



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

**Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta,
persistente (crónico) en una joven de quince años, diagnosticada con
insuficiencia renal**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Silvia Carola Arriola Velásquez

Guatemala, agosto 2020

**Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta,
persistente (crónico) en una joven de quince años, diagnosticada con
insuficiencia renal**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Silvia Carola Arriola Velásquez

Licda. Laura Mejía (**Asesor**)

María Edith Manzano Figueroa (**Revisor**)

Guatemala, agosto 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cóbar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano M.A. Julia Elizabeth Herrera Quirós de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

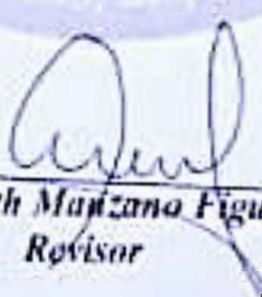
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo de 2018. -----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso: Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta, persistente (crónica) en una joven de quince años, diagnosticada con Insuficiencia renal crónica atendida en Casa Karos". Presentado por el/la estudiante Silvia Carola Arriola Velásquez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Laura Eunice Mejía-Túchez
Asesor

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS** Ciudad de Panamá, mayo de 2018

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional dirigida con el tema: "Estudio de Caso: Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta, persistente (crónico) en una joven de quince años, diagnosticada con Insuficiencia renal crónica atendida en casa Kairós", presentada por el (a) estudiante Silvia Carola Arriola Velásquez, previa a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


María Edith Majzano Figueroa
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto 2020. -----

En virtud que el presente Informe de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **“Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta, persistente (crónico) en una joven de quince años, diagnosticada con insuficiencia renal”**, presentado por el (la) estudiante: **Silvia Carola Arriola Velásquez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.


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



 1779

 upana.edu.gt

 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Descripción	2
1.3. Ubicación	2
1.4. Organización	3
1.5. Organigrama	4
1.6. Visión	4
1.7. Misión	4
1.8. Programas establecidos	5
1.9. Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
2.1. Insuficiencia renal crónica como enfermedad	6
2.1.1. Etapas de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)	6
2.1.2. Insuficiencia renal crónica y cambios fisiológicos en el paciente	8
2.1.3. Hemodiálisis como tratamiento médico en pacientes con insuficiencia renal crónica	10
2.2. Evolución de las emociones en pacientes con insuficiencia renal crónica	11
2.2.1. Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica	12
2.2.2. Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica	16
2.2.3. Agresión y hostilidad	17
2.3. Cambios psicosociales en pacientes con insuficiencia renal crónica	18
Capítulo 3	22
Marco Metodológico	22
3.1. Planteamiento del problema	22
3.1.1. Problemática del caso de estudio	22
3.2. Pregunta de investigación	23
3.3. Objetivo General	24

3.4. Objetivos Específicos	24
3.5. Alcances y Límites	24
3.5.1. Alcances	24
3.5.2. Límites	25
3.6. Método	25
3.7. Procedimiento	26
Capítulo 4	29
Presentación de Resultados	29
4.1. Sistematización de estudio de caso	29
4.1.1. Datos generales	29
4.1.2. Motivo de consulta	30
4.1.3. Historia del problema actual	30
4.1.4. Historia clínica	31
4.1.5. Historia familiar	33
4.1.6. Examen del estado mental	34
4.1.7. Resultados de las pruebas	36
4.1.8. Impresión diagnóstica	39
4.1.9. Diagnóstico según DSM-V	41
4.1.10. Recomendaciones	42
4.1.11. Plan Terapéutico	42
4.2. Análisis de Resultados	42
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Referencias	48
Anexos	49

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Mapa de ubicación de la Institución Casa Kairos	3
Imagen No. 2	Organigrama Casa Kairos	4
Imagen No. 3	Genograma	33

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1	Pruebas e Instrumentos aplicados	36
--------------	----------------------------------	----

Resumen

El presente trabajo se expone un estudio de caso que se realizó como requisito de egreso de la Universidad Panamericana de Guatemala, Sede Central, Zona 16 de la Ciudad Capital, de la Facultad de Humanidades y Escuela de Ciencias Psicológicas, del quinto año en la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, plan sábado; procedimiento que se llevó a cabo en Casa Kairos a partir de abril 2017 a noviembre 2017.

En el capítulo 1 denominado Marco de Referencia, se realizó la descripción organizada y detallada según los precedentes de Casa Kairos, en donde se dio a conocer la historia de su fundación, descripción general de la organización, tipo de población a la que está dirigida, ubicación, su organización, visión, misión, programas establecidos. Dentro del capítulo 2 designado como Marco Teórico, se expone la información propuesta por varios autores entorno a la relación que existe entre una persona diagnosticada con insuficiencia renal crónica y el trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, en el que se dio a conocer las consecuencias que esto provoca.

El capítulo 3 titulado Marco Metodológico, está integrado por la problemática que el paciente de estudio presentaba, la pregunta que conllevó al estudio, los objetivos trazados dentro de la investigación, así como los alcances y limitaciones que el autor atravesó. La investigación se realizó bajo el modelo cuantitativo, cualitativo y descriptivo, debido a que se buscaba analizar la conducta que expresaba el paciente del caso estudiado, realizándose por medio de entrevistas, observación clínica, evaluación por medio de pruebas tanto proyectivas como psicométricas lo que sirvió como respaldo para efectuar el psicodiagnóstico sobre la problemática expuesta; resultado que sirvió de guía para desarrollar el plan de tratamiento psicológico oportuno.

En el capítulo 4 se realizó el análisis de resultados del caso de estudio, donde se presentó el informe del paciente, problemática, sintomatología, duración de ésta, conductas presentadas, entre otra información. Por último, se encuentran las conclusiones de todo el proceso y las recomendaciones para el caso de estudio.

Introducción

El caso motivo de estudio, es una paciente de 15 años, diagnosticada con Insuficiencia renal crónica que presenta alteraciones a nivel emocional y conductual y luego de realizar el proceso de diagnóstico pertinente en el que presenta un Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, persistente (crónico).

Se realiza la investigación sobre la relación que existe entre la enfermedad y el trastorno de adaptación que, de acuerdo al Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta Edición, indica que la característica esencial de un Trastorno de adaptación es la presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable que puede manifestarse a cualquier edad, de forma recurrente (asociado a crisis temporales) o continuos (asociado a una enfermedad dolorosa persistente con aumento en la discapacidad).

En personas con insuficiencia renal crónica, los cambios físicos que se produce no sólo son de mal funcionamiento o nulo del riñón, sino otros trastornos se añaden a esta patología. Si los cambios son muy bruscos son una condición muy propicia para provocar un estado de tensión elevado que puede crear una inadecuada adaptación a su situación. La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, laboral o escolar, social y sexual, los cuales deben ajustarse a la nueva situación para lograr un nivel de equilibrio.

Muchos síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

Álvarez (2001) plantea que los pacientes en tratamiento de HD presentan frecuentemente ‘trastornos emocionales adaptativos mixtos’ conformados por la presencia conjunta de ansiedad y

depresión. (Moreno et al., 2004) detectaron, en el estudio realizado con pacientes en HD, una correlación muy significativa entre los niveles de ansiedad y depresión. Para abordar el estudio de caso se realizó bajo la pregunta de investigación: ¿Cómo la insuficiencia renal crónica se relaciona con el trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta en una persona? en el que se buscó responder el objetivo general de determinar las consecuencias emocionales y conductuales en una persona con insuficiencia renal crónica.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Antecedentes

Casa Kairos es una institución cristiana, no lucrativa y no gubernamental donde se ofrece servicio de hospedaje y alimentación gratuita a personas con diagnósticos médicos y familiar acompañante que viene del interior de la república a recibir tratamiento médico por el tiempo que sea necesario. La mayoría las personas que se presentan con afecciones médicas han sido diagnosticadas de enfermedades crónicas como cáncer, insuficiencia renal, artritis reumatoide, entre otras.

Fue en 1983, cuando Francisco Valdez y su esposa Priscila, se vieron en la necesidad de internar a uno de sus hijos en el hospital Roosevelt en la ciudad de Guatemala, ya que uno de sus riñones había dejado de funcionar y debía ser intervenido quirúrgicamente. Fue a través de esta dura experiencia que, sin saberlo, la Asociación Kairos estaba naciendo. Durante su estadía en este lugar, la pareja Valdez tuvo la oportunidad de conocer la realidad de otros padres de familia que al igual que ellos necesitaban de los servicios del hospital, pero no tenían un lugar donde residir y satisfacer las necesidades básicas debido a que muchas de estas personas provenían del interior de la República sin contar con los recursos para costear su estadía en la ciudad.

Decidieron junto con un pequeño grupo de amigos y voluntarios, llevar café y pan por las noches al hospital, esto se hizo por casi 18 años. Aún con la inquietud de ayudar al prójimo, se consideró necesaria una casa para dar albergue a estas personas. Sin contar con los recursos, pero si con la fe necesaria de que este proyecto estaba respaldado por Dios, decidieron rentar una pequeña casa a 5 cuadras del hospital, la casa fue abierta al público el 1 de diciembre del 2003, la cual funciona gracias a personas individuales que colaboran con donaciones, mayormente en especie.

1.2. Descripción

La institución atiende a personas en su mayoría diagnosticadas con enfermedades crónicas como artritis reumatoide, cáncer e insuficiencia renal crónica, que requieren de servicio médico y/o tratamiento y necesitan permanecer en la ciudad capital, principalmente en áreas aledañas al Hospital Roosevelt o a la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), lugares a los que asisten regularmente para recibir tratamiento.

Está conformada por niños, adolescentes y adultos que vienen del interior de la república con el acompañamiento de algún familiar como apoyo. La estadía de los usuarios, por lo regular es por tiempo indefinido, dependiendo del tratamiento médico al que el convaleciente está siendo sometido. Para las personas atendidas en esta organización no existe distinción de raza, etnia, género, edad, nacionalidad, religión, o estatus económico.

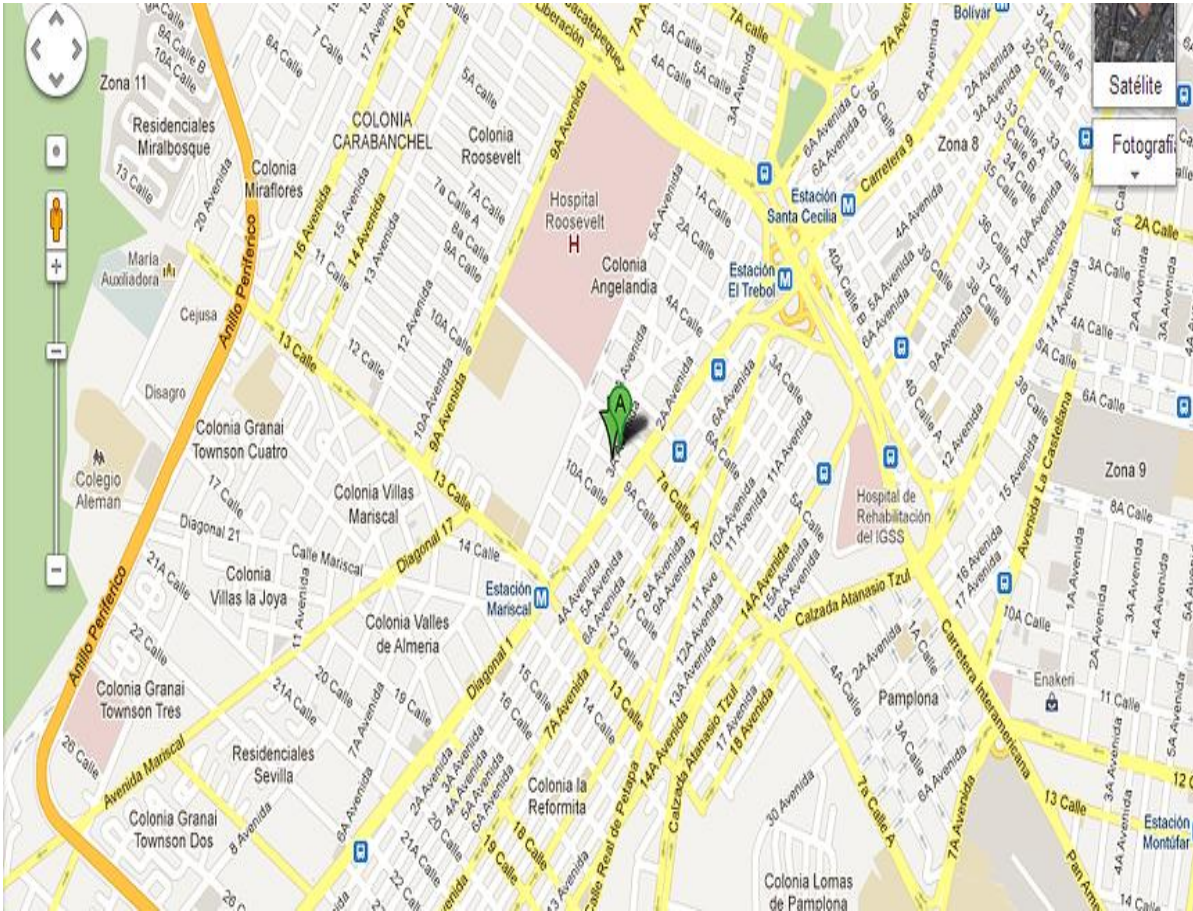
Las personas que residen en el lugar representan a una población de escasos recursos y no cuenta con las posibilidades para costear sus pasajes para estar viajando a sus casas, ni para costear su estadía en la ciudad. La atención psicológica brindada se llevó a cabo en la institución, con personas que requerían apoyo, tanto a las personas que estaban padeciendo de una enfermedad médica como a sus acompañantes, dando inicio el 20 de abril del presente año.

1.3. Ubicación

Casa Kairos está ubicada en la 9ª. Calle 3-39, zona 11, Colonia El Progreso. Se encuentra entre la calzada Aguilar Batres, y el Hospital Roosevelt de la Ciudad de Guatemala y la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP). Lo más importante de la ubicación es la cercanía al hospital y a la UNOP, lo que facilita la llegada y traslado de las personas que necesitan los servicios que prestan dichas instituciones.

Imagen No. 1

Mapa de ubicación de la Institución Casa Kairos



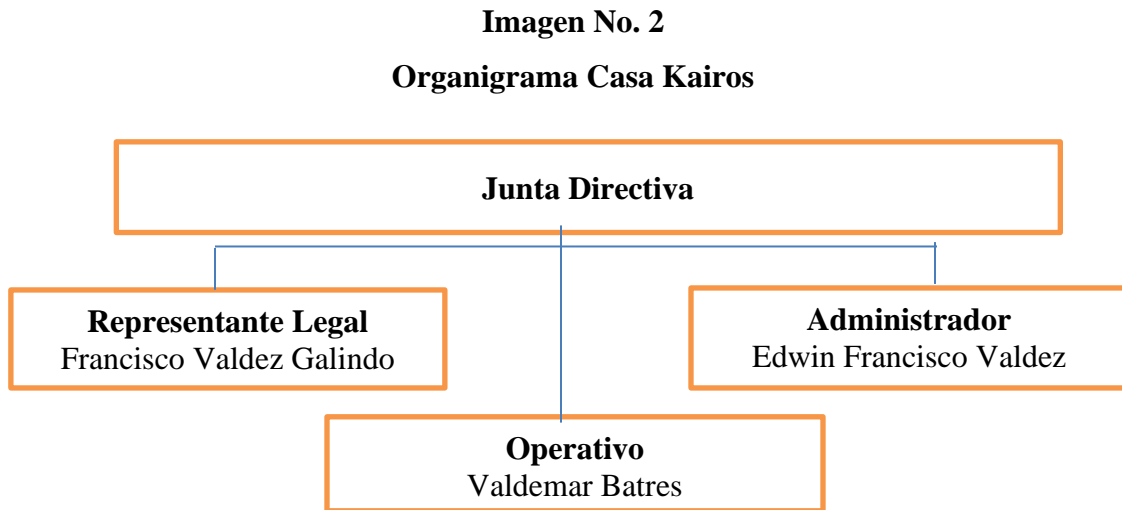
Fuente: Google maps, 2016.

