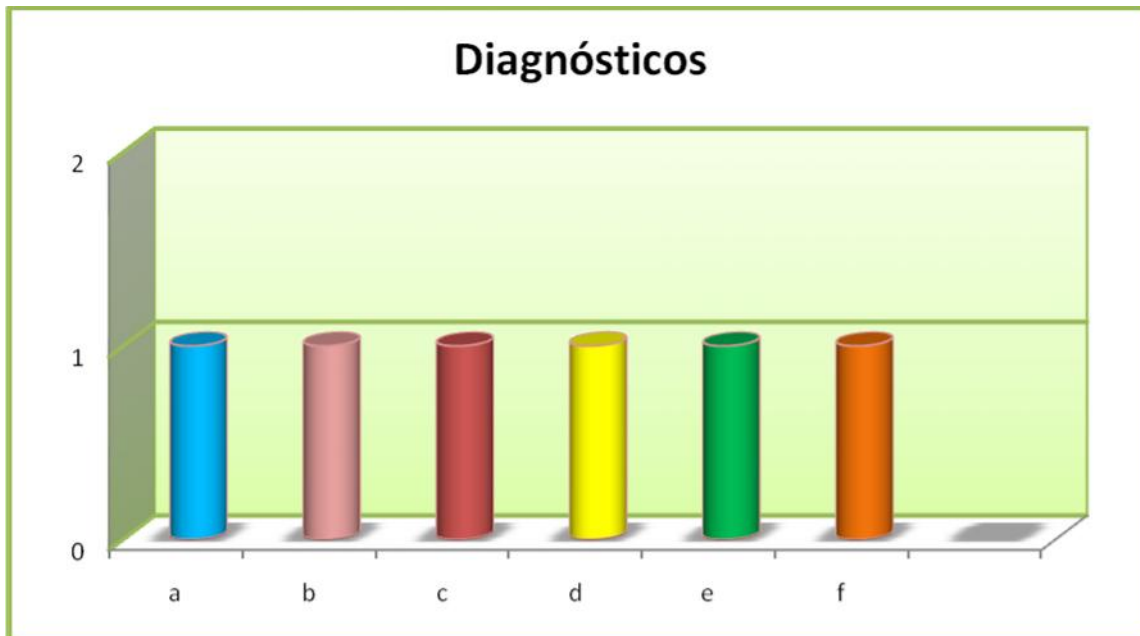


# Religión profesada



Fuente: Elaboración propia

## Diagnósticos atendidos



<b>a. Paternos- Filiales</b>
<b>b. Tx. Ansiedad Generalizada</b>
<b>c. Tx. de ansiedad</b>
<b>d. Tx. Distímico</b>
<b>e. Duelo</b>
<b>f. Problemas de relación entre hermanos</b>

Fuente: Elaboración propia

## Terapias aplicadas



Fuente: de Elaboración propia

La terapia Cognitivo-Conductual, ocupa el lugar influyente dentro de los tratamientos psicológicos, ya que es necesario cambiar ideologías y formas de ver la vida. Estos cambios se complementan con las técnicas y ejercicios, que otorgaran de herramientas para enfrentar las actividades diarias de los pacientes.