1.4. Organización

La institución está dirigida bajo una junta directiva que consta de 3 miembros quienes en unanimidad trabajan bajo diferentes asignaciones con el objetivo de alcanzar justicia en la prestación de los servicios, que es parte de la misión de la institución. Todo ello se hace posible con el apoyo externo de personas que brindan sus servicios voluntarios, con el fin de servir a las personas que se encuentran en el centro.

1.5. Organigrama

La institución trabaja bajo la organización de una junta directiva conformada por 3 miembros quienes se distribuyen de la siguiente manera:



Fuente: Casa Kairos, 2017.

1.6. Visión

Casa Kairos tiene como visión accionar y facilitar las oportunidades de servicio a los más necesitados. Desean que los servicios de asistencia humanitaria apoyen a un mayor número de personas necesitadas, no importando raza, etnia, género, edad, nacionalidad, religión o estatus económico, con el propósito de lograr una sociedad solidaria, justa y equitativa.

1.7. Misión

Casa Kairos tiene como misión promover acciones para el servicio a personas o grupos necesitados de esperanza; fundamentados en el modelo de Jesucristo, esforzándose por alcanzar justicia en la prestación de los servicios.

1.8. Programas establecidos

Se brindan los servicios de hospedaje y alimentación gratuita a todo aquel paciente o familiar que viene del interior de la república por el tiempo que sea necesario para recibir algún tratamiento médico en particular. Adicional a ello se brinda acompañamiento humano en tiempos difíciles, entretenimiento con pasatiempos y celebraciones, así como talleres educativos a lo largo del año con la ayuda y apoyo de voluntarios.

La institución también cuenta con jornadas médicas, aproximadamente cada seis meses y está dirigida a habitantes en el área de Camotán, Chiquimula; proyecto que también ayuda a la niñez de este lugar por medio de apoyo en la escuela local. Casa Kairos provee de forma gratuita un aproximado de 21,600 comidas y 7,200 servicios de hospedaje anualmente. Se atienden a personas de todo el interior de la República, inclusive familias de Belice, México, Honduras y el Salvador.

1.9. Justificación de la Investigación

El presente trabajo es un estudio de casos y se realiza como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida. Se elabora como requisito de la Universidad Panamericana de Guatemala, Sede Central, de la Facultad de Humanidades y Escuela de Ciencias Psicológicas, en la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, plan sábado del 5to. año, como parte del pensum de estudios a futuros profesionales y como parte del proceso de aprendizaje para poner en práctica las competencias, capacidades, habilidades adquiridas y brindar apoyo psicoterapéutico a las personas que lo requirieran en el centro de práctica Casa Kairos.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Insuficiencia renal crónica como enfermedad

La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una pérdida de la función renal, en forma lenta, gradual e irreversible. Este estado genera condiciones tóxicas en el organismo que se manifiestan en una serie de síntomas físicos y psíquicos, presentando una grave amenaza para la vida. Esta condición (IRC) tiene todas las características de cronicidad definidas por la Comisión de Enfermedades Crónicas del Consejo Nacional de Salud de los Estados Unidos (1956).

Estas características son: irreversibilidad, permanencia, incapacidades residuales, necesidad de entrenamiento especial en rehabilitación y largos períodos de supervisión y cuidados. Las personas con IRC en etapa terminal, es decir cuando han perdido entre el 75 y 80% de la función renal, presentan dos alternativas para la supervivencia la implementación de un tratamiento médico mediante diálisis (peritoneal continua o hemodiálisis) y el trasplante renal.

2.1.1. Etapas de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La enfermedad renal se divide en cinco etapas, cada una de ellas requiere diferentes exámenes y sus tratamientos. La tasa de filtración glomerular (TFG) es la medida que sirve para evaluar el funcionamiento renal y determinar la etapa en la que se encuentra la enfermedad renal. Para calcular la TFG, se utiliza una fórmula matemática que tiene en cuenta la edad de la persona; la raza; el sexo y la creatinina sérica, producto de desecho que proviene de la actividad muscular. Cuando los riñones están funcionando correctamente, éstos eliminan la creatinina de la sangre, pero al disminuir la función renal, los niveles de creatinina se elevan y para medir los mismos, se genera una orden médica en la que se hace un análisis de sangre.

Enfermedad renal en etapa 1 y etapa 2 (ERC leve)

En ambas etapas por lo regular la existencia de síntomas es poca. En la etapa 1 la TFG es mayor a 90 ml/min., lo que refiere que es normal o alta. En la etapa 2 la TFG está entre 60 y 89 ml/min., y se refiere como ERC leve. La ERC temprana, generalmente se diagnostica cuando se presentan las siguientes condiciones:

- Presión arterial alta
- Niveles superiores a los normales de creatinina o de Urea en la sangre
- Sangre o proteínas en la orina
- Evidencia de daño renal en una resonancia magnética, tomografía axial computarizada, ultrasonido o rayos x de contraste.
- Antecedentes familiares de enfermedad renal poliquística (ERP)

Enfermedad renal en etapa 3

En la etapa 3 la TFG está entre 30 y 59 ml/min., lo que se refiere como ERC moderada. Puede aparecer: la anemia (falta de glóbulos rojos) y/o la enfermedad ósea temprana. Para reducir los problemas que puedan presentarse en la evolución de la enfermedad y ayudar a que el paciente se sienta lo mejor posible, estas condiciones pueden ser tratadas.

Enfermedad renal en etapa 4

En la etapa 4 la TFG está entre 15 y 29 ml/min., lo que se refiere como ERC grave. Cuando la ERC ha progresado hacia esta etapa, el paciente se debe empezar a preparar para la diálisis y/o un trasplante de riñón. Si la TFG se encuentra por debajo de 30, la mayoría necesita ver a un nefrólogo, especialista en enfermedades renales, quien le hablará acerca de los tratamientos para la insuficiencia renal, incluyendo la diálisis y el trasplante, opciones que posiblemente serán necesarias al encontrarse la TFG por debajo de 15.

Enfermedad renal en etapa 5

En la etapa 5 la TFG es de 15 ml/min o menos, lo que indica la existencia de una Enfermedad Renal en etapa terminal (ERT). Es una etapa avanzada de la enfermedad renal en la que los riñones han perdido casi toda la capacidad de hacer su trabajo con eficacia y para sobrevivir, se necesita iniciar la diálisis o un trasplante de riñón.

Es necesaria la atención inmediata de un nefrólogo al ser diagnosticado con ERC en etapa 5. El médico le ayudará al paciente a decidir cuál es el mejor tratamiento por seguir: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o un trasplante de riñón y le recomendará hacerse un acceso vascular para la diálisis, desarrollará un plan de atención general y dirigirá al equipo de atención médica que le prestará los servicios.

2.1.2. Insuficiencia renal crónica y cambios fisiológicos en el paciente

Los cambios físicos que se producen en el paciente no sólo son de mal funcionamiento o nulo funcionamiento del riñón, sino que otros trastornos se añaden a esta patología a lo largo del tiempo. Anemia, cambios frecuentes en la tensión arterial, cambios hormonales, problemas sexuales, respiratorios, cambios de coloración de la piel, variantes anatómicas vasculares (VAV), en el brazo (varias de ellas a lo largo de su vida en HD), dolencias oseoarticulares, etc., son algunos de los problemas más frecuentes en ellos, que les obliga unas veces a realizar ocupaciones que nunca habían tenido, o a dejar de hacer algunas de las que había venido practicando toda la vida.

Si los cambios son lentos, es más fácil que se adapte a la nueva situación, pero cuando estos cambios son muy bruscos son una condición muy propicia para provocar un estado de tensión elevado. Este cambio de vida se centra en dos puntos fundamentales, pero con evidente repercusión en el resto de la actividad del paciente, por un lado, se produce un desajuste en el organismo del paciente y por otro se produce un cambio en el modo de vida. Los cambios físicos son muy importantes y amplios, de competencia médica, pero se puede decir que algunos de ellos pueden suponerle la muerte en poco tiempo.

Uno de los cambios físicos más relevantes para el paciente y que le hace estar más pendiente de su enfermedad, es la falta de orina que le obliga a tener que beber en forma controlada para no tener problemas posteriores, siendo especialmente difícil en ocasiones el control de la ingesta. El reajuste fisiológico, la anemia, el salir cansado de la diálisis por problemas durante la misma o simplemente por el cambio analítico y de peso en la misma, pueden ser responsables de que el enfermo experimente con frecuencia una elevada fatiga.

Las frecuentes molestias físicas tanto por las exploraciones a que son sometidos en ocasiones, como los problemas durante la HD, los cambios en el organismo, enfermedades frecuentes que padecen, el descontento por los cambios que ven experimentar en su cuerpo, sobre todo la fístula arteriovenosa (FAV), son elementos los suficientemente aversivos como para generar una respuesta de alerta que hará aumentar la sensibilidad a la estimulación aversiva. El estado de cansancio proveniente de la anemia y lo mal que pasan la HD algunas veces, junto con los periodos prolongados de insomnio que suelen tener, aumenta la sensación de cansancio durante el día.

Pasar a visita médica cada día de diálisis, hace que muchos enfermos estén pendientes de su propio cuerpo para buscarse síntomas que decir al médico o al personal que le atiende, aumentándose así el estado de alerta para buscar indicios o señales de malestar (a veces se ponen excesiva ropa de abrigo, piden pastillas para dormir, aunque no las necesiten, se controlan la temperatura aunque no tengan síntomas, etc.). Este estado de alerta entorpece la adecuada adaptación a su nueva situación. Estas respuestas de evitación activan más el estado de alerta (quieren evitar encontrarse mal y se vigilan más a sí mismos).

La función renal crónicamente alterada produce una serie de anomalías como el síndrome urémico, conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, producido por la acumulación en la sangre de los productos tóxicos que, en estado general normal, son eliminados por el riñón y se hallan retenidos por un trastorno del funcionamiento renal.

Por lo que, el síndrome urémico es caracterizado por la presencia de los siguientes síntomas: letargo, anorexia, náuseas, vómitos, gastritis, cefaleas, fatiga, anemia, edema, hipertensión, entre otros. En este síndrome las concentraciones plasmáticas de urea y creatinina son elevadas, por esta razón los valores sanguíneos de estas sustancias son empleados para valorar el grado de severidad de la insuficiencia renal (Ganong, 2004; Guyton & Hall, 1997).

La estimulación proveniente de su organismo, que fundamentalmente es una estimulación aversiva. Esta exposición de hechos puede hacernos comprender que es fácil que surjan cefaleas, pérdida de apetito, sed en exceso, llantos, cansancio, malestar físico, fuerte ansiedad por su estado de salud, sentimientos de pesimismo, de inseguridad, irritabilidad, inapetencia sexual, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave deseos de morir (se han constatado bastantes casos de suicidio entre estos enfermos).

2.1.3. Hemodiálisis como tratamiento médico en pacientes con insuficiencia renal crónica

La diálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

La HD es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana (Guyton & Hall, 1997). Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos (García, Fajardo, Guevara, Gonzáles & Hurtado, 2002).

2.2. Evolución de las emociones en pacientes con insuficiencia renal crónica

Sucesos vitales altamente estresantes que afectan a los pacientes con IRC son el impacto de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis con lo que suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC, sus condiciones de vida y la adaptación a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro, dependiendo de la valoración cognitiva y de sus habilidades individuales para el manejo de cada uno de las situaciones mencionadas. (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001).

Muchos de los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC; debido a esto es importante realizar una evaluación integral que no sólo involucre un exhaustivo examen médico, sino también un diagnóstico psicológico a través del cual se intente abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento (Atencio, Nucette, Colina, Sumalave, Gómez & Hinestroza, 2004).

Existe una amplia literatura que refiere al solapamiento característico de la ansiedad y la depresión. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA 2014) considera la posibilidad de un trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o de la conducta dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, el cual puede ser provocado por una respuesta desadaptativa ante una situación estresante de forma continua como lo es el padecimiento de una enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad.

Álvarez et al. (2001) plantean que los pacientes en tratamiento de HD presentan frecuentemente ‘trastornos emocionales adaptativos mixtos’ conformados por la presencia conjunta de ansiedad y depresión. (Moreno et al., 2004) detectaron, en el estudio realizado con pacientes en HD, una correlación muy significativa entre los niveles de ansiedad y depresión.

2.2.1. Ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica

La ansiedad se presenta en un paciente en diálisis de formas múltiples y constantes, debido a las situaciones de tensión a las que se ve sometido. La mayoría de los enfermos presenta episodios de ansiedad en algún momento del tratamiento. La incidencia de complicaciones, quejas e incomodidades en el procedimiento de hemodiálisis aumenta significativamente en el paciente muy ansioso o con fuertes tensiones. Miarro y col. (1985) ha reportado que el paciente joven, que no está informado de su enfermedad y no trabaja es quien presenta mayor ansiedad.

En un porcentaje importante de pacientes con IRC los niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo se asociaron positivamente, es decir, que la ansiedad como rasgo de personalidad constituiría una predisposición a desarrollar estados de ansiedad. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Álvarez et al. (2001) donde los valores correspondientes a la ansiedad rasgo y estado exhibían un alto nivel de correlación positiva en los pacientes que están recibiendo hemodiálisis.

Ansiedad en pacientes en hemodiálisis

Guendelman y Hoffman (1991) sintetizan las principales fuentes de ansiedad en pacientes en hemodiálisis:

Conflicto dependencia-independencia

El paciente con IRC sobrevive gracias a una máquina y al equipo de profesionales que lo conectan y controlan el procedimiento. Esto ocurre regularmente 3 veces por semana, durante 4 o 5 horas cada vez, exigiéndole permanentemente proximidad a la unidad renal y cuidado de la fístula por medio de la cual es conectado el dializador. Esto naturalmente le coarta su libertad. Por otra parte, debe ser estimulado a llevar una vida relativamente normal el resto del tiempo, actuar independientemente, desarrollar habilidades de autocuidado, mantener al menos parcialmente su trabajo y relaciones familiares. Este mensaje dual “dependencia – independencia” requiere una gran capacidad de adaptación, flexibilidad y habilidades para el manejo del estrés.

Ansiedad por las restricciones dietéticas

La prohibición de consumir ciertos alimentos en especial ricos en potasio y la severa restricción de ingesta de líquidos es una importante fuente de estrés para todos los pacientes con IRC. La sed es una de las quejas más frecuentes. Ellos saben que las consecuencias de no seguir la dieta tienen efectos negativos inmediatos y potencialmente letales. El no cumplirlas puede generar ansiedad, culpa o bien constituir una manera de no asumir su enfermedad a través de la negación de las restricciones.

Ansiedad por la máquina de hemodiálisis

El conectarse a una máquina que le extrae la sangre, observar el bombeo de su sangre a través de las tuberías y luego su retorno al cuerpo es una experiencia extraña y terrorífica. Hombre y máquina se funden y surgen interrogantes tales como ¿Qué va a pasar si hay un desperfecto en la máquina? ¿Qué pasa si la sangre no retorna? ¿Si se corta la electricidad, el agua o si hay un temblor, etc.? A pesar de los mecanismos de seguridad los pacientes y el personal de la unidad experimentan gran ansiedad.

Ansiedad por la incertidumbre de la supervivencia

Esta enfermedad y sus posibles complicaciones hacen prácticamente imposible predecir la expectativa de vida del paciente y debe aprender a vivir con la posibilidad de muerte en cualquier momento. La muerte siempre está rondando debido a las complicaciones y fallecimiento de los compañeros de diálisis. Todo esto aumenta los niveles de ansiedad en la unidad de diálisis.

Ansiedad por las múltiples pérdidas

La pérdida de salud y bienestar físico, la pérdida de libertad y movilidad, reducción de la capacidad laboral, disminución de actividades familiares, problemas sexuales, etc. Amenazan su seguridad personal, auto respeto y autoestima.

Ansiedad por deterioro del funcionamiento sexual

El paciente renal tiene alteraciones de su sexualidad. En las mujeres hay alteraciones del ciclo menstrual, disminución de la libido y de la fertilidad. En el 75% de los varones se observa disfunción gonadal, impotencia y disminución del deseo sexual. La dificultad eréctil y la cesación de la función urinaria es un factor generador de tensión. Además, muchas veces hay una pérdida de los roles asociados al sexo, lo que compromete el sentido de masculinidad, interfiriendo en el desempeño sexual. La disfunción se atribuye a causas orgánicas per estas pueden mantenerse o aumentarse por factores psicológicos que interactúan con los factores fisiológicos, metabólicos o farmacológicos.

Ansiedad por las dificultades económicas

El tratamiento es muy caro y los sistemas de previsión son insuficientes. Además, el paciente y su familia se empobrece porque además el paciente y su familia se empobrece porque además de los gastos por salud el enfermo generalmente no puede rendir laboralmente como lo hacía antes.

Ansiedad por la eventual decisión y espera de trasplante

Si bien el trasplante es considerado una opción que mejora la calidad de vida del paciente con IRC también presenta sus propias dificultades: someterse a una cirugía mayor, encontrar un donante cadáver que, generalmente, implica una larga espera, o donante vivo requiriendo el sacrificio irreversible de un miembro de la familia.

Ansiedad en pacientes trasplantados

Guendelman y Hoffman (1991) sintetizan las principales fuentes de ansiedad en pacientes trasplantados:

Ansiedad por intervención quirúrgica

El trasplante implica una intervención quirúrgica, con los riesgos de una cirugía mayor, a los que se les suma las condiciones del enfermo.

Controles médicos permanentes

El paciente debe asistir periódicamente a citas médicas de forma permanente para control y evaluación. Por este medio se llega a considerar si se debe realizar alguna prueba de laboratorio para evaluar la estabilidad de su condición.

Ingesta de fármacos inmunosupresores

Estos disminuyen las defensas y pueden deteriorar su imagen física.

Limitaciones físicas

No deben desarrollar aquellas actividades que puedan constituir riesgo para el riñón.

Posibilidad de rechazo del injerto

Esta situación se toma claramente en la fuente de mayor estrés para el paciente. La incertidumbre, el estar pendiente de los signos de rechazo, el miedo a tener que volver a diálisis, son ansiedades muy presentes en los trasplantados (Palamara, 1991)

Sandín y Chorot (1995) plantean que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

Spielberger (1972) diferenci6 la ansiedad en: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Defini6 la primera como un “estado emocional transitorio caracterizado por una percepci6n subjetiva de sentimientos de aprensi6n, temor, preocupaci6n y una alta activaci6n del sistema nervioso aut6nomo”. Por otro lado, describi6 la ansiedad rasgo como una predisposici6n individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad. En cambio, Moreno et al. (2004) afirman que llevar m6s tiempo en tratamiento de di6lisis no se relaciona con la ansiedad y, seg6n afirman Kutner, Fair y Kutner (1985), los enfermos renales cr6nicos hemodializados prevalecieron los estados ansiosos durante los primeros meses de HD.

2.2.2. Depresi6n en pacientes con insuficiencia renal cr6nica

La depresi6n constituye el problema psiqui6trico m6s frecuente de los pacientes con IRC. Los autores indican una prevalencia de depresi6n cl6nica que fluct6a entre el 20 y el 60% de los pacientes con IRC. (Benadretti y col, 1985; Kutner y col, 1985; Kaplan de-Nour, 1985; Guendelman et al, 1991; Castilla et al.,1991; Fukinishi, 1992; Brantley & Hitchcock, 1995). Esta prevalencia variable responde a diferentes mediciones de la depresi6n, incluyendo diagn6stico psiqui6trico y test psicol6gicos (Test de s6ntomas depresivos de A.Beck, la Escala de Hamilton para la depresi6n, el MMPI).

La depresi6n generalmente es causada por el estado biol6gico anormal y por las m6ltiples p6rdidas que los pacientes experimentan en su enfermedad. Algunos pacientes expresan encubiertamente su depresi6n a trav6s de equivalentes som6ticos: cansancio, apat6a, retardo psicomotor, insomnio, anorexia. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como p6rdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistem6tico en el procesamiento de la informaci6n, conducente a una visi6n negativa de s6 mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa).

La presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (De los Ríos, Ávila & Montes, 2005; Drayer et al., 2006; García et al., 2002; Kimmel & Peterson, 2006).

La cantidad de suicidios dentro de la población de dializados es de 400 veces mayor que en la población normal. Es más habitual que presenten suicidios pasivos o indirectos, a través del retraining del programa de diálisis, dejando de dar seguimiento al régimen médico, etc. (Abraham, 1974; Castilla & Hittelman, 1990)

Kurella, Kimmel, Young y Chertow (2005) concluyeron en su estudio que la depresión en pacientes renales aumenta en un 84% las probabilidades de suicidio en comparación con la población general de EE.UU. Según la American Psychiatric Association (APA), “Las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas como la insuficiencia renal terminal” (1994).

Atencio et al. (2004) concluye que en su investigación los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, jóvenes entre 17 y 36 años, son mayormente afectados por la depresión. Según Atencio et al. (2004) y Moreno et al. (2004), enfermos renales crónicos que no desempeñaban ningún tipo de actividad laboral, presentaron mayores grados de depresión en comparación con quienes contaban cierta actividad laboral.

2.2.3. Agresión y hostilidad

En términos generales, como consecuencia de las limitaciones, frustraciones y pérdida de destrezas, aumenta en estas personas la irritabilidad, la rabia y la agresión. Esta puede expresarse directamente, siendo habitual que la descarguen sobre el equipo médico y la familia. En casos más

extremos, esta alteración emocional puede llevar a los enfermos a una actuación intensa y exagerada (acting-out) de la agresión que se manifiesta en abusar de la dieta ingiriendo líquidos en exceso y no respetando las prohibiciones, no asistiendo a las sesiones de hemodiálisis; y en el caso de los trasplantados, no tomando los inmunosupresores y exponiéndose a traumatismos que pueden dañar el riñón, como se puede dar en algunos casos se exponen a jugar fútbol.

Hay pacientes en cambio, que reaccionan con una introyección de la agresión, no manifiestan directamente la rabia y se deprimen. Estas conductas muchas veces reflejan el miedo y la frustración por su condición junto con la carencia de destrezas para superar la angustia y la depresión, por las múltiples pérdidas que van aconteciendo.

2.3. Cambios psicosociales en pacientes con insuficiencia renal crónica

Las personas que padecen de IRC, sufren de cambios a nivel psicosocial. Los problemas físicos y el sometimiento a los tratamientos que traen como consecuencia, en muchos de los enfermos, la restricción de actividades personales y de relaciones interpersonales. Los cambios surgidos crean que las relaciones familiares, sexuales, laborales o escolares, el régimen de vida, la comunicación y toma de decisiones, la planificación del tiempo libre, se vean afectadas, lo cual se describe a continuación:

Familiar

En un paciente con IRC se afecta en forma inevitable las relaciones familiares y los roles pre establecidos. No sólo el enfermo padece la enfermedad, sino que la familia es también invadida por ella y sufre las consecuencias de su tratamiento. Debe fomentarse la vinculación afectiva con el enfermo per no alentar la sobreprotección ni dependencia excesiva del paciente con algún familiar. Este tipo de relación es muy común y termina, en el largo plazo, generando relaciones ambivalentes empapadas de agradecimiento, afecto, enojo, resentimiento y culpa. Se puede generar una comunicación de doble mensaje que es perjudicial para el paciente: hay un contenido manifiesto de apoyo, consideración y optimismo

Si la persona enferma es la mujer, en la familia los problemas suelen ser más importantes, ya que a ella están encomendadas tradicionalmente tareas domésticas que a partir de este momento hay que volver a plantearse al menos durante un tiempo, lo cual genera en ella malestar, pues el sentirse inútil y no poder atender al marido o la familia produce en ella un auténtico estado de inutilidad.

La disminución de las acciones que habitualmente desarrollaba debido al tiempo que pasa en la diálisis, ingresos en el hospital de forma frecuente, descansos durante el día después de llegar de la sesión, etc., altera la relación que mantenía en casa con el marido al disminuir la atención que le dispensaba, pues es ahora ella quien las reclama, o viceversa si es el marido el enfermo. Todo esto puede experimentarse como abandono por parte del sano y pérdida de la importancia que tenía, según él, lo que desencadenará quejas y alejamiento de la relación.

El cambio en el modo de vida cotidiano, unido a la disminución de actividades realizadas de forma conjunta por la pareja o la familia fuera de casa (contacto con amistades, ocio, etc.), incide de forma negativa en la cohesión de la familia, ya que la relación de la familia y de la pareja, es uno de los mayores pilares en el intercambio de reforzadores.

Con el paso del tiempo puede haber muchos cambios en el modo de vida de la pareja o de la familia, surgiendo situaciones que pueden propiciar la aparición de discrepancias en la toma de decisiones, frecuentes disputas sobre cómo debe cuidarse la persona enferma, ya que a menudo existe una sobreprotección hacia el enfermo especialmente si es el marido y de una edad media alta. También a veces aparecen discrepancias a la hora de redistribuir las tareas domésticas de las que se tiene que ocupar cada uno siendo aquí frecuentes los pensamientos negativos sobre sí mismo que tiene la persona enferma como consecuencia de su enfermedad. Estas discrepancias generan a veces discusiones que son fuente de intercambio de estimulación aversiva que incidirá de forma negativa en la relación.

La familia se desestabiliza cuando uno de sus miembros se enferma gravemente. Por esto el sistema familiar debe ser considerado como una unidad e incorporado al tratamiento y rehabilitación integral del paciente. En la enfermedad crónica es necesario modificar estilos de vida, como, por

ejemplo, realizar cambios de roles, cambios en la alimentación, en la actividad física, en las maneras de recreación y de vacacionar. Así mismo, la participación de la familia es crucial para la adherencia al tratamiento y el aprendizaje de conductas apropiadas para el autocuidado. El sistema familiar debe reorganizarse y alcanzar un nuevo equilibrio para responder a los requerimientos impuestos por la enfermedad crónica.

Palmares y Schurter (1991) afirman que la evidencia clínica muestra la existencia de dos núcleos conflictivos importantes para la familia: el cambio de roles dentro de la dinámica familiar y la sobreprotección familiar en relación con los cuidados que exige el tratamiento. Si es uno de los cónyuges quién enferma se debe abordar la dificultad para trabajar y proveer económicamente a la familia, las tareas domésticas, el cuidado de los hijos, las dificultades en el área sexual, la tendencia al aislamiento, etc. Si es un hijo, se debe reorganizar la familia para el cuidado del hijo enfermo y del resto de los hijos. La familia debe ser también ayudada otorgándole información, espacios para compartir sus inquietudes, ayuda instrumental si es requerida y sobre todo, contención emocional si la enfermedad ha creado una situación familiar caótica.

Sexual

El cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy especial, lo cual provoca en muchos de estos pacientes, frecuentes visitas al especialista por problemas de impotencia. Las alteraciones en el área de las relaciones sexuales no sólo representan una privación más de reforzamiento mutuo, sino que además esta situación puede verse agravada si el enfermo, por su estado de fatiga, malestar, ingresos frecuentes, etc., no responde a las solicitudes que su pareja le puede hacer en este terreno pues a la pérdida de reforzamiento puede seguirle la emisión de insistencias o quejas (castigo).

En parejas jóvenes, un elemento importante de la relación es la atracción física, ya que el paulatino deterioro físico, mal olor de aliento, cambio de coloración de la piel, FAV, problemas en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden dificultar su atracción y esa funcionalidad evidente que tiene en la relación de pareja se pierde por el deterioro físico y el

enfermo puede perder atracción, pérdida que se puede acentuar debido al abandono del cuidado personal, caso de que se produzca (lo cual no es infrecuente).

Laboral o Escolar

Laboralmente, a muchos de estos enfermos se les solicita por parte de la empresa a que dejen de trabajar y en algunos casos, si se les mantienen en el trabajo no todos conservan el mismo puesto, ya que faltan demasiado al trabajo por sus sesiones de diálisis y debido a la pérdida de este importante reforzador, el individuo se ve afectado. Las personas que aún se encuentran a nivel escolar, algunas se ven afectadas debido al horario y tiempo que el tratamiento conlleva, lo cual les impide la asistencia a los establecimientos educativos, viéndose en la necesidad de abandonar los estudios.

Social

Los ingresos hospitalarios repetidos, el malestar frecuente o los pequeños problemas que suelen tener, hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades que tenían, con la importancia que puede tener para estas personas el perder estos reforzadores, pues acaban circunscribiéndose a la familia, muchos de ellos casi de forma exclusiva, pues debido a la disminución de relaciones interpersonales y de actividades reforzantes fuera del domicilio, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal médico donde lleva a cabo su tratamiento médico.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Planteamiento del problema

En algún momento de la vida la mayoría de las personas se enfrentan a una serie de acontecimientos negativos y estresantes que en ocasiones se les dificulta resolver y enfrentar; en algunos casos lo logran resolver pero en otros se convierte en una lucha interna que va produciendo malestar e interferencia significativa en las actividades cotidianas a nivel social, laboral y escolar, lo cual produce una reacción desadaptada intensa y de larga duración, motivo por el que se llega a desarrollar un trastorno de adaptación.

El trastorno de adaptación manifiesta síntomas superiores a lo esperable en el área emocional y conductual en forma significativa; según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición, indica que la característica esencial de los trastornos de adaptación es la presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable. Este tipo de trastorno puede manifestarse en cualquier edad. Los factores estresantes pueden ser recurrentes (asociados a las crisis temporales de un negocio, unas relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad).

3.1.1. Problemática del caso de estudio

Se presenta el caso de estudio de L.M.F., en el cual se indican únicamente las iniciales de la paciente y del núcleo familiar por seguridad y respeto a su integridad personal. El caso clínico fue atendido en Casa Kairos, debido a que la menor fue referida a petición de la madre, debido a que estaba presentando dificultades emocionales de enojo, ansiedad y tristeza.

L.M.F. de 15 años, fue diagnosticada con insuficiencia renal crónica a los 9 años, por lo que empezó a presentar algunos cambios en su carácter, los cuales se incrementan cuando el médico indica que existe una recaída en su salud y es cuando L.M.F. indica que ya no quiere estar enferma, que ya no quiere asistir a las consultas médicas porque considera que es en vano seguir con el tratamiento.

Además, menciona que ya no quiere vivir, haciendo manifiesto su enojo y desesperación, algunas veces con reacciones en las que se jala el pelo, aprieta sus dientes, tira las cosas, contesta de mala manera a su madre. La paciente indica que, al tener dichas reacciones, no actúa de forma consciente, ya que luego no recuerda lo sucedido, pero se da cuenta al ver a su madre llorando y ella le explica lo que pasó. Estas situaciones crean un ambiente de estrés temporal porque luego L.M.F. se tranquiliza y todo vuelve a la normalidad, sin afectar la relación que existe entre madre-hija.

La paciente siente cierta frustración ya que el tener que estar sometida al tratamiento, ha afectado sus relaciones a nivel social como la participación en actividades comunitarias, de relajación o disfrute. Además, ha suspendido sus estudios, lo que le ha impedido la culminación de varios ciclos, habiendo cursado hasta la fecha 4to. Primaria. Dada la problemática anteriormente expuesta, el presente estudio pretende investigar cómo la Insuficiencia renal crónica, puede influir en el desarrollo de un trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, persistente (crónico) en la joven del caso estudio.

3.2. Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la insuficiencia renal crónica con el trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta en una persona?

3.3. Objetivo General

Determinar las consecuencias emocionales y conductuales en una persona con insuficiencia renal crónica.

3.4. Objetivos Específicos

- Identificar la evolución de las emociones en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Analizar la relación que existe en la aparición de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Establecer la relación que existe en la aparición de síntomas depresivos en pacientes con insuficiencia renal crónica.