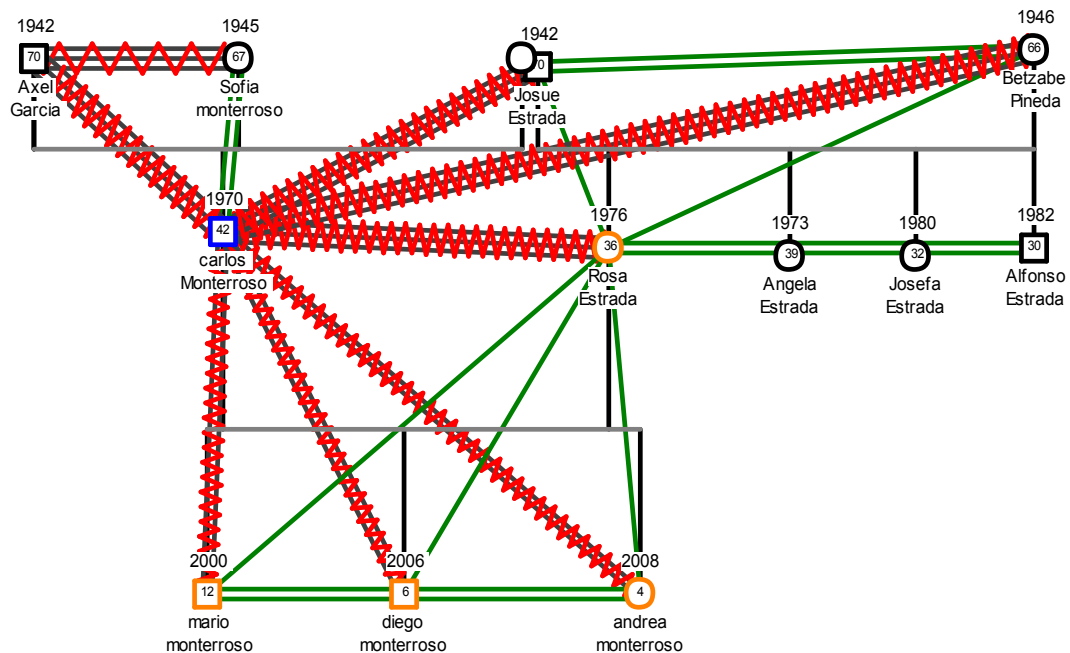
## Caso del Paciente

Ya expuestos los resultados generales, del trabajo efectuado en los Apartamentos de San Vicente de Paúl, se procede a presentar el caso del paciente, quien es el sujeto vital de esta investigación.

M.J Masculino, Edad 12 años, Escolaridad: Sexto Primaria, Religión Católico, refiere que se siente triste y en unos momentos desesperado por la situación de violencia física y psicológica que vive al lado de sus padres y que para él es un “infierno y para sus hermanitos”.

M.J reveló que desde que tenía siete años observaba a sus padres golpearse e insultarse y luego su padre lo hacia con él y con sus hermanitos. Esto sucedía cada vez que su padre ingería alcohol y esto sucedía tres a cuatro veces a la semana.

M.J En la actualidad presenta una conducta rebelde en el colegio y en ocasiones ha sido agresivo y ha llegado a golpear a sus compañeros, le contesta mal a sus maestros y cuando regresa al apartamento les pega a sus hermanitos o golpea contra la pared y en ocasiones rompe sus playeras cuando se enoja, “por que tiene mucha rabia por todo lo que le ha tocado vivir e indica que a veces quisiera golpear a su padre por todo el daño que les ha causado”.



Fuente: Elaboración propia

La familia está compuesta por la madre y el padre que ya no vive con ellos, M.J quien es el hijo que tienen en común, dos niños de las edades el niño de seis años y la niña de cuatro años de edad. No es una familia funcional, pues el padre siempre esta bajo efectos de alcohol y drogas y es violentos, abusivo con todos los miembros de la familia, la madre se dedica a a trabajar de secretaria en una empresa donde elaboran implementos de limpieza, pero la comunicación entre ellos dos es totalmente quebrada, solamente hay discordia, agresiones y mal humor.

El paciente se lleva mejor y cuida a sus hermanos ahora que viven en los apartamentos de San Vicente de Paúl, por lo que ya no están observando las peleas y también ya no esta siendo agredidos por su padre.

La situación económica de la familia no es estable, más sin embargo esta inscrita en la ayuda de la bolsa segura que esta dando el gobierno, y eso le ayuda a sostenerse para terminar el mes, el padre del niño no les ayuda económicamente y a veces llega al apartamento a pedirles pero la encargada de los apartamentos no lo deja entrar y lo retira del lugar

Viven en un apartamento de dos ambientes, patio, baño, con techo de duralita, lo cual la deben mantener ordenada y limpia por que la encargada de los apartamentos pasa a supervisar dos veces al mes si esta conforme los reglamentos dados cuando llegaron de mater limpio y ordenado, y las paredes limpias.

## Pruebas aplicadas y sus resultados

<b>nombre de prueba</b>	<b>fecha de aplicación</b>
Test proyectivo del árbol	20-02-2012

El paciente se percibe como una persona reprimida, impulsivo, a consecuencia de su padre que es un alcohólico y que a la vez el teme de su progenitor que lo siga lastimando. No presenta una conducta correcta su desenvolvimiento social, educacional no tiene una buena relación no tiene amigos en la escuela ni en su entorno por los problemas del pasado no permiten una buena comunicación con las personas, viven conflictos sin resolver, hay pesimismo, se siente débil emocionalmente, agotado, cree que no hay salida para los problemas y teme que algún día su madre regrese con su padre.

Se auto agrede ocasionalmente cuando está solo en casa o cuando esta enojado con su papá, no puede ver un mejor semblante a las situaciones diarias por la falta de control ante los estresores. Se siente descontento, su autoestima es baja y ha tenido ideas suicidas, no hay criterio para su edad.