3.5. Alcances y Límites

3.5.1. Alcances

A causa de la situación de salud por la que L.M.F. está atravesando, presentaba dificultad en la expresión de sus emociones y se logró establecer un equilibrio en el manejo de estas, con la capacidad de poder afrontar y solucionar los problemas que se le presentan, principalmente cuando se le indica haber sufrido algún tipo de recaída en su salud, evitando en gran manera sus arranques de enojo. Muestra un cuadro ansioso de moderada intensidad, rasgos depresivos y problemas en el tema de su participación en sociedad, los cuales se redujeron por medio de técnicas racional-emotiva y cognitivo-conductual, adaptadas a su edad.

Se contó con la participación activa en el proceso terapéutico de la paciente colaborando con la realización de actividades en sesión y la que se dejaban como práctica de estas, expresando en cada sesión la problemática con la que se había enfrentado en la semana, mostrando interés por realizar

cambios; se contó también con la participación activa de la madre para alcanzar los objetivos trazados.

En relación con el aprendizaje profesional, se pudo profundizar en distintas técnicas, observándose la efectividad que éstas tienen, ya que buscan realizar una reestructura con respecto al entorno y focalizar las posibilidades que el cambio ofrece en relación con el conocimiento, pensamientos y conductas. Con todo ello, se observó la evolución que cada paciente presentó a través del apoyo brindado.

3.5.2. Límites

En el caso de estudio, el problema que se presentó durante el proceso terapéutico fue el hecho de tener que adaptarse a los horarios de la paciente, algunas veces teniendo que modificar el día y hora acordados para las citas, debido a la rotación de sus visitas médicas. Esto no fue motivo de bloqueo para dar seguimiento al proceso, ya que se realizaban las sesiones correspondientes.

3.6. Método

El método utilizado en la actual investigación fue cualitativo, establecido por la asignatura de Metodología de la investigación psicológica, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. La investigación cualitativa se basó en el caso de L.M.F., a quien por medio de la madre se solicitó terapia psicológica, debido a que la paciente estaba presentando problemas emocionales y de conducta, al ser una joven diagnosticada con Insuficiencia renal crónica.

3.7. Procedimiento

En el caso de estudio se realizó el proceso de psicodiagnóstico a través de diversas herramientas como el contacto inicial; la entrevista para lograr un acercamiento con la paciente, tener una visión más clara de la dinámica familiar; observación clínica, para tomar en cuenta aspectos que la paciente expresaba.

Se le aplicaron pruebas proyectivas como: Test del Árbol que detecta los sentimientos más prohibidos y profundos del sujeto que indican lo más arraigado, persistente y lo más difícil de modificar en la personalidad, la presencia de huellas de experiencias o traumatismos más tempranos, cualidades de su sociabilidad, destructividad, impulsos instintivos, existencia de insuficiente capacidad de contención personal.

Se usó también, Test de Persona Bajo la Lluvia que evalúa de forma profunda la personalidad, la imagen corporal bajo condiciones desagradables, las defensas utilizadas, ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental, estructura psicopatológica subyacente, la modalidad defensiva predominante (adaptativa o patológica), busca la estructura psicopatológica subyacente y sus características de organización-desorganización y las representaciones inconscientes.

El Test de la Familia que mide la relación que tiene el individuo con los diferentes miembros de su familia, proporciona resultados de conflictos, de la comunicación con otros miembros de la familia y de los miembros restantes entre sí, su relación, afectos, aspectos del desarrollo intelectual y de maduración, algunos aspectos de los problemas de aprendizajes, valores emocionales y la percepción subjetiva de las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye él en este sistema.

Además, se aplicaron pruebas psicométricas como: Cuestionario WHODAS 2.0 que evalúa y clasifica discapacidades; Escala de Hamilton para Ansiedad que evalúa el grado de ansiedad del paciente y Escala de Hamilton para Depresión que evalúa fundamentalmente aspectos somáticos y

comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se evalúa el índice de melancolía que incluye el estado de ánimo depresivo, la sensación de culpabilidad, el trabajo y actividades, la inhibición, la ansiedad psíquica, síntomas somáticos generales; índice de ansiedad que evalúa agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática y el índice de alteraciones del sueño, referidos a insomnio.

Con dichas pruebas, se logró cotejar conductas y emociones de la joven como: ansiedad, rasgos depresivos, enojo, frustración y baja autoestima, así como problemas en la participación de actividades sociales. El tratamiento fue abordado por medio de las escuelas cognitivo-conductual y racional-emotiva, en las cuales se buscaba que la paciente aprendiera algunos puntos como: identificar, regular, expresar emociones y la resolución de problemas de forma asertiva.

Así mismo, se trabajó el empoderamiento para que la paciente mejorara su baja autoestima. Por medio de todo ello, se logró que la paciente pudiera manejar de mejor manera sus emociones, conductas y participación social a través de algunas técnicas como: relajación, desaceleración, planificación de actividades, actividades manuales, actividades sociales, reconducción, autoafirmaciones, externalización simple, refutación, reflejo, autocontrol, autorreflexión, autoobservación, evaluación y traducción corporal, ABC, IRE e introspección, entre otras.

Entre las teorías utilizadas la Teoría Cognitivo-Conductual es un modelo que acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida de diferentes maneras, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento clásico u operante, el lenguaje, en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente, los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes.

En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo, ya que todas las personas desarrollan durante

toda su vida aprendizajes que se incorporan a sus biografías y que pueden ser problemáticos o funcionales por lo que es necesario incluir el entrenamiento tanto de habilidades cognitivas como conductuales para su efectividad. Su enfoque es cambiar los comportamientos problemático, creando nuevos comportamientos, ayudando a relativizar o mejorar otros, con el objetivo que la persona adapte eficazmente su comportamiento a las diversas situaciones y a su entorno.

La Terapia Racional-Emotiva (TRE), proveniente de la teoría cognitivo-conductual, se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de sus creencias, construidas gracias a su particular experiencia y forma de interpretar la realidad. Por esta razón, la meta primordial de la TRE es asistir en la identificación de los pensamientos “Irracionales” o disfuncionales y ayudar a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales” o efectivos.

La TRE brinda a los pacientes habilidades cognitivas de afrontamiento, planeación y entrenamiento asertivo a nivel social, para decidir y plantear su situación desde una perspectiva diferente, planteando diversas alternativas de solución, que le demuestran que lo que está haciendo hasta el momento no es lo único a realizar y que le permite ejercer su responsabilidad como ser humano sobre su propia persona. El proceso fue posible culminarlo con éxito gracias a que la paciente llevó a cabo el cumplimiento en la asistencia de las sesiones acordadas, así como el compromiso, colaboración y entrega brindada durante su participación dentro del proceso terapéutico.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Sistematización de estudio de caso

4.1.1. Datos generales

Nombre:	L.M.F.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	18 de febrero del 2002
Edad:	15 años
Estado Civil:	Soltera
Escolaridad:	4to. Primaria
Institución:	Presente año tuvo que abandonar los estudios
Profesión:	Estudiante
Ocupación y lugar de trabajo:	N/A
Religión:	Católica
Dirección:	San Marcos
Teléfono casa:	- - - - -
Teléfono celular:	- - - - -
Teléfono trabajo:	- - - - -
Nombre del padre:	E.M.
Profesión u oficio:	Agricultor y albañil
Lugar de trabajo:	En una obra de construcción.
Nombre de la madre:	L.M.F.
Profesión u oficio:	Ama de casa y vendedora independiente.
Lugar de Trabajo:	Trabajo independiente.

4.1.2. Motivo de consulta

Debido a que la paciente se siente mal por algunas actitudes de enojo que presenta eventualmente y de forma directa con sus padres, en especial con la madre, la paciente refiere: “Quiero dejar de reaccionar de la manera que lo hago cuando me enojo, porque no me doy cuenta de lo que pasa en ese momento, hasta que reacciono, mi mamá está llorando porque la he lastimado con mis berrinches y con mis palabras, por eso quiero cambiar mi forma de reaccionar cuando me desespero, al no querer estar enferma y no querer vivir” (SIC)

4.1.3. Historia del problema actual

LMF a los 9 años de edad, al haber sido diagnosticada de insuficiencia renal, empezó a presentar cambios en su carácter, ya que antes no tenía ninguna reacción como las que manifiesta de forma eventual, especialmente cuando los médicos indican un tipo de recaída en su salud, es cuando, L.M.F. dice que ya no quiere estar enferma, que ya no quiere asistir a las consultas médicas porque considera que es en vano seguir con el tratamiento, que ya no quiere vivir y hace manifiesto su enojo y desesperación, algunas veces con reacciones en las que se jala el pelo, aprieta sus dientes, tira las cosas y contesta de mala manera a su madre.

La paciente indica que cuando actúa de la manera en que lo hace, no está consciente, ya que al reaccionar es cuando se da cuenta que ha tirado cosas y no sabe lo que ha dicho en esos momentos que pierde el control, sabiendo que ha sido algo fuerte porque nota que la madre está llorando. Entonces, es cuando L.M.F. pregunta a la madre por qué está así y ella le indica que es porque le duele y preocupa cuando la escucha decir que ya no desea seguir viviendo y que ya no quiere asistir más con el médico para seguir recibiendo el tratamiento.

Debido a esto, la paciente se siente mal y pide disculpas, ya que sabe que siempre ha contado con el apoyo incondicional de sus papás, quienes hacen esfuerzos para estar a su lado y poder cubrir las necesidades básicas, incluyendo los medicamentos que deben comprar por su cuenta. Los

momentos que se presentan bajo dichas situaciones, afectan temporalmente el entorno familiar, ya que crea un ambiente de estrés. Sin embargo, cuando la paciente se tranquiliza, todo vuelve a la normalidad, sin afectar la relación que existe entre madre-hija.

4.1.4. Historia clínica

L.M.F. refirió que fue una niña deseada, no existió ninguna complicación durante su gestación y su nacimiento se desarrolló de forma normal, asistido por una comadrona. En referencia al desenvolvimiento escolar, la paciente llegó a culminar hasta 4to. año de primaria, ya que, al momento de ser diagnosticada con insuficiencia renal crónica, la paciente ha tenido que suspender su asistencia a la escuela en repetidas ocasiones, sin haber culminado varios ciclos escolares, ya que ha sido inscrita en San Marcos y por el tiempo que implica llevar el tratamiento de hemodiálisis en la Ciudad de Guatemala, ha tenido que abandonar sus estudios.

En relación a la adaptación dentro de la escuela, ha sido positiva, le gusta estudiar, pero debido a lo mencionado anteriormente, ha afectado en el rendimiento académico. En las actividades deportivas, recreativas y extraescolares, ha participado de forma restringida, porque se debe tomar en cuenta que las mismas no afecten su salud. Lleva una relación más cercana con las niñas y con los niños no comparte, pero no es que pelee. Siempre ha guardado las normas establecidas por lo que nunca ha llegado a tener ningún problema con sus autoridades, sabiéndose regir por ellas.

No tiene problema con relacionarse a nivel social. Al inicio es una persona con cierta timidez, pero luego toma confianza y establece buenas relaciones sociales con las personas a su alrededor. Cuenta con la amistad tanto de compañeras con las que ha estudiado anteriormente, así como con la de niñas que ha llegado a conocer en el hospital y con quienes se frecuentan de alguna manera dentro del mismo, debido a que ellas también están recibiendo tratamiento médico al igual que ella.

No cuenta con actividades sociales específicas, únicamente con las que eventualmente se llevan a cabo en Casa Kairos, las cuales le parecen gratas y no le es difícil involucrarse a éstas, de alguna manera le ayudan para compartir con nuevas personas, logrando entablar amistad sin ninguna dificultad.

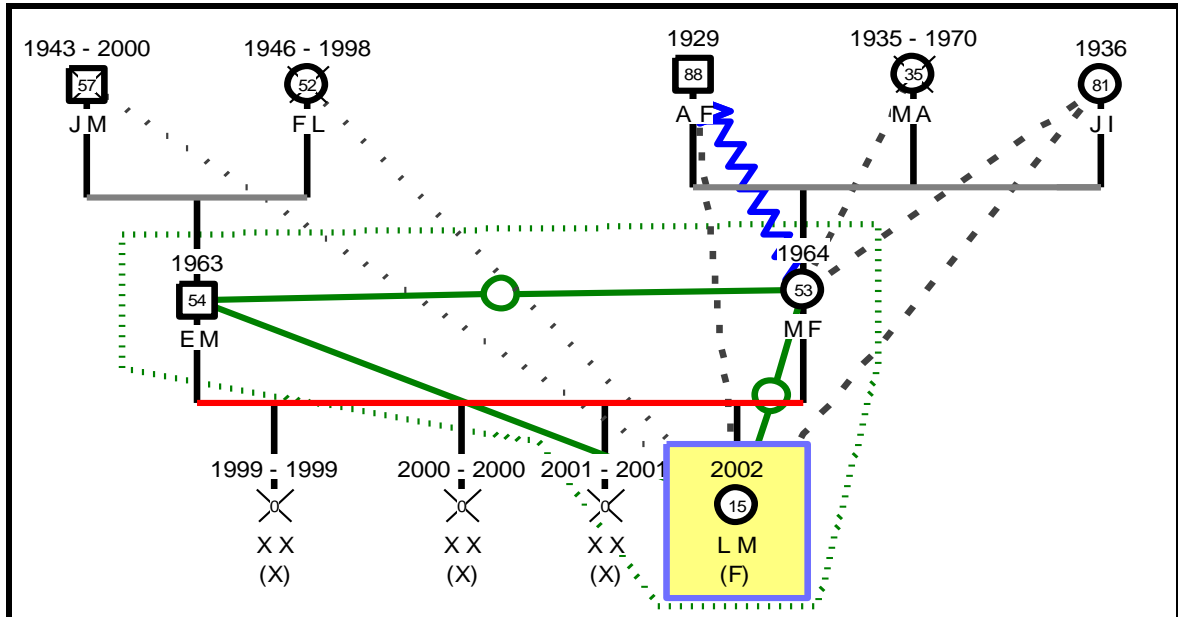
Actualmente está atravesando la etapa de la adolescencia dentro de la cual su desarrollo ha sido satisfactorio. Pero por la dificultad por la que está atravesando, la aceptación de tener el diagnóstico de insuficiencia renal y el mantenimiento que ello conlleva ha sido difícil, generando en ciertos momentos algunas actitudes de enojo, molestia a consecuencia de algunas recaídas por las que ha atravesado. Requiriendo el aumento de sesiones para llevar a cabo las hemodiálisis, como parte del tratamiento médico.

Exceptuando los momentos en los que suscitan los episodios de enojo, L.M.F. lleva una buena relación con sus padres, siendo más apegada con su madre, con quien creó cierta dependencia, ya que siempre ha estado a su lado, apoyándole y acompañándole en todo momento. Algunas veces tiene problema con seguir instrucciones y órdenes de su madre. En la mayoría de los casos es por la dificultad que presenta en regirse a la dieta alimenticia que debe llevar como parte de los cuidados, pero termina rigiéndose a las mismas. Fue a los 9 años que se le diagnosticó con insuficiencia renal crónica, enfermedad que ha sido controlada bajo tratamientos médicos. Sufrió de complicaciones, por lo que a los 12 años se le extrajo un riñón y actualmente cuenta únicamente con uno.

4.1.5. Historia familiar

Imagen No. 3

Genograma



Fuente: Elaboración propia, noviembre 2017

El núcleo familiar se constituyó por el padre E.M. de 54 años y la madre M.F. de 53 años y la paciente L.M.F. de 15 años, como hija única. La relación de la paciente con su padre es armoniosa, aunque con cierto distanciamiento, por no contar con mucha confianza hacia él por ser hombre y ser más estricto y enojado que la madre.

No cuenta con instrucción académica, ha trabajado siempre en el campo como agricultor, pero debido a que se quedó sin trabajo, se vino a la ciudad y está trabajando actualmente de albañil en una obra, recibiendo apoyo de Casa Kairos para tener hospedaje y alimentación durante el tiempo que esté realizando dicho trabajo. Debido a que pasa la mayor parte del tiempo trabajando, no convive mucho tiempo con su hija, por lo que en los momentos que están juntos, no ha llegado a presenciar los cuadros en los que ella manifiesta su enojo y demás actitudes negativas.

se identifica mejor con la madre, llevando una relación armoniosa, de amor y confianza ya que con ella convive la mayor parte del tiempo y no la considera una persona enojada. Además, la paciente indica que por ser mujer se comunica de una mejor manera con ella. Es ama de casa, pero para apoyar un poco al esposo, en el factor económico, vende quesos y lencería, con lo cual, ella se siente mejor, sabiendo que con ello puede aportar para la compra de las medicinas de su hija.

En los momentos que presencia las reacciones de su hija L.M.F., se entristece y se preocupa al escucharla tan negativa, se siente impotente ya que no sabe la forma en la que debe manejar la situación. La familia es de escasos recursos, sin embargo, han logrado cubrir sus necesidades básicas y son propietarios de una casa en San Marcos, la cual cuenta con los servicios básicos de agua potable y energía eléctrica.

4.1.6. Examen del estado mental

Paciente con estatura ligeramente baja al promedio estipulado para su edad, con un peso relativo a la misma. Su arreglo y vestuario son adecuados, mostrándose una persona con higiene. Es cooperadora, abierta, atenta, amable, amistosa. Denota ser una persona celosa, dominante y ambivalente ante su conducta, parcialmente independiente, ya que ha llegado a generar dependencia de la madre, quien básicamente le acompaña en todo momento. No tiene ideas obsesivas, compulsiones, rituales, fobias, ideas delirantes o suicidas.

Su conducta motora se observa normal, tomando en cuenta que debe ser cuidadosa con el brazo donde tiene la fístula arteriovenosa, catéter que se utiliza para realizar las hemodiálisis. Está orientada en persona, lugar y tiempo. Presta atención y concentración, sin mostrar dificultad con la memoria a corto, mediano y largo plazo, sin indicios de contar con problemas de inteligencia. Mantiene contacto visual al hablar y escuchar, haciéndolo de forma congruente, mostrando sus verdaderos sentimientos de forma fluida y espontánea, utilizando palabras apropiadas a cada tema expuesto.

Algunas veces se siente desesperada ya que realiza sus actividades diarias de forma interrumpida, debido a las visitas en el hospital que debe realizar para poder llevar a cabo el tratamiento médico, por lo cual ha tenido que atravesar obstáculos, creando insatisfacción en ciertas necesidades como el hecho de tener apetito y no poder comer libremente debido a la dieta restringida que tiene y debe respetar. El haber tenido que suspender sus estudios, el presente año debido a las inasistencias; la insatisfacción que existe al no poder convivir socialmente por las limitaciones de tiempo y por la limitante económica que existe, lo que le impide poder convivir en términos generales de forma normal. No manifiesta ningún tipo de compromiso ante su religión.

Manifiesta falta de control en sus emociones, bajo momentos de tensión, estrés y preocupación, básicamente cuando le informan que su salud ha sufrido de algunos cambios no esperados, de alguna manera negativos, surgen ciertos temores, pensando en que la situación podría empeorar, pero deseando alcanzar nuevamente estabilidad en su salud. Es en esos momentos en los que se muestra de un momento a otro irritada, manifestando su enojo de forma abierta y expresiva, diciendo lo que piensa y siente de forma inadecuada.

Se denotan ciertos rasgos de depresión en momentos de desánimo y enojo, cuando manifiesta no desear vivir más y querer dejar a un lado todo tratamiento médico que le ayuda a mantenerse estable y controlada. Denota aburrimiento al pensar en lo tedioso que algunas veces se convierte el estar asistiendo tres veces por semana al hospital para llevar a cabo la hemodiálisis. Entre sus planes a futuro está el poder continuar con sus estudios el próximo ciclo escolar y su mayor interés es llegar a entablar una mejor comunicación con sus padres, amistades y personas que le rodean.

Se muestra optimista, cuenta con actitudes y expectativas constructivas y realistas en las que considera la importancia de su colaboración para lograr alcanzar una mejor calidad de vida, pese a que los problemas se atribuyen básicamente a la enfermedad con la que fue diagnosticada, insuficiencia renal. Espera ser apoyada para poder llegar a manejar la situación de la mejor manera, controlando sus emociones, especialmente los rasgos de ansiedad, depresión y enojo, y así poder llevar de cierto modo, una mejor relación a nivel intrapersonal e interpersonal. En la primera sesión,

costó que la paciente tomara confianza y en la segunda se rehusaba a entrar sola, sin su madre, pero se logró ganar la confianza deseada por parte de la paciente.

4.1.7. Resultados de las pruebas

Cuadro No. 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

PRUEBA APLICADA	FECHA DE APLICACIÓN
Test del árbol	30/04/17
WHODAS 2.0	30/04/17
Test persona bajo la lluvia	05/05/17
Test de la familia	05/05/17
Escala de Hamilton para Ansiedad	13/05/17
Escala de Hamilton para Depresión	21/05/17

Fuente: Elaboración propia, noviembre 2017

Resultados de las pruebas proyectivas

Test del árbol, Test persona bajo la lluvia, Test de la familia: Se proyectan algunas características que denotan enfoque del pasado hacia el futuro con tendencia a movilizarse. Se muestra alegre, eufórica, ágil, elaboradora, armoniosa con elasticidad y adaptación en la comunicación, con tendencia a conversar demasiado, mostrándose con dominio y poder social. Idealista, razonadora,

lógica, con capacidad de análisis, intelectual, constante, noble, sencilla, humilde, equilibrada, adaptada con inclinación al buen gusto, delicada, dulce de contacto fuerte con compensación afectiva.

Muestra determinación, decisión y asertividad, sin dejar de ser guiada por reglas con tendencias espirituales e idealistas. Disposición a afrontar los problemas presentes, sin exponerse a riesgos innecesarios, implicando defensas sanas, con la capacidad de prever, mostrando su capacidad con deseos de triunfo y deseo de superar los sentimientos de inferioridad.

Denota que se encuentra bajo mucha presión, en una situación muy estresante, agobiante, de amenaza, inhibida ante el ambiente ya que lo percibe amenazante y está en conexión a ello, por lo que se proyecta como que no hubiera defensa que alcance, con sensación de encierro o incomodidad, mostrando ansiedad a nivel general, con dolencias psicósomáticas. Muestra preocupación por el rendimiento académico intelectual e inseguridad para alcanzar metas, impaciencia, con interés por obtener resultados inmediatos.

Preocupación por críticas y opiniones de otros, negándose a oír cosas del exterior. Evidencia menor movilidad psicológica y física con inadecuada percepción de sí misma, sentimiento de inferioridad, auto desvalorización, aplastamiento, no reconocimiento lo que lo lleva a mostrarse con cierto retraimiento, introversión, inhibición, timidez, proyectándose con inseguridades o inadaptación con ciertos temores que crean dependencia, necesidad de apoyo y protección de otras personas para seguir adelante, percibiendo a la autoridad adulta con fijación de límites, pero como un apoyo, sin embargo, a pesar de ello se refleja una necesidad o deseo de libertad e independencia particularmente en el plano familiar. Denota cierta depresión con sentimientos de soledad.

Proyecta frialdad, con agresión hacia el exterior, mostrando cierta artificialidad, con inclinación a ser autoritaria, dominante, arrogante, vanidosa, ambiciosa, avara con tendencia a negar dar y/o recibir. Primitiva, imaginativa, soñadora, con tendencias a mentir, representa el mundo de la fantasía creando historias falsas para mostrar una fachada de seguridad, mostrando desarmonía entre el intelecto y la emoción. Demuestra identificación y admiración hacia la madre, valorización

hacia el padre, quien denota cierta agresión hacia la hija y la esposa, sin embargo existe unidad y comunicación entre todos los miembros de la familia.

Resultados de las pruebas psicométricas

Whodas 2.0: En relación a los resultados obtenidos y considerando que 50 puntos reflejan discapacidad, la participación en sociedad fue la única área con un porcentaje relativamente cercano con 47 puntos acumulados, la cual abarca algunos temas como: participación en actividades comunitarias, dificultad por barreras, vivir con dignidad en base a las actitudes y acciones de otras personas, con relación al tiempo dedicado a la salud, afectación emocional, impacto económico, dificultad familiar y realizar actividades de relajación o disfrute.

Escala de Hamilton para Ansiedad: Con base a la prueba se presenta la existencia de un cuadro ansioso de moderada intensidad ya que el puntaje total de los rubros es de 30 puntos, considerando que a partir de 16 puntos amerita tratamiento. Se denota inquietud, irritabilidad, sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, miedo a la obscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a la multitud y a los animales.

Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Dificultad en la concentración y mala memoria. Falta de interés, variaciones de humor durante el día. Manifiesta cansancio muscular, zumbido de oídos, sensación de hormigueo. Palpitaciones. Dolor abdominal, náusea y sensación de estómago vacío. Algunas veces con boca seca y vértigo. Comportamiento de cierta inquietud durante las sesiones.

Escala de Hamilton para Depresión: De acuerdo a la suma total obtenida de todos los rubros de la prueba, ésta asciende a un valor de 11 puntos, lo cual muestra que no existe depresión alguna, sin embargo el puntaje es cercano a un trastorno depresivo de intensidad moderada, reflejando sentimientos de culpa, auto reproches; suicidio, desea estar muerto o piensa en una posible muerte; insomnio inicial, dificultad ocasional para dormir; agitación, intranquilidad; ansiedad psíquica, se

preocupa por detalles; somático gastrointestinal, pérdida del apetito; somático general, cansancio fácil; con hipocondriasis, se preocupa por su salud.

4.1.8. Impresión diagnóstica

Luego del proceso de evaluación realizado a L.M.F., quien cuenta con un diagnóstico de insuficiencia renal crónico, se presenta la impresión obtenida de la misma, la cual indica que la paciente tiene tendencia a enfocarse del pasado hacia el futuro. Se proyecta ágil, elaboradora, armoniosa, imaginativa, soñadora, representa el mundo de la fantasía y de las ideas.

Es razonadora, lógica, intelectual, con capacidad de análisis, con inclinación al buen gusto, noble, humilde, sencilla, delicada, espiritual, dulce, de contacto fuerte con compensación afectiva, proyectando a la autoridad adulta con fijación de límites, pero como un apoyo sobre su problema, pero en búsqueda de independencia en el plano familiar a pesar de tener una buena relación y comunicación con ellos.

Adaptada, alegre, eufórica, equilibrada, con dominio y poder social mostrando elasticidad y adaptación en la comunicación con tendencia a conversar demasiado. Sabe afrontar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, implicando defensas sanas, con la capacidad de prever. Con tendencia a movilizarse, refleja determinación, constancia, decisión y asertividad sin dejar de ser guiada por reglas. Muestra desarmonía entre el intelecto y la emoción. Todas estas características enfatizan las áreas positivas con las que cuenta la paciente y de las cuales puede apoyarse para seguir adelante.

Así mismo, se encuentra conectada con el ambiente que le rodea, pero ante ello, se muestra inhibida, ya que lo percibe amenazante ocasionando ansiedad. Denota que se encuentra bajo mucha presión, en una situación muy estresante, agobiante, de amenaza como que no hubiera defensa que alcance, pero a pesar de ello con disposición a enfrentar el mundo presente, aunque con cierta impaciencia, mostrando interés por obtener resultados inmediatos por la necesidad de sentirse segura, debido a la inestabilidad que crea su condición.

Mostrando un cuadro ansioso de moderada intensidad, manifestando inquietud, irritabilidad, sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, miedo a la obscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a la multitud y a los animales. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Dificultad en la concentración y mala memoria. Falta de interés, variaciones de humor durante el día. Manifiesta cansancio muscular, zumbido de oídos, sensación de hormigueo. Palpitaciones. Dolor abdominal, náusea y sensación de estómago vacío. Algunas veces con boca seca, vértigo y/o comportamiento de inquietud en ciertos momentos.

Se presenta con una inadecuada percepción de sí misma, lo cual crea preocupación por críticas y opiniones de otros, creándole un deseo de superar sentimientos de inferioridad, auto desvalorización, aplastamiento, no reconocimiento, inseguridad o inadaptación, timidez, introversión, inhibición, temor, retraimiento, con sensación de encierro o incomodidad, sintiendo soledad, pero con necesidad de dependencia, apoyo y protección de otras personas para seguir adelante.

Muestra inseguridad de poder alcanzar metas con preocupación por el rendimiento académico intelectual, lo cual lo lleva a querer mostrar su capacidad con deseos de triunfo. Todo ello demuestra que L.M.F., cuenta con baja autoestima, la cual ha sido afectada por todas las situaciones que ha presentado en el trayecto de su enfermedad.

Como mecanismo de defensa y de negación, la paciente se está mostrando primitiva con fachada de seguridad con tendencias a mentir, a fabular y crear historias falsas. Tendencia para actuar de forma autoritaria, dominante, con arrogancia, vanidad, artificialidad, frialdad, egoísmo, ambición con tendencia a la avaricia. Se proyecta con agresión, negándose a oír cosas del exterior.

L.M.F. no presenta depresión alguna, sin embargo, no deben dejarse de considerar algunas manifestaciones, las cuales merecen atención para evitar que los mismos trasciendan. Entre los mismos, se destacaron sentimientos de culpa, auto reproches; suicidio, desea estar muerto o piensa en una posible muerte; insomnio inicial, dificultad ocasional para dormir; agitación, intranquilidad;

ansiedad psíquica, se preocupa por detalles; somático gastrointestinal, pérdida del apetito; somático general, cansancio fácil; con hipocondriasis, se preocupa por su salud.

La paciente debe mejorar en el tema de participación en sociedad en relación a la participación de actividades comunitarias, dificultad por barreras, vivir con dignidad en base a las actitudes y acciones de otras personas, con relación al tiempo dedicado a la salud, afectación emocional, impacto económico, dificultad familiar y realizar actividades de relajación o disfrute.

4.1.9. Diagnóstico según DSM-V

N18 Enfermedad renal crónica (ERC)

309.4 (F43.25) Trastorno de Adaptación. Con alteración mixta de las emociones o la conducta.
Persistente (crónico)

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos según el DSM-V

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor (es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.

4.1.10. Recomendaciones

Se recomendó a la paciente someterse a un proceso psicoterapéutico, en el que se apoyará en brindar acompañamiento para lograr resolver la situación que le está causando malestar, creando inestabilidad y conflicto en sus relaciones intrapersonales, interpersonales y en algunas actividades. A modo de facilitar técnicas y brindar algunas herramientas que le ayuden a manejar las emociones de una mejor manera y así alcanzar la estabilidad deseada.

4.1.11. Plan Terapéutico

En función del motivo de consulta, los datos obtenidos en el proceso de evaluación y la observación clínica; la intervención psicoterapéutica se orientó al abordaje principal de facilitar y apoyar la expresión emocional, factores de conducta inadecuada ocasionados por eventos estresantes, enseñanza de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

Se abordó a través de los modelos terapéuticos Cognitivo-Conductual y Racional-Emotiva, utilizando técnicas de introspección, autocontrol, autorreflexión, autoobservación, evaluación, reestructuración cognitiva, entre otras, con las cuales se logró obtener un cambio en las áreas emocionales y conductuales de la paciente.

4.2. Análisis de Resultados

De acuerdo con los datos recabados en la investigación del caso de estudio y la relación que existe entre la insuficiencia renal crónica y el Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, persistente (crónico). Se confirmó que los cambios físicos y fisiológicos en el paciente crean molestia, dolencias que producen por un lado desajuste en el organismo del paciente y por otro un cambio en el modo de vida. La mayor parte de los casos, la adherencia a gran cantidad de medicamentos y la visita constante al hospital para poder realizar las hemodiálisis

como tratamiento, provocan un estado de tensión elevado en el paciente, lo que repercute en su vida cotidiana a nivel general.