Prefiere evadir los problemas se siente inconsolable por que su padre lo ha defraudado a él y a su familia. Actualmente percibe el ambiente y su entorno más tranquilo y comprensivo por que ya no hay violencia en casa.

<b>nombre de prueba</b>	<b>fecha de aplicación</b>
Test proyectivo bajo la lluvia	27-02-2012

El paciente proyecta estar es un estado de agresividad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento, ansiedad, desaliento, tristeza, falta de ilusión, tiene miedo de regresar al pasado, por que piensa que si retrocede es vivir la agonía y maltrato físico y psicológico para todos.

Existe duda a agresiones físicas por parte de su padre. Inestabilidad en la familia, para todos sus integrantes, lo cual causa ansiedad en el paciente.

La comunicación con su padre, no es buena por que cada vez que platican el los insulta así que prefiere alejarse. Dichos problemas afectan la parte cognitiva y conductual del paciente, al no poder procurar la atención suficiente a las tareas estipuladas.

<b>nombre de prueba</b>	<b>fecha de aplicación</b>
Test proyectivo de la familia	06-03-2012

El paciente proyecta estar es un estado de agresividad, terquedad, introvertido, depresión, desaliento, agotamiento, ansiedad, tristeza, ocultación de la propia personalidad, falta de adaptación en el medio, tiene miedo de regresar al pasado, por que piensa que si retrocede es vivir la agonía y maltrato físico y psicológico para todos.

Existe vacilación a agresiones físicas por parte de su padre. Inestabilidad en la familia, para todos sus integrantes, lo cual causa ansiedad en el paciente. Dichos problemas afectan la parte cognitiva y conductual del paciente, al no poder procurar la atención suficiente a las tareas estipuladas.

<b>nombre de prueba</b>	<b>fecha de aplicación</b>
Test proyectivo de la figura humana	10-04-2012

El paciente proyecta estar es un estado de agresividad, inseguridad, depresión, ansiedad, inadaptado, terquedad, negativo un concepto pobre de si mismo, sentimiento de culpa, el manifiesta este sentimiento por que no ha podido proteger a su familia de su padre que es abusivo con sus con todos los miembros de la casa.

## Impresión Diagnóstica

Teniendo la historia clínica completa del paciente, contando con los datos personales y familiares y los resultados de las pruebas aplicadas, se llega a la siguiente impresión diagnóstica.

El paciente tiene estados de:

- Agresividad: presenta episodios en los cuales llega peleando y golpeando a sus hermanos y a sus compañeros.
- Angustia: miedo, malestar intenso, sudación, falta de aliento.
- Baja autoestima: Inseguridad y falta de confianza acerca de el mismo.
- Depresión: tristeza, desánimo, baja autoestima
- Estrés: malestar psicológico, que simbolizan un acontecimiento traumático con el diario vivir.
- Fatiga: es la sensación sostenida y abrumadora de cansancio y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.
- Irritabilidad: es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo en el medio ambiente y poder reaccionar. Tiene un efecto patológico o fisiológico.
- No duerme bien: por que tiene miedo de que cuando esta dormido pueda aparecer su papá y lastimarlos.

Evaluación Multiaxial:

- EJE I:** Z63.8 Problemas Paterno-Filiales (V61.20)  
**EJE II:** Z03.2 Sin Diagnostico (V71.09)  
**EJE III:** Sin diagnostico  
**EJE IV:** Problemas relativos al grupo primario de apoyo  
**EJE V:** EEAG 60



## Terapias recibidas

Terapia cognitiva-conductual, modifique ciertas conductas que están afectando su vida personal, familiar y social. Partiendo del sufrimiento que ha vivido con sus hermanos, y la ausencia de su padre así como las carencias afectivas, económicas y cognitivas que ha tenido que pasar junto a ellos. Existe un proceso de falta afectiva, por eso su autoestima está perturbada, pues su madre al principio los trataba mal después de que era golpeada por su padre, se mostraba enojada e indiferente con ellos. Existen rasgos paranoides, pues el paciente no puede relacionarse con sus amigos, por que cree que hablan de él, por la forma que se comporta.

A continuación se detalla el tratamiento que el paciente recibió a lo largo de sus terapias:

## Objetivos

- Desarrollar su autoestima y tratar sobre su perfil negativo sobre sí misma.
- Facilitar herramientas que permitan superar los problemas diarios.
- Por medio de ejercicios de relajación pueda el bajar su nivel de estrés y así propiciar más tranquilidad a su mente y cuerpo.
- Cambiar sus pensamientos irracionales por otros más adaptativos.
- Ayudar al paciente a ganar esperanza.
- Promover la sensación de dominio y auto confianza del paciente.
- Animar al paciente a enfrentar sus ansiedades en lugar de evitarlas.