Asimismo, a través de la observación clínica, la información recabada de síntomas antes descritos y los resultados de pruebas tanto proyectivas (Test del Árbol, Test Persona Bajo la Lluvia, Test de la Familia) como de pruebas psicométricas (Cuestionario WHODAS 2.0, Escala de Hamilton para Ansiedad y Escala de Hamilton para Depresión), se confirmó la existencia de ansiedad severa y síntomas depresivos, enojo, frustración, baja autoestima así como problemas en la participación de actividades sociales.

Las anteriores son características de un Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, persistente (crónico), que se presentaron debido al padecimiento de insuficiencia renal crónica que expuso a la paciente a un hecho estresante en el que sobrepasó las habilidades de la paciente para adaptarse sin mayor dificultad y enfrentarse a los cambios que esta situación representó.

Por lo tanto, al no poder manejar dicho proceso, no contar con ayuda psicológica y las herramientas para entender, aceptar, manejar la situación y poder mantenerse equilibrada, manifestó problemas de ansiedad, depresión, enojo, irritabilidad, frustración y baja autoestima, causando desadaptación intrapersonal e interpersonal.

El impacto de la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan a los pacientes por lo que suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC, sus condiciones de vida y la adaptación a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro, dependiendo de la valoración cognitiva y de sus habilidades individuales para el manejo de cada uno de las situaciones mencionadas. Síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la

sintomatología de la IRC. Por lo tanto, es importante realizar una evaluación integral médico y psicológico, de esa manera abordar esta problemática con el objetivo de brindarle a los pacientes distintas herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento.

La ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante; puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno o como respuesta desadaptada al anticiparse a un peligro irreal. Se presenta en pacientes en diálisis en algún momento del tratamiento, de formas múltiples y constantes, debido a las situaciones de tensión a las que se ve sometido.

Las principales fuentes de ansiedad en pacientes en hemodiálisis se pueden sintetizar en: conflicto dependencia – independencia, ansiedad por las restricciones dietéticas, ansiedad por la máquina de hemodiálisis, ansiedad por la incertidumbre de la supervivencia, ansiedad por las múltiples pérdidas, ansiedad por deterioro del funcionamiento sexual, ansiedad por las dificultades económicas, ansiedad por la eventual decisión y espera de trasplante. Fuentes de ansiedad en pacientes trasplantados pueden ser: ansiedad por intervención quirúrgica, controles médicos permanentes, ingesta de fármacos inmunosupresores, limitaciones físicas, posibilidad de rechazo del injerto.

La depresión constituye el problema psiquiátrico más frecuente de los pacientes con IRC, generalmente causada por el estado biológico anormal y por las múltiples pérdidas que los pacientes experimentan en su enfermedad. La presencia de depresión y ansiedad en estos pacientes aumenta los riesgos de suicidios. Pacientes que no desempeñan ningún tipo de actividad laboral, escolar o similar, presentan mayores grados de depresión.

Debido a las limitaciones, frustraciones y pérdida de destrezas, los pacientes presentan un aumento de irritabilidad, rabia y agresión, regularmente descargada sobre el equipo médico y la familia o a sí mismos al no adherirse a sus medicamentos o tratamientos, no siguiendo las instrucciones indicadas por el médico. Además de la repercusión emocional también cabe mencionar la

repercusión psicosocial que sufren los pacientes con IRC y se reflejan a nivel familiar, laboral o escolar, social y sexual.

Conclusiones

Los síntomas físicos asociados a la ansiedad y depresión son confundidos con la sintomatología de la IRC, por lo tanto, es importante realizar una evaluación integral médico y psicológico, y de esa manera abordar esta problemática.

Se ha comprobado que personas con IRC, están predispuestas a desarrollar un estado de ánimo depresivo al encontrarse con falta de trabajo al no poder continuar con sus estudios, debido al constante malestar físico y a la gran cantidad de horas semanales destinadas a la HD. Lo cual repercute en no poder desempeñar una actividad laboral económicamente productiva, lo que les hace depender de su familia, otros son beneficiarios de una pensión o jubilación por incapacidad cuya retribución es escasa creando problemas económicos.

Estudios afirman que pacientes manifiestan una disminución en la intensidad y frecuencia de la ansiedad estado al transcurrir el tiempo en tratamiento de hemodiálisis (HD), debido a un proceso de adaptación a la IRC y la HD.

Recomendaciones

Se recomienda que una persona luego al ser diagnosticada médicamente con IRC pueda ser remitida de forma inmediata a una intervención psicoterapéutica, con el objetivo de brindarle herramientas psicológicas para afrontar la enfermedad y su tratamiento, apoyando de forma oportuna para evitar un problema de adaptación que pueda afectar sus emociones, conductas y relaciones sociales.

Es recomendable que las personas diagnosticadas con IRC, estén involucradas en alguna actividad laboral, educativa o social, que se adecuen de forma oportuna, al tratamiento y cuidados que la enfermedad conlleva.

En relación al tiempo transcurrido sobre el tratamiento de HD, es probable que la ansiedad disminuya, sin embargo es recomendable que siempre se mantenga un programa multidisciplinario entre el médico y el psicológico, quien debe evaluar periódicamente el estado emocional en el que se encuentra el paciente, a fin de evitar recaídas, que podrían ser ocasionadas debido a alguna situación reciente, no esperada en relación a la enfermedad.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA)-American Psychiatric Association. (5ª. ed.). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Camus, L. (1991). *Enfermo Crónico: Familia y Red Social*. Santiago. Chile: Ediciones CPU.
- Ganong, W. F. (2004). *Fisiología médica*. (19ª ed.). México, D. F.: El Manual Moderno.
- García, F. W., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles, V. & Hurtado, A. (2002). *Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: el papel de los síntomas ansiosos y depresivos*. *Nefrología*, 22, 2245-252.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 54-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Miñarro, J., Simon, V., & Castaño D. (1985). *Estudio de la Ansiedad en Pacientes en Hemodiálisis y Trasplantados*. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 40, 317-329.
- Moreno, E., Arenas, M. D., Porta, E., Escalant, L., Cant, M. J., Sorrano, F. et al. (2004). *Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis*. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 17-25.

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variables

Nombre completo: Silvia Carola Arriola Velásquez

Título de la sistematización: Estudio de caso: Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, Persistente (Crónico) en una joven de quince años, diagnosticada con Insuficiencia renal crónica. Práctica realizada en Casa Kairos

Carrera: Psicología Clínica y Consejería Social

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos
*Estado emocional en pacientes con Insuficiencia renal crónica.	Trastorno de Adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta, persistente crónico	Estado emocional de pacientes con Insuficiencia renal crónica.	¿Cómo la Insuficiencia renal crónica se relaciona con el trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones o la conducta en una persona?	Determinar las consecuencias emocionales y conductuales en una persona con Insuficiencia renal crónica.	Identificar la evolución de las emociones en pacientes con Insuficiencia renal crónica.
*Alteración del estado de ánimo ansioso en pacientes con Insuficiencia renal crónica.		Desarrollo de ansiedad en pacientes con Insuficiencia renal crónica.			Explicar la relación que existe en la aparición de ansiedad en pacientes con

*Alteración del estado de ánimo deprimido en pacientes con Insuficiencia renal					Insuficiencia renal crónica.
		Desarrollo de síntomas depresivos en pacientes con Insuficiencia renal crónica.			Explicar la relación que existe en la aparición de síntomas depresivos en pacientes con Insuficiencia renal crónica.

Anexo 2
Examen Mental



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
EXAMEN MENTAL

Práctica IV

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

No. de sesión: _____ Edad del paciente: _____

1. Conducta y aspecto general:

1.1 Aspecto:

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

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

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

Forma en que pasa el día: _____

Observaciones:

1.3 Conducta motora:

- Muv. estereotipado
- Muv. lento
- Muv. rápido

- Aumento de actividad motora
- Disminución de actividad motora

2. Estado de la cognición y del sensorio:

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

3. Discurso:

- | | |
|--|---|
| <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:

____ Afecto plano	____ Afecto eutímico	____ Expansión
____ Afecto hipotímico	____ Afecto hipertímico	____ Hiperactividad
____ Labilidad emocional	____ Culpa	
____ Embotamiento	____ Miedo	
____ Depresión	____ Pánico	____ Ansiedad
____ Elación	____ Hostilidad	Otros: _____
____ Enojo	____ Calma	
____ Susplicacia	____ Aflicción	
____ Alegría	____ Perplejidad	

___ Tristeza

___ Aburrimiento

Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera:

___ Congruencia de afecto con discurso

___ Afecto al nivel de intensidad apropiado

___ ¿Expresión de verdaderos sentimientos?

7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: _____

___ Insight

Enfermedad: mental nerviosa física relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera: _____

Origen que atribuye a su problema: _____

Actitudes y expectativas: constructivas destructivas
 realistas irrealistas

8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

___ Simpatía ___ Frustración Dificultad de la entrevista: _____

___ Interés ___ Impaciencia _____

___ Tristeza ___ Enojo Observaciones: _____

___ Ansiedad ___ Otro: _____

___ Irritabilidad _____

9. Personalidad:

9.1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

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

Capacidad para hacer y mantener relaciones: _____

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

Actitud hacia su propio sexo: _____

9.2 Actitudes hacia sí mismo:

___ indulgente	___ egocéntrico	___ vano
___ histriónico	___ crítico	___ despectivo
___ preocupado	___ cohibido	___ limpio
___ minucioso	___ escrupuloso	___ negligente
___ descuidado	___ se autovalora	
___ Satisfacción consigo mismo		

Ambiciones y metas: _____

Actitudes hacia su salud: _____

Actitud hacia éxitos y fracasos: _____

9.3 Actitudes morales y religiosas:

- | | | |
|------------------|---------------------|---------------|
| ___ comprometido | ___ no comprometido | ___ crítico |
| ___ disoluto | ___ moderado | ___ permisivo |
| ___ escrupuloso | ___ conformista | ___ rebelde |
| ___ flexible | ___ rígido | |

Creencias religiosas que profesa: _____

9.4 Humor y ánimo:

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

9.5 Intereses y actividades:

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

9.6 Fantasías:

- ___ sueños repetitivos ___ sueños impresionantes ___ sueña despierto

9.7 Reacción a situaciones críticas:

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

9. 8 Rasgos del carácter:

___ pasivo ___ agresivo ___ pasivo- agresivo ___ esquizoide
___ neurótico ___ paranoide ___ psicopático ___ asténico
Otro: _____

Anexo 3
Entrevista



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
ENTREVISTA ADULTOS
Práctica IV

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Referido por: _____

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

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

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

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

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta: _____

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Actitud de los familiares en relación con su problema: _____

Consulta y tratamientos previos: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

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

Relación con las personas que convive: _____

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

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

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación?

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

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

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

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

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

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares):

Relaciones con compañeros y superiores:

Relaciones sociales y personales:

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

Espacio para la realización de genograma

Anexo 4

Test del árbol



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Protocolo de Calificación/Test del árbol

Práctica IV

Nombre:

Sexo:

F. aplicación:

Edad cronológica:

Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
Espacio		
Zona superior A	Alto	Se relaciona con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra individual).
Zona media I-C-D	Del corazón, de los afectos, de lo consciente individual, de la sensibilidad. En nuestro sistema occidental escribimos de izquierda a derecha, por lo que:	I-C: representa el pasado, el YO, que se encamina hacia lo que fue.
		C-D: el futuro, el tú, el mundo exterior.
		I-D: línea del YO hacia el tú, del egoísmo-altruismo, del pasado hacia el futuro, de lo materno-familiar hacia lo paterno-independiente.
Zona inferior B	De lo material.	Instintivo, en el cuerpo, los órganos y miembros inferiores, el infierno, infraconsciente, línea de tránsito de lo consciente a lo inconsciente.
Trazo		
Débil	Con escasa presión. El dibujante apenas osa	Siente delicadeza o debilidad de energía, Impresionabilidad al contacto con la realidad.

		afirmarse sobre la realidad objetiva que es el papel.	
	Fuerte	El lápiz es apoyado o fuerte violentamente sobre el papel.	Denota energía, mando o brutalidad.
	Rápida	Continuado y hecho en un solo gesto, para continuar con rapidez.	Impaciencia.
	Lento	Calmo, vigoroso.	Indica calma, flema, inseguridad.
	Poroso	Aparentemente continuo, pero en realidad hecho con pequeños trazos, unos sobre otros, que se unen entre si. (Fig. 2d)	Inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, incertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad.
	Entrecortado	Dejando espacios (Fig. 3e)	Sensibilidad explosiva, humor variable.
	Recto	(Fig. 2c, d) (Fig. 3c, d)	Predominio de la razón, frialdad, por menos exterior, claridad.
	Curvo	(Fig. 2b) (Fig. 3b)	Imaginación, dulzura.
	Anguloso		Preocupación de ser claro, señal de resistencia.
	Anguloso activa	Con presión fuerte.	Indica espíritu de lucha, actividad, tenacidad, claridad.
	Anguloso pasiva	Con presión débil o trazo poroso.	Señala terquedad, obstinación o impertinencia, imposición caprichosa, susceptibilidad.
Tamaño (valor del YO)			

Dibujo pequeño	Pequeño	Sentimiento de inferioridad o modestia.
Dibujo grande	Grande	Orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad.
El suelo		
Árbol sin suelo	(Fig. 8)	Significa estar desarraigado, fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad.
Suelo en forma de colina	Se evidencia y se ve mejor lo que está arriba de una colina. (Fig. 5)	La colina aparta, hace dominar la planicie, permite ver a quien llega, tranquiliza la desconfianza. Egocentrismo.
Suelo circunscrito	(Fig. 7) (Fig. 15) (Fig. 21)	Otra forma de egocentrismo menos ostensible. Desconfianza, separación, retraimiento. Fue encontrada esta forma en adolescentes con tendencia a la mentira.
Horizonte lejano	Normalmente el suelo está en la base del árbol. Cuando la línea del horizonte está sobre ella (sobre la cual está la realidad exterior). (Fig. 10)	El sujeto se alerta de la realidad, hay pasividad. D'Alfonso considera esta señal como predominio de las fuerzas vegetativas, inconscientes: instintividad. La zona inferior invade las zonas superiores.
Suelo ascendente	Subir es penoso y crea distancia. (Fig. 11)	Reserva, distancia, difícil adaptación.
Suelo descendente	Dificultad de mantenerse en línea recta.	Voluntad débil, falta firmeza.
Suelo al margen		Infantilidad, inmadurez.

Las raíces			
	Las raíces	En general, quedan debajo de la tierra y no se ven, si se dibujan es acentuar fijación al suelo. Cuanto más fuertes y profundas sean las raíces, mayor será la intensidad del rasgo. (Fig. 1)	Pesadumbre, inhibición, inmovilidad, instintividad. Tradicionalismo.
El tronco			
	Base ancha	Mayor fijación de la tierra. (Fig. 5) (Fig. 6)	Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aún hasta física (obesidad).
	Delgado	(Fig. 9) (Fig. 17)	Sentido de debilidad o delicadeza, tiene analogía con los trazos finos en la escritura.
	Grueso	(Fig. 6)	Fuerza (autoafirmación) natural o por compensación del sentido de impotencia, tendencia a la brutalidad, violencia, primitivismo.
	En una sola pieza	Desde lo alto a lo bajo (Fig. 7)	Primitivismo, indiferenciación, falta de fineza, de tacto, eventualmente, falta de inteligencia, tipo más práctico que teórico, frecuente necesidad de compensar la inseguridad interior.
	Formado por líneas rectas	Cuando está bien desarrollado.	Corrección, claridad, capacidad de abstracción. Rigidez, artificialismo.
	De líneas onduladas	Si las dos líneas del tronco se presentan así,	Sociabilidad, dulzura, contacto fuerte.

(se toma en cuenta la combinación de la curva y de la recta, según las zonas derecha e izquierda)	esas cualidades son interiores y hasta pueden manifestarse exteriormente.	
	Si la línea izquierda es ondulada y la de la derecha es recta.	Representa sensibilidad interior, cubierta por rigidez y frialdad exterior.
	Línea derecha ondulada y la izquierda recta.	Representa rigidez y frialdad interiores, cubierta por aparente sociabilidad.
El tronco con irregularidades		
Del lado izquierdo		Traumas íntimos, vulnerabilidad interior, inhibición.
Del lado derecho		Dificultad de contacto, de adaptación, conflictos con el ambiente.
Sombreado del lado derecho		Facilidad de contacto, mayor sociabilidad.
Sombreado del lado izquierdo	(Fig. 8)	Subjetividad, ensoñación, introversión.
Manchas varias (a veces simple adorno, se debe de tener en cuenta el tipo de trazo)		
Anguloso	(Fig. 11) (Fig. 13) (Fig. 18)	Dificultad en el contacto (corteza ruda).
Predominando la curva	(Fig. 13) (Fig. 17)	Facilidad de contacto con el ambiente.
Solo trazo	(Fig. 9)	Señal de primitivismo, inhabilidad general y debilidad propia de la edad.
Dilatación o reducción de diámetro		

Dilatación o reducción de diámetro	(Fig. 13)	En ambos casos significa: inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones. A veces ese estancamiento puede tener expresión física, por ejemplo estreñimiento.
Cercos alrededor del tronco		
Cercos alrededor del tronco	(Fig. 15)	Protección, apoyo, falta de confianza en sí, desconfianza en los demás, temor.
Ramas en el tronco debajo de la copa		
Ramas en el tronco debajo de la copa	Es algo ajeno, fuera de lugar.	Denota infantilidad, incongruencia.
	Si la rama se presenta cortada:	Acentuación de esa tendencia eventualmente obstinación infantil.
Tronco abierto		
Tronco abierto	(Fig. 4) (Fig. 10)	Explosividad, impulsividad, impresionabilidad. Carga y descarga instantáneas.
Copa		
Pequeña	Hasta 9 o 10 años es normal. Sobre esa edad es: (Fig. 14)	Infantilidad, inmadurez, regresión, neurótica.
Grande	“ Balón ”. (Fig. 5)	Fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición.
Yuxtapuesta al tronco sin continuidad	Falta de desarrollo normal del tronco hasta la copa, hay una interrupción, un corte, entre tronco y copa. Las energías no fluyen	Discordancia entre capacidad y acción, entre querer y hacer. Esquematismo, ilogicidad, visión corta e infantil, inadaptabilidad. Esto es normal en niños pequeños, después de los 7 años puede revelar retraso mental o neurosis infantil.

		normalmente del tronco hacia las ramas. (Fig. 6)	
	De líneas curvas	(Fig. 18)	Dulzura, imaginación, compensación afectiva.
	En espiral		Elasticidad en la comunicación y adaptación, movilidad, demasiada conversación, buen gusto, delicadeza
	En arcadas	(Fig. 12) (Fig. 18)	Sentido de la forma, presentación.
	Dividida en trozos	Las ramas envuelven para evitar el choque. (Fig. 12) (Fig. 13)	Ocultamiento de los propósitos, protección de sí mismo. Diferenciación, riqueza interior.
	En forma de rayos o varas	Es la forma opuesta a la anterior, las ramas se extienden, rígidas, en todas direcciones. (Fig. 15) (Fig. 6) (Fig. 16)	Agresión, atrevimiento, exigencia, terquedad, multiplicación de intereses, superficialidad, distracción.
	Hecha con línea en serrucho (dientes)	La mayor acentuación del ángulo dará el significado respectivo (Fig. 19)	Nerviosismo, irritabilidad.
	Por un conjunto más o menos discordante de líneas	(Fig. 19)	Actividad, agitación, ansia de vivir, capricho, espontaneidad, inconsecuencia, improvisación, ambivalencia, confusión, irrealidad.
	Sombreada	(Fig. 8)	Impresionabilidad, indeterminación, irresolución, confusión, irrealidad.

Ramas abiertas	(Fig. 13) (Fig. 15)	Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación, a la iniciativa.
Ramas en punta	(Fig. 9) (Fig. 13) (Fig. 15)	Crítica, agresividad.
Ramificación delgada	(Fig. 9)	Sensitividad, alta sensibilidad, impertinencia, susceptibilidad.
Ramas en líneas simples	(Fig. 9)	Normas en la infancia, después, por menos, una débil falta de madurez intelectual o afectiva.
Ramas en estratos	(Fig. 16) (Fig. 12)	Domesticación, corrección forzada, tendencia a la sistematización y a la técnica, rigidez.
Ramas cortadas	(Fig. 11)	Desarrollo detenido, impedido: inhibición, sentimiento de inferioridad; terquedad, resistencia, timidez.
Copa aplastada		Estar debajo de un peso, depresión, sumisión, resignación. Inhibición, falta de desarrollo.
Copa centrípeta	(Fig. 18)	Auto-centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente: armonía, plenitud interior y firmeza.
Copa pendiente a los costados del tronco	(Fig. 8) (Fig. 9)	Cansancio, depresión, falta de energía, pasividad, indecisión.
Ramas recubiertas como por una membrana	(Fig. 8) (Fig. 19)	Ocultamiento, impenetrabilidad, falsedad, indefinición.
Formas contradictorias	(Fig. 11) (Fig. 13)	Contradicción, inconsecuencia, inadaptación, terquedad, desorientación.

Ramas interrumpidas	Principalmente en líneas curvas. (Fig. 17)	Consideración, delicadeza, conceder favores a otros.
Ramas que se engrosan hacia la punta	(Fig. 13)	Indican debilidad, contradicción, violencia, primitivismo.
Formas muy curvas	(Fig. 17) (Fig. 18) (Fig. 14)	Reserva, artificialismo, domesticación, inhibición de afectos, obsesión neurótica.
Copa en conjunto		
En equilibrio	(Fig. 8) (Fig. 18)	Significa calma interior, reposo, equilibrio, artificialidad.
Lado derecho más desarrollado	(Fig. 4) (Fig. 5) (Fig. 13) (Fig. 15)	Significa iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación.
Lado izquierdo más desarrollado		Significa introversión, recogimiento, meditación y resolución.
Hojas, frutas y flores		
Hoja en la copa o en las ramas	(Fig. 7) (Fig. 15)	Vivacidad, exterioridad, ingenuidad.
Hojas que caen		Sensibilidad, distracción, olvido, donación.
Flores		Autocontemplación, ensoñación, gusto por lo efímero y accesorios.
Frutos		Utilidad, rendimiento. En la infancia y adolescencia, interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad.
Frutos que caen		Sacrificio, renuncia y cesión.

Accesorios		
Accesorios	Los nidos, aves, adornos, casa, etc. (Fig. 13)	Mundo infantil, humorismo, broma, mordacidad.
Forma en tercera dimensión		
Forma en tercera dimensión	Ramas, nudos en tercera dimensión, perspectiva. (Fig. 13)	Originalidad, capacidad productiva, atrevimiento, ambición.
Árbol partido		
Árbol partido	(Fig. 20)	Vida partida, arruinada, falta de ánimo, depresión.
Árbol caído		
Árbol caído		Vida derrumbada
Predominio del color negro		
Predominio del color negro		Significa síntomas de angustia, eventualmente pérdida de la realidad. Frecuentemente en ciertos estados psicóticos y neuróticos.

Anexo 5

Test de Persona Bajo la Lluvia



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Protocolo de Calificación/Test persona bajo la lluvia

Práctica IV

Nombre:

Sexo:

Fecha de aplicación:

Edad cronológica:

A) ANÁLISIS DE RECURSOS EXPRESIVOS

A-1) DIMENSIONES

DIBUJO PEQUEÑO	Timidez, aplastamiento, no-reconocimiento, auto desvalorización, inseguridades, temores. Retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente. Transmite sensación de encierro o incomodidad. También transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia. Inhibición, inadecuada percepción de sí mismo.	
DIBUJO GRANDE	Necesidad de mostrarse, de ser reconocido, de ser tenido en cuenta. Auto expansivo. Índice de agresividad. Teatralidad. Si es un dibujo poco flexible, existe falta de adaptación. Dibujos grandes y plásticos suelen verse en los artistas.	
DIBUJO MUY GRANDE (EN OCASIONES UTILIZANDO DOS HOJAS)	Controles internos deficientes. Auto reaseguramiento (momento de fortaleza) Inadecuada percepción de sí mismo. Ilusiones paranoides de grandiosidad que encubren sentimientos de inadecuación. Megalomanía. Posible compensación de sentimientos de inseguridad.	
DIBUJO MEDIANO	Persona bien ubicada en el espacio.	

A-2) EMPLAZAMIENTO

MARGEN DERECHO	Representa el futuro, lo consciente, el padre o la autoridad. Extravertido. Inclinación hacia lo social. Actividad, empuje, ambición, optimismo, excitación, euforia. De fácil comunicación con el otro. Confianza en el futuro (proyecto, porvenir). Impaciente, vehemente, pasional. En este margen se ubican los conflictos u obstáculos que el sujeto se crea.
MARGEN IZQUIERDO	Representa el pasado, lo inconsciente y preconsciente; lo materno y lo primario. Introversión, encerrarse en uno mismo. Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento. Lo que queda sin resolver, lo traumático.
MARGEN SUPERIOR	La ubicación en el tercio superior de la hoja indica rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual, idealista. Las figuras u objetos ubicados tocando el margen superior y, a veces, con el dibujo incompleto, indican defensas pobres, comportamientos maníacos, rasgos psicóticos. Reducción de ideales, del mundo intelectual, del razonamiento. Pobreza de ideas, estrechez de criterio.
MARGEN INFERIOR	En el tercio inferior de la hoja se representan rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico. Las figuras ubicadas en este borde, a veces inconclusas, como si no hubiera alcanzado el espacio, indican pérdida de contacto con la realidad, hundimiento. Puede deberse a depresión, enfermedad física, dependencias, adicciones.
CENTRO DE LA HOJA:	Criterio ajustado a la realidad. Equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión. Equilibrio, objetividad, control de sí mismo, reflexión. Buen uso del espacio. Posible buena representación de su esquema corporal.

A-3) TRAZOS

LINEA ARMÓNICA, ENTERA, FIRME	Persona sana	
LINEA ENTRECORTADA	Ansiedad, inseguridad. En algunos casos indica problemas respiratorios, fatiga, estrés. Necesidad de detenerse a analizar y revisar lo ya hecho. Desintegración. Posible derrumbe.	
LINEA REDONDEADA O CURVA	Rasgos femeninos. Sentido estético. Dependencia. Espíritu maternal, femineidad. Conciliador. Diplomático. Afectivo y sensible	
LINEAS TIRANTES	Tensión	
LINEAS FRAGMENTADAS O ESBOZADAS	Ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. En algunos casos representan enfermedad orgánica.	
LINEAS DESCONECTADAS	No tienen dirección intencional. Tendencias psicóticas. Dispersión del pensamiento.	
LINEA RECTA	Fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, capacidad de análisis.	
LINEA RECTA CON ONDULACIONES	Tensión, ansiedad	
LINEA RECTA CON TEMBLOR	Se asocia a cuadro orgánico, persona de avanzada edad, personas con gran angustia, adictos. El temblor es siempre un signo de decadencia de funciones.	
LINEA RECTA DEFINIDA PERO TOSCA	Tendencias agresivas	

LINEA CON ÁNGULOS, GANCHOS O PICOS	Agresividad, impaciencia, vitalidad, independencia. Dureza, tenacidad, obstinación.	
LINEAS CON ANGULOS MUY AGUDOS	Excesiva reacción emocional, hiperemotivo	
LINEAS CON CONTROL O QUE ESCAPAN DEL CONTORNO DEL DIBUJO (EN ZIGZAG)	Imposibilidad de controlar impulsos. Descontrolado. Para Bender, rasgos Psicopáticos. Agresividad violenta.	
LINEAS PEGADAS AL PAPEL (SIN LEVANTAR EL LÁPIZ) Y FORMANDO PUNTAS	Rasgo epileptoide	
LINEAS CIRCULARES CON ADORNOS	Narcisismo	
LINEAS CURVAS QUE SE RECTANGULARIZAN	No se permiten emociones, bloqueo afectivo, supresión de afectos.	

A-4) PRESIÓN

PRESIÓN NORMAL	Equilibrado, adaptado, elaborador, constante. Armonioso	
----------------	---	--

PRESION DEBIL	<p>Ejecutado con velocidad y simplificación: representa rapidez mental, originalidad, agilidad, intuición, hipersensibilidad, poco contraste, creativo, vehemente. Si se trata de un adolescente hay que compararlo con el resto de las producciones para determinar si no es por atropello (característica de esta etapa).</p> <p>Ejecutado con lentitud: Representa ansiedad, timidez, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos.</p>	
PRESION FUERTE	<p>Línea pesada y pigmentada (con mucho apoyo sobre la hoja, dejando relieve en el reverso de la hoja): Representa fuerza física, energía vital, seguridad, extraversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza, excitabilidad (diferenciar entre presión fuerte y muy fuerte). En individuos con cierto grado de evolución determina personalidad tipo líder; buenos conductores de grupo o creadores de grandes ideales. Artistas, escultores. En individuos con poca evolución indican agresividad o falta de respeto si existen problemas de psicomotricidad, ese apoyo sobre el papel es una manera de aferrarse, como buscando seguridad.</p> <p>-Línea pesada y empastada (con poco apoyo sobre la hoja, sin dejar relieve): individuos lentos, que disfrutan de la vida, sensuales, rutinarios, de poca iniciativa, poco creativos, estáticos. Según el área del dibujo que presenta desarmonía respecto al resto, ya sea por mayor o menor presión, por empastamiento o cualquier otra característica, debe ser interpretado según el área y el significado de la misma.</p>	
PRESION MUY FUERTE	Agresividad	

A-5) TIEMPO

DIFICULTAD PARA COMENZAR EL DIBUJO	Verbalizaciones previas, excusas, disculpas. Dificultad para enfrentar una tarea nueva, para tomar decisiones	
DIFICULTAD PARA CONCLUIR Y ENTREGAR EL DIBUJO	Agregado de detalles al dibujo, aparición de preguntas superfluas. dificultad para separarse del otro, para terminar el vínculo; carácter epileptoide.	
MOMENTOS DE QUIETUD	Se detiene en la ejecución del dibujo para continuarlo luego de un tiempo. Lagunas, bloqueos	
VELOCIDAD NORMAL	Dibujo espontaneo y continuo	
EJECUCIÓN LENTA Y CONTINUA	Pobreza intelectual, falta de riqueza imaginativa.	
EJECUCIÓN RÁPIDA	Agilidad, excitabilidad	
EJECUCIÓN PRECIPITADA	Generalmente descuidada o inconclusa. Atropello, hipersensibilidad o necesidad de liberarse rápidamente de los problemas	

A-6) SECUENCIA

COMENZAR POR LOS PIES	y a partir de ahí armar el dibujo, indica perturbación del pensamiento, no toma el camino adecuado para la resolución del problema	
COMENZAR POR EL PARAGUAS	indica excesiva defensa y control	
COMENZAR POR LA CABEZA	Lo esperable es que comience por la cabeza, continúe por el cuerpo y concluya con el paraguas y la lluvia	

A-7) MOVIMIENTO

RIGIDEZ	Sujeto encerrado y protegido del mundo. Despersonalizado. Se siente amenazado por el entorno. No adaptado, no tiene libertad para actuar. En los adolescentes es frecuente la rigidez por temor a desorganizarse y por temor a insertarse en el mundo de los adultos.	
MUCHA ACTIVIDAD EN EL DIBUJO	Exceso de fantasía, actitud maníaca.	
EN POSICIÓN DE CAMINAR (IZQUIERDA Y DERECHA)	Se interpreta según hacia dónde se dirige.	
REALIZANDO UNA ACCIÓN CONCRETA (DEPORTE U OTRA)	Energético. Actitud eufórica.	
EXHIBIÉNDOSE	Narcisismo	

A-8) SOMBREADOS

Ansiedad por el cuerpo según la zona que señalen y la necesidad de controlar esa parte del cuerpo o lo que ella simbolice. Suele corresponder al mecanismo de defensa "anulación".