## Técnicas

Síntoma más relevante	Técnicas recomendadas	También considerar
Pensamientos intrusivos	Exposición	Terapia cognitiva Manejo de ansiedad Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Flashbacks	Exposición	Manejo de ansiedad Terapia cognitiva Psicoeducación
Miedos asociados al trauma, pánico y evitaciones	Exposición Terapia cognitiva Manejo de ansiedad	Psicoeducación Terapia de juego (niños)

Embotamiento afectivo/alejamiento de los demás/perdida de intereses	Terapia cognitiva	Psicoeducación Exposición
Culpabilidad/autohumillación	Terapia cognitiva	Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Irritabilidad/ira	Terapia cognitiva Manejo de ansiedad	Psicoeducación Exposición
Ansiedad general (hiperreactividad, hipervigilancia, agitación, alarma)	Manejo de ansiedad Exposición	Terapia cognitiva Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Perturbaciones del sueño	Manejo de ansiedad	Exposición Terapia cognitiva Psicoeducación
Dificultad de concentración	Manejo de ansiedad	Terapia cognitiva Psicoeducación

Fuente: Elaboración propia

## Logros

- Que pueda expresar lo que siente, piensa y pueda comunicarse sin temor.
- Favorecer y aumentar su autoestima.
- Mejorar sus notas escolares.
- Calidad en su relación con los miembros de la familia.
- Aptitud positiva con sus maestros y compañeros en el colegio
- Relajación y respiración adecuadas.

## Metas

- Manejar la ansiedad producida por medio de la adecuada respiración y relajación.
- Elevar autoestima.
- Exteriorizar sus pensamientos, sentimientos, emociones y poderlas comunicar.
- Mejor concentración.
- Mejorar en la escuela.

## Tratamiento

El paciente fue atendido durante 24 sesiones, en las cuales se le dieron instrumentos y estrategias para poder permanecer con su vida, expresar sus sentimientos y emociones, nombrándolas adecuadamente.

Tuvo un cambio importante el paciente, en su cognición y atención, pues mejoro en sus clases y la forma de entregar trabajos académicos. Tristemente sus padres se separaron, por el motivo que había mucha violencia intrafamiliar a causa de que su padre siempre esta bajo efectos del alcohol y drogas. El niño ha mejorado su conducta y de esa forma sabe que agrada a su madre y mejora la relación familiar y social. Conforme se fue penetrando en la terapia, se trabajó por medio de la terapia cognitiva conductual, logrando que el paciente pudiera expresar sus sentimientos y emociones y corregirlas.

Las terapias de respiración y relajación fueron positivas, pues le ayudaron a disminuir la ansiedad, la ira en los momentos de tensión, así como las terapias alternativas, como lo son aromaterapia y musicoterapia, ayudando a relajarle, encontrando un estado de bienestar.

Al concluir la terapia el paciente fue competente de:

- Darle nombre a sus sentimientos y emociones.
- Canalizar la tensión en actividades productivas.
- Respirar adecuadamente, permitiendo disminuir el nivel de ansiedad y de ira.
- Cambiar las distorsiones de su pensamiento.
- Planificar y ver el futuro de una manera productiva.
- Mejorar en sus estudios.
- Formar parte de un grupo social.
- Mejorar la relación con su madre y sus hermanitos.

## Conclusiones

1. Los rasgos de agresividad, angustia, estrés, depresión en el caso de M.J. son: estado de decaimiento y es consecuencia del mal comportamiento que tiene su padre hacia él y su familia, tiene dificultad para socializar con los demás no tiene apatía con sus compañeros de clase. Tiene ideas de rencor y de ira por que no puede hacer nada para defender a su madre y hermanitos por eso se siente impotente, M.J. No tiene la capacidad de disfrutar mejor su infancia no le interesan por lo mismo que en su medio ambiente tiene que ver como se defiende de todas las personas que lo rodean.
2. Los rasgos depresivos en el caso de M. J . son: tristeza e infelicidad ira, irritabilidad la mayor parte del tiempo, de forma continua e invariable; sentimientos de desgracia o apatía; sentimientos ocasionales de desesperación e incomodidad patológica.; insomnio; fatiga, baja autoestima. Dichos síntomas son suficientes para sustentar el Trastorno de Z63.8 Problemas paterno-filiales (V61.20) que es objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.
3. En el caso de M. J se trata de falta de comunicación y de una buena orientación de parte de ambos padres, no existe confianza, respeto, cariño mas bien es todo lo contrario por eso su conducta es agresiva e inseguro ya que en su ambiente es lo que ha aprendido.
4. En el caso de M.J. se trata de Problemas paterno-filiales el cual se caracteriza por una actitud defensiva y de rechazo hacia sus compañeros de clase y Apartamentos de San Vicente de Paúl.

## Recomendaciones

En el caso Problemas paterno-filiales lo siguiente:

1. La buena comunicación es la clave para construir la autoestima y el respeto mutuo.
2. Si usted está muy enojado por un comportamiento o un incidente, no trate de comunicarse hasta que recobre la calma, porque no se puede ser objetivo hasta entonces. Es mejor parar, sentar cabeza, y hablar con el niño más tarde.
3. Si estás muy cansado, usted tendrá que hacer un esfuerzo extra para ser un oyente activo. Escucha activa es un trabajo duro y es muy difícil cuando su mente y su cuerpo esta cansado.
4. No utilice palabras de desprecio o declaraciones: tontos, estúpidos y perezosos: ". ¿Qué sabes tú, no eres más que un niño" estúpido ", que no tiene sentido en absoluto" o ayudar al niño a planificar algunas medidas concretas para la solución.
5. Reforzar el niño para mantener la comunicación abierta. Para ello, aceptándolo y elogiando sus esfuerzos para comunicarse.

## Referencias

### Bibliográficas

Abt. I & Bellak, I (1994) psicología proyectiva Mexico: Paidós

Corsi, J. (1994). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós.

Durkheim M E . Les regles de la methode sociologique 'Paris: Presses Universitaires de France, (1956), p. 5

Durkheim M, É. (1993) Escritos Selectos. Introducción y selección de Anthony Giddens. Trad. Ricardo Figueroa. Buenos Aires: Nueva Visión.

Edleson, J. (1998) La superposición entre el maltrato infantil y el abuso contra la mujer. Minneapolis, MN: Minnesota Centro Contra la Violencia y el Abuso.

Edleson, J. L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5(2), 134-154.

Oblitas, A. L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. (ISBN-13:978-970-686-916-6, ISBN-10:970-686-916-6). Mexico, D.F.: CengageLearning Editores, S.A.

Riso W. (2006) *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. (1º. Edición). Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.

Carter, J., et al. . (1992) *Violencia Doméstica en los juicios civiles: Un Modelo Nacional para la Educación Judicial de San Francisco*. The Family Violence Prevention Fund.

Cerezo, A.I. (2000). *El homicidio en la pareja: tratamiento criminológico*. Valencia: Tirant lo Blanch.

## Internet

Coalición Nacional para las Personas sin Hogar Hoja informativa (abril de 1999) # 8:. *Violencia Doméstica y falta de vivienda*.

Connelly, J., & Goldberg, A. (1999). Romantic relationships in adolescence: The role of friends and peers in their emergence and development. In

Corbalán, J. y Patró, R. (2003). *Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos*. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.

Dishion, T. J. Andrews, D. W., & Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional processes. *Child Development*, 66, 139–151.

Gutiérrez, L y Santana D. (2001). *La Etnografía en la visión cualitativa de la Educación*. *Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías*. Contexto Educativo. [Revista en línea] 3(20).

*Manual de Capacitación sobre Violencia Intrafamiliar*. (Único). (1999). Guatemala, C.A.: PROPEVI, Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente.

Pont Amenós, T. (s.f.). Escola de Postgrau - Universitat Autònoma de Barcelona .  
Recuperado el 10 de Marzo de 2009,

Straus, M.A. y Gelles, R.J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two National Surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 465-479.



## **Anexos**

Guatemala, 6 de febrero de 2012

Sra.  
Josefina de Palmieri  
Coordinadora de Apartamentos  
Clínica Social San Vicente de Paul  
Su Despacho

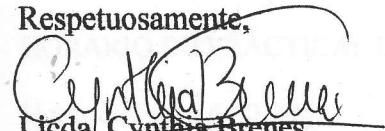
Estimada Coordinadora Palmieri:


Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **Rosa Elizabeth Mendoza Eguizabal**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

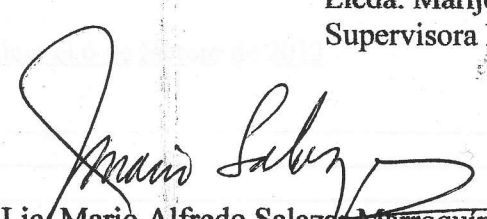
La estudiante deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la señora **MENDOZA EGUIZABAL**.

Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

Respetuosamente,

  
Licda. Cynthia Brenes  
Supervisora Práctica V

  
Licda. Marijose Ávila  
Supervisora Práctica V

  
Vo.Bo. Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Coordinador de Facultad de Educación  
Universidad Panamericana  
(Sede El Naranjo)



## FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA NIÑOS

### I Datos Generales

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Cuota: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II Sobre el Motivo de Consulta

Motivo de consulta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando se iniciaron los síntomas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

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? \_\_\_\_\_

Describe cómo y cuándo se inició la alimentación sólida: \_\_\_\_\_

---

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

---

---

Peso y talla actual del niño/a: \_\_\_\_\_

Vacunación recibidas (detalle): \_\_\_\_\_

---

---

**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 que 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA

### I Datos Generales

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Cuota: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II Sobre el Motivo de Consulta

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actitud de los familiares en relación con su problema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consulta y tratamientos previos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **III Antecedentes Familiares y Ambientales**

Estado socioeconómico de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Relación con las personas que convive: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### **IV Antecedentes Personales**

¿Existió alguna condición especial durante su gestación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

---

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones): \_\_\_\_\_

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

---

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Relaciones con compañeros y superiores: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Relaciones sociales y personales:**

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

---

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

---

**Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

## EXAMEN MENTAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
No. Registro: \_\_\_\_\_ 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: Pierde el tiempo en las tardes mientras no esta su mamá  
Observaciones: Necesita mucho apoyo y comunicación

#### 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:**  
 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:**

<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"/> Depesión	<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"/> Suspiciacia	<input type="checkbox"/> Aflicción	Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera _____
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Perplejidad	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.  
 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: Ninguna

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  
Sueña con su padre que le pega a el y a su mamá

**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: \_\_\_\_\_

**9. 9 Aspectos psicodinámicos:**

---

---

---





**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**

*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO**

**PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES**

**Nombre de alumno:**

**Intitución de practica:**

**INFORME MENSUAL MES DE:** \_\_\_\_\_

**I. Nombre de paciente:**

**Motivo de consulta:**

**Diagnóstico:**

**Avances del mes:**

---

---

---

**No. de sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**II. Nombre de paciente**

**Motivo de consulta**

**Diagnóstico:**

**Avances del mes**

---

---

---

**No. De sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**III. Nombre de paciente**

**Motivo de consulta**

**Diagnóstico**

**Avances del mes**

---

---

---

**No. de sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**IV. Nombre de paciente**

**Motivo de consulta**

**Diagnóstico**

**Avances del mes**

---

---

---

**No. de sesiones** \_\_\_\_\_ **Inasistencias** \_\_\_\_\_

**PROCESO PERSONAL**

---

---

---

---

---

---

---



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO**

---

**PRACTICA V 2011**

**HOJA DE SUPERVISION DE CASOS**

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

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

**Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación**

**FIRMA SUPERVISIÓN** \_\_\_\_\_

# GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE PSICOLÓGICO

## I. DATOS GENERALES

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

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

Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

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

## II. MOTIVO DE CONSULTA

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

## III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

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

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

## IV. HISTORIA CLÍNICA

### **1. Historia prenatal:**

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

### **2. Nacimiento:**

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

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

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

### **4. Evolución de lenguaje**

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

### **5. Desenvolvimiento escolar**

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

### **6. Desenvolvimiento social**

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

### **7. Adolescencia**

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

### **8. Adultez**

Edad en la que empezó a trabajar, empleos que ha desempeñado, razones de cambio. Grado de satisfacción en el trabajo y razones por las que hay insatisfacciones. Planes y metas hacia el futuro. Relaciones con los compañeros de trabajo, jefes superiores, y persona a su cargo. Actividades

sociales, actividades recreativas. Comportamiento antisocial, conducta delictiva, antecedentes legales, si ha sido encarcelado, historia de violencia doméstica o de cualquier tipo de abuso.

### **9. Historia Psicosexual y vida marital**

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

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

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

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

## **V. HISTORIA FAMILIAR**

### **1. Genograma**

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

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

## VI. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

### 1. *Presentación (descripción general):*

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

### 2. *Conducta motora y estado afectivo:*

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

### 3. *Estado cognoscitivo*

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

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

e) Memoria:

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

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

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

f) Razonamiento (funciones cognoscitivas)

Juicio práctico

Abstracción: semejanzas e interpretación de proverbios

**4. Pensamiento:**

- a) Proceso: coherencia, dirección hacia un objetivo; lógica. Se puede considerar concreto, tangencial (salir del tema que se está tratando con imposibilidad del sujeto para volver al mismo, circunstancial (digresivo pero capaz de volver al tema), perseverativo (fijación a un solo pensamiento, una sola frase, o una sola palabra), laxo (ausencia de progreso lógico del pensamiento) o incoherente. El término “pensamiento bloqueado” se refiere a la interrupción súbita del pensamiento o del habla.
- b) Contenido: preocupaciones (señalar si las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño, apetito); ideas delirantes; alucinaciones; ilusiones (fantasías); ideación suicida u homicida. Existencia de fobias, ideas obsesivas, compulsiones y rituales. Planes para el futuro, ambiciones.
- c) Introspección: (Insight) grado de comprensión del paciente de sus problemas médicos y psicológicos y conciencia de los factores que afectan al curso de la misma. Capacidad de interpretar razonablemente (intelectual); y de interpretar emociones (emocional).



**5) Estado de ánimo:**

Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento. Humor (estado de ánimo durante la entrevista y otros contextos); sentimientos (lo que expresa y lo que se observa). Recuerde que hay muchas variedades de ánimo, además de la alegría y la tristeza, como por ejemplo: estados de ansiedad, miedo, suspicacia, perplejidad, aburrimiento, desesperanza, etc. Observe el tono afectivo durante la entrevista y fíjese que situaciones la alteran. Tenga especial cuidado en observar si los cambios del afecto son congruentes con el contenido del discurso.

**VII. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)**

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

Nombre de prueba	Fecha de aplicación

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

**VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

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

**IX. EVALUACIÓN MULTIAXIAL**

- EJE I:** Trastornos clínicos; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- EJE II:** Trastornos de la personalidad y retraso mental
- EJE III:** Enfermedades médicas

**EJE IV:** Problemas psicosociales y ambientales

**EJE V:** Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

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

## **X. RECOMENDACIONES**

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

---

Nombre del estudiante

---

Firma del estudiante

---

Fecha del Informe





**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*

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

Nombre del alumno:

Paciente:

Fecha:

Institución:

Fase del Proceso: Evaluación

Intervención

Aspecto a evaluar	Excelente	Bueno	Deficiente
Orden de expediente			
Ortografía			
Redacción y vocabulario profesional			
Presentación			
Notas de evolución			
INFORME PSICOLOGICO:			
Historia clínica			
Genograma			
Examen mental			
Resultados de pruebas aplicadas			
Impresión diagnóstica			
Diagnóstico multiaxial			
Recomendaciones			
Plan terapéutico (casos en intervención)			
Entrevista			
Evidencia de material consultado			

TOTAL /30

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_  
 Sello o firma de la Institución: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_  
 Licda.

## Horario

<b>MESES</b>	<b>DÍAS</b>	<b>HORAS</b>
<b>Febrero</b>	Días del 5 al 8	12 horas
	Días del 13 al 15	12 horas
	Días del 20 al 22	12 horas
	Días del 27 al 29	12 horas
<b>Marzo</b>	Días del 5 al 7	12 horas
	Días del 12 al 14	12 horas
	Días del 19 al 21	12 horas
	Días del 26 al 28	12 horas
<b>Abril</b>	Días del 2 al 4	12 horas
	Días del 9 al 11	12 horas
	Días del 16 al 18	12 horas
	Días del 23 al 25	12 horas
	Día 30	4 horas
<b>Mayo</b>	Día 2	4 horas
	Días 7 al 9	12 horas
	Días 14 al 16	12 horas
	Días 21 al 23	12 horas
	Días 28 al 30	12 horas
<b>Junio</b>	Días del 4 al 6	12 horas
	Días del 11 al 13	12 horas
	Días del 18 al 20	12 horas
	Días del 25 al 27	12 horas
<b>Julio</b>	Días del 2 al 4	12 horas
	Días del 9 al 11	12 horas
	Días del 16 al 18	12 horas
	Días del 23 al 25	12 horas
	Días 30 y 31	4 horas
<b>Agosto</b>	Días del 6 al 8	12 horas
	<b>TOTAL</b>	<b>302</b>

**INFORME DE CIERRE DE CASO CLINICO**

**I. Datos Generales:**

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

**II. Motivo de Consulta:**

**III. Descripción del proceso:**

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

**IV. Impresión Diagnóstica**

**V. Diagnóstico Multiaxial**

**EJE I:**

**EJE II:**

**EJE III:**

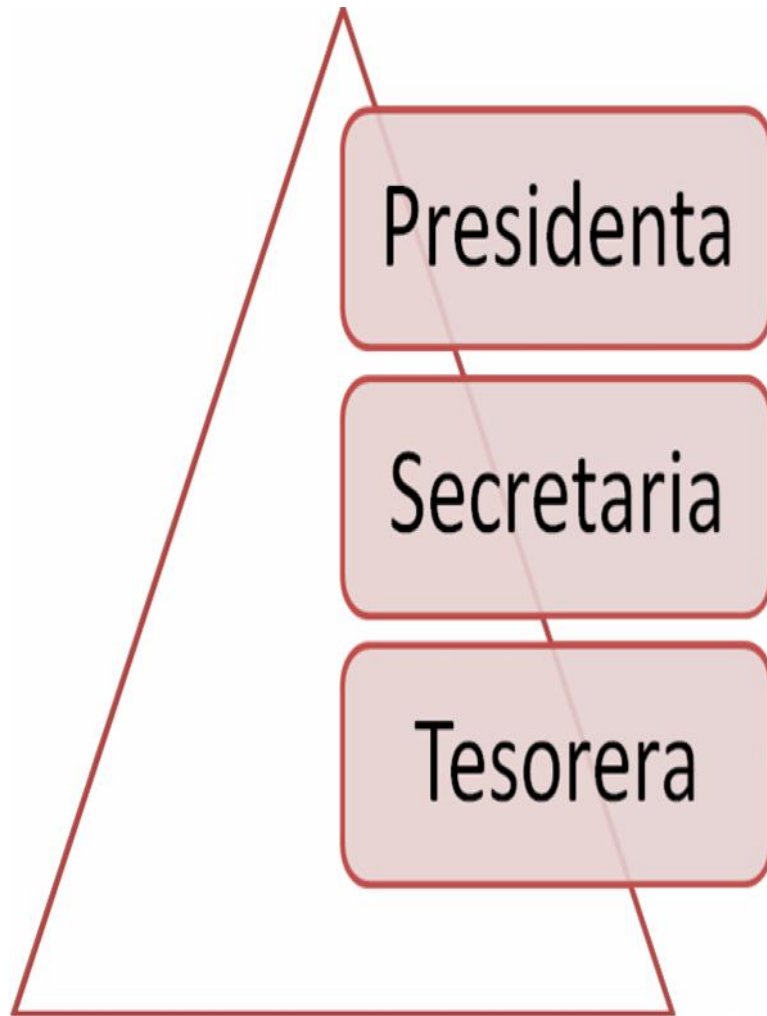
**EJE IV:**

**EJE V:**

**VI. Recomendaciones:**

---

**Nombre del alumno y firma**





## Planificación de talleres

Tema:

No. de sesiones (4 mínimos):

Estudiantes Responsables:

Objetivo general del tema..

Dirigido a :

Objetivo especifico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA  
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

**INFORMACIÓN REQUERIDA:**

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl

DIRECCIÓN: 6ta avenida 9-39 zona 7, Colonia Landivar

NOMBRE DEL ENCARGADO: Zoila Rodriguez

PUESTO: Administradora

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN: Psicología, Clinica de Medicina General,  
reforzamiento academico para los niños

: Talleres de capacitación para la mujer

: Servicio de Trabajo Social

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: ROSA ELIZABETH MENDOZA EGUIZABAL

GRADO: 13° Trimestre

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: Lunes, Martes y Miercoles

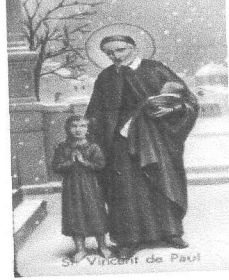
Horario: 4:00 a 6:00 PM

FECHA DE LA PRÁCTICA: con inicio el 6 de febrero de 2012

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO





Guatemala 05 de Octubre de 2012

**Licda. Melissa Lemus**  
**Supervisora Práctica V**  
**Universidad Panamericana de Guatemala**  
**Presente**

**Licenciada Lemus:**

Por medio de la presente se hace constar que la alumna **Rosa Elizabeth Mendoza Eguizabal**, realizó la Práctica Supervisada correspondiente al V año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, en esta Institución de los Apartamentos de San Vicente de Paúl, habiendo iniciado el día 02 de febrero y finalizando el 04 de Octubre del corriente año, asistiendo los días lunes, martes y miércoles de cada semana.

Quedo a sus órdenes, para cualquier otra información que sea necesaria.

Atentamente,

**Josefina de Palmieri**  
Presidenta de los Apartamentos  
San Vicente de Paúl



**Zoila Rodríguez**  
Encargada de los Apartamentos San  
Vicente de Paúl

# Clínicas De San Vicente de Paul



# CLÍNICAS Y APARTAMENTOS