B) ANÁLISIS DE CONTENIDO

B-1) ORIENTACION DE LA PERSONA

HACIA LA DERECHA (MARGEN DERECHO)	Comportamiento positivo. Avance hacia el futuro. necesidad de crecer. buena relación con el padre y/o autoridad. Relación con lo que se quiere ser y dirección hacia el futuro.	
HACIA LA IZQUIERDA (MARGEN IZQUIERDO)	Dirección hacia el pasado. Se refiere a sujetos que mantienen conflictos sin resolver. Algo del pasado que aún les pesa y frena su evolución. Conflictos con la madre. Necesidad de búsqueda interior.	
HACIA EL FRENTE	Dispuesto a enfrentar al mundo. Comportamiento presente	
CON ORIENTACIÓN DUBITATIVA	Ambivalencia. Tendencias obsesivas o paranoides. Falta de decisión. incoordinación. Observar especialmente hacia dónde se ubica la cabeza, lo mental y hacia donde se ubica el cuerpo, lo emocional y hacia dónde van las piernas, que son las que determinan la acción.	
DE PERFIL	Debe tenerse en cuenta si se orienta hacia derecha o izquierda. Persona que no va de frente, que necesita buscar refugio. Evasión	
DE ESPALDAS	Deseo de no ser controlado socialmente, de pasar inadvertido, afectos e intenciones ocultas. Se apartan del medio; opositoristas, introvertidos. pre-psicóticos, depresivos, rasgos de psicopatía. Revela la existencia de un problema en el área de la identificación psicosexual. Deseo de ser otro. Ocultamiento.	
DIBUJOS MUY A LA IZQUIERDA	Acción bloqueada. Personalidad esquizoide. Dependencia e idealismo.	

DIBUJO MUY A LA DERECHA Y ABAJO	Decepción, resignación, depresión. Freno al crecimiento espiritual y psíquico. Hundimiento.	
PERSONA VISTA DESDE ARRIBA	Toma de distancia del entorno. Postura de investigador. Sentimientos compensatorios de superioridad. No se involucra en la búsqueda de soluciones pero si juzga las situaciones. Actitud opositorista.	
PERSONA VISTA DESDE LEJOS	Aquellas que se sienten rechazadas o desvalorizadas. Sentimientos de inferioridad. Inaccesibles. No pueden hacer frente a la situación cotidiana. No se involucran, no opinan.	
PERSONA INCLINADA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.	
PERSONA INCONCLUSA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.	

B-2) POSTURAS

SENTADO	Amante de la tranquilidad, buen negociador, suele ser persona diplomática, que no se juega, falta de pasión, abatimiento. Puede estar representando una enfermedad física: no puede	
ACOSTADO	Escasa vitalidad. Desesperanza. Las personas con impedimentos físicos pueden dibujar personas sentadas o acostadas. en estos casos significa aceptación de la limitación.	
ARRODILLADO	Sumisión, debilidad, esclavitud. Sentimientos de inferioridad. masoquismo, resignación	

B-3) BORRADOS EN EL DIBUJO

En forma excesiva	el borrar indica incertidumbre, auto insatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad, conflicto. Los alcohólicos, drogadictos y regresivos no utilizan goma de borrar sino que corrigen repasando las líneas del dibujo. El borrar es una manera de anular una parte del cuerpo.	
REPASO DE LINEAS, TACHADURAS, LINEAS INCOMPLETAS	Alto monto de ansiedad. Le resulta difícil planificar la tarea. Bajo nivel de tolerancia a la frustración.	

B-4) DETALLES ACCESORIOS Y SU UBICACIÓN

ANTEOJOS	En la persona que no los usa habitualmente, indica ocultamiento, curiosidad sexual, voyeurismo	
BASTON, PIPA	Fantasías sexuales	
OBJETOS POR DEBAJO DE LA PERSONA	Por debajo de la persona se extiende el contenido inconsciente. Inconsciente movilizado. El sujeto es dependiente de presiones instintivas, a veces homosexualidad.	
OBJETOS A LA DERECHA DE LA PERSONA	Representan los obstáculos que él mismo se pone para avanzar en la vida. Temer o no querer asumir responsabilidades.	
OBJETOS A LA IZQUIERDA DE LA PERSONA	Indican hechos o acontecimientos que quedaron sin resolver.	
OBJETOS POR SOBRE LA PERSONA	La interpretación está especialmente asociada a la calidad de los objetos que se dibujan. Representan presiones, restricciones,	

	ideales, fantasías, necesidades de protección, autoridad, conductas fóbicas	
DIBUJO DE VARIAS PERSONAS	En algunos casos, poco frecuentes, algunos sujetos dibujan mas de una persona, como mostrando que necesitan del apoyo de otros (objeto contrafóbico) para seguir adelante.	
PERSONA ENCERRADA ENTRE LINEAS	Necesidad de ser contenido por el medio ambiente. Poca capacidad para crecer. Bloqueado. A veces rasgos obsesivos. Poca capacidad para ocupar espacios.	
NUVES	Presión, amenaza. Hay que tener en cuenta el número de las mismas pues a veces representan figuras parentales. Pueden representar tendencias auto agresivas o dolencias psicósomáticas (nubes infladas)	
LLUVIA	Representa la hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto	
LLUVIA TORRENCIAL	Mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay defensa que alcance.	
LUVIA ESCASA	Persona que se siente con posibilidades de defenderse frente a las presiones ambientales.	
GOTAS COMO LAGRIMAS	Angustia	
SIN LLUVIA	Oposicionismo, persona manipuladora. Tendencia a negar las presiones -y los conflictos- del medio.	
LLUVIA EN SOLO UN LUGAR	Se debe analizar sobre qué lugar dibuja la lluvia.	
RAYOS	Presión que sacude al sujeto	
CHARCO	Suele representar sufrimiento fetal y acontecimientos traumáticos ocurridos	

	a la madre embarazada. Abarca, también, el nacimiento y los primeros años de vida, tales como nacimiento prematuro, cesárea, fórceps, convulsiones, accidentes, etc.	
CHARCO DE AGUA	Bajo los pies, a la izquierda, a la derecha. Sufrimiento fetal	
OBJETOS INNANIMADOS Y ADORNADOS	Obstáculos. Debe analizarse la ubicación de los mismos.	
ANIMALES	Objetos acompañantes, dependencia, necesidad de protección, sentimiento de soledad.	
ARBOLES, PLANTAS, FLORES	Aunque generalmente funcionan también como obstáculos, hay que detenerse en el análisis de estos dibujos	
EL SOL Y/O LA LUNA	Representan a la autoridad adulta, controladora o de apoyo parental. Fijación de límites.	

B-5) VESTIMENTA

BOLSILLOS	Son órganos receptivos. En los varones, dependencia materna, conflicto homosexual. En mujeres, posible comportamiento histérico -sin confirmar-. Conflicto interior, sexual, sentimiento de culpa.	
BOTONES	Inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, preocupación somática. Un solo botón: apego al vínculo materno	
BOTAS	Sobre comprensión, reafirmación de la decisión.	
TRANSPARENCIAS	Angustia frente al cuerpo. A veces indica daño neurológico, lesión cerebral, intoxicación, organicidad. Preocupación por la parte del cuerpo rebelada. Poco criterio. Conducta actuadora.	
DETALLE DE ROPA SIN TERMINAR	Sentimientos de inadecuación.	

CORBATAS	Signo sexual. Debilidad	
ZAPATOS	Muy marcados, conflicto sexual. Con cordones: impulsos sexuales. Frecuente en adolescentes	
ZAPATOS EN PUNTA, CON TACOS	Agresión	

B-6) PARAGUAS COMO DEFENSA

PARAGUAS CUBRIENDO MEDIA CABEZA	Retraimiento, escape, ocultamiento, recorte de la percepción.	
AUSENCIA DE PARAGUAS	Falta de defensas. Cuando la ausencia de paraguas se acompaña con una figura humana de anchos hombros, implica que es una persona que se defiende con su cuerpo, que "apechuga", que se expone y corre riesgos.	
PARAGUAS HACIA LA DERECHA	Se defiende del ambiente. Temor a lo social. Desconfianza hacia las personas que lo rodean. Defensa por temor al padre y/o autoridad	
PARAGUAS HACIA LA IZQUIERDA:	Se defiende de la figura materna, de los deseos edípicos y las pulsiones infantiles.	
PARAGUAS CUBRIENDO ADECUADAMENTE A LA PERSONA	Implica defensas sanas, sentimiento de adecuación, confianza en sí mismo, seguridad. Saber afrontar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, capacidad de prever.	
PARAGUAS MUY GRANDE RESPECTO AL TAMAÑO DE LA	Excesiva protección y defensa, aunque se encuentre bien ubicado. Recortamiento del medio y distancia con el entorno. Poco criterio	

PERSONA DIBUJADA		
PARAGUAS MUY CHICO RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Defensas lábiles. Deja a la persona casi expuesta a las presiones del medio. Tanto en el paraguas muy grande o muy chico respecto al tamaño de la persona, es señal de conflicto , perturbación sexual, dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad.	
PARAGUAS CERRADO	Resignación. Bajar la guardia, dejar que otro lo defienda, que tome su lugar en la defensa. Sin fuerzas para luchar. En ocasiones puede indicar que están terminándose los problemas, que se está en las últimas preocupaciones (las últimas gotas de lluvia).	
PARAGUAS CERRADO Y EN EL PISO	La persona cierra el paraguas porque siente que cuenta ya con poca energía para defenderse, que en su situación vital ya queda poco tiempo más de lluvia -presión ambiental-, que sostener el paraguas es ya un esfuerzo excesivo. En ocasiones implica enfermedad terminal.	
PARAGUAS VOLANDO	Defensa lábil. Yo muy débil. Preocupaciones	
PARAGUAS Y NUBES FUSIONADOS	Contaminación. Índice de esquizofrenia. Ideas confusas.	
PARAGUAS CON AGUJEROS	Fabulación. Psicopatía. Enfermedad orgánica	
PARAGUAS CON DIBUJOS	En muchos casos hemos registrado que se trataba de personas con enfermedades orgánicas.	
PARAGUAS COMO SOMBRERO	Confusión de ideas.	
PARAGUAS TIPO LANZA	Recurre a la agresión como defensa	

PARAGUAS EN EL QUE SE REMARCAN LAS VARILLAS	Fabulación. Crea historias falsas. Se miente.	
MANGO DE PARAGUAS REMARCADO	Falta de plasticidad. Necesidad de aferrarse a algo aunque sin saber si le sirve como defensa.	
MANGO DE PARAGUAS DEBIL	Defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse.	

B-7) REEMPLAZO DEL PARAGUAS POR OTROS ELEMENTOS

ALEROS Y TECHOS	Persona que no emplea defensas adecuadas. Actitud dependiente. Busca que otros resuelvan sus problemas.	
DETRAS DE UNA VENTANA	Falta de compromiso con el medio. Pasividad. Alejamiento.	
DENTRO DE UNA CAVERNA O MONTAÑA	Dependencia materna	
UTILIZACIÓN DE PAPEL A MODO DE PARAGUAS	Defensa pobre, que se desarma a poco de utilizarla. Poco sentido práctico para defenderse	
UTILIZACIÓN DE LA MANO COMO PARAGUAS	Actitud de omnipotencia. Más frecuente en adolescentes.	

B-8) PARTES DEL CUERPO

CABEZA	ser lo primero que se dibuje. Es la localización del yo. Centro de todos	
--------	--	--

	los estímulos. Poder intelectual, poder social o dominio. Si dibuja en primer término las piernas y los pies, indica desaliento, depresión	
DIBUO DE LA CABEZA SOLAMENTE	Disociación cuerpo-mente. Se defiende con el pensamiento.	
CABEZA GRANDE, DESPROPORCIONADA CON RESPECTO AL CUERPO	Indica deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseveración de ideas.	
CABEZA TRONCHADA	Limitación de la capacidad de simbolizar	
CARA	Es el contacto social, lo que se muestra. Sin dibujo de rasgos: desconocimiento de sí mismo, problemas de identidad.	
OJOS SIN PUPILAS	Inmadurez emocional, egocentrismo. Negación de sí mismo o del mundo. Dependencia materna. Vaciedad	
OJOS MUY MARCADOS	Rasgos paranoides	
OJOS BIZCOS	Rebeldía, hostilidad hacia los demás	
OJOS CERRADOS	De menor patología que el ojo sin pupila. Narcisismo.	
OJOS COMO PUNTOS	Retraimiento. Inseguridad	
OJOS CON PESTAÑAS	En hombre, afeminamiento. En mujeres, seducción	
OJOS EN V	Agresión	
BOCA		
UNA LÍNEA RECTA ÚNICA	Tendencia verbal sádico-agresiva.	
UNA LINEA CONVEXA ÚNICA	Amargura	
BOCA ABIERTA O ROTA	Dificultad de introyecciones adecuadas	

LABIOS MARCADOS	Dependencia oral	
LABIOS PINTADOS	Carácter femenino	
DIENTES	Agresividad oral. Conflicto sexual.	
CEJAS MUY MARCADAS	Agresividad.	
NARIZ MUY MARCADA	Virilidad, símbolo fálico. Agujeros en la nariz: agresividad, husmear. Problemas respiratorios. Alucinaciones olfativas	
OREJAS	Preocupación por críticas y opiniones de otros. Puede reflejar deficiencia en la audición, alucinaciones auditivas.	
MENTÓN	Energía de carácter	
.MENTON SOMBREADO	Tendencia a dominar, a ejercer el poder	
MENTON MUY SOMBREADO	Índice de conflicto con el medio.	
CUELLO	Parte del cuerpo que coordina lo que se siente -cuerpo- con lo que se piensa -cabeza-. Puede dar sensación de comodidad y confianza.	
CUELLO ANGOSTO	Depresión	
CUELLO GRUESO	Sentimiento de inmovilidad	
CUELLO LARGO	Arrogancia. Desarmonía entre el intelecto y la emoción. Incoordinación.	
CUELLO INMOVILIZADO POR COLLAR, POLERA O YESO	Inhibición sexual	
CABELLO	Potencia sexual, vitalidad. Signo de virilidad, de apasionamiento y seducción.	

CABELLO MUY SOMBREADO O SUCIO	Regresión anal-expulsiva	
CABELLOS EN PUNTA	Agresión	
CABELLO CON RAYA AL MEDIO	Indicador de identificación femenina y resolución del conflicto por medio de mecanismos compulsivos-obsesivos y narcisistas	
ADORNOS EN EL CABELLO (MOÑOS, HEBILLAS, ETC.)	Indicador de control.	
CUERPO CUADRADO	Primitivismo, debilidad mental	
CUERPO ESTRECHO	Disconforme con su propio cuerpo. Conflicto en el esquema corporal. En algunos casos, astigmatismo	
DIBUJO DEL CUERPO CON PALOTES	Signo de evasión. Falta de compromiso. Infantilismo. No darse a conocer.	
OMISIÓN DE TRONCO	Necesidad de reprimir o negar impulsos corporales.	
HOMBROS	Fachada de seguridad, sobre compensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario	
HOMBROS MUY GRANDES Y MUSCULOSOS	Ambivalencia sexual	
CADERAS	En la mujer, deseo de maternidad. En el hombre, conflicto homosexual.	
CINTURA	Es la frontera entre lo sexual y lo emocional. Cinturones y adornos que remarcan la cintura, intento de controlar lo instintivo. Seducción.	
CINTURA ESTRECHA	Es común en adolescentes. Significa restricción forzada de impulsos.	
ASIMETRÍA DE	Impulsividad, coordinación pobre. Falta de equilibrio.	

BRAZOS LARGOS Y FUERTES	Expresión de ambición. Deseo de incorporar el mundo, de aprisionarlo, de contenerlo.	
BRAZOS ONDULANTES	Sujetos con problemas respiratorios	
SIN BRAZOS	Abandono del mundo objetal. Retracción de la libido. Según el resto del dibujo, puede implicar tendencia al hurto. Esquizofrénicos y depresiones severas	
BRAZOS PEGADOS AL CUERPO	Dificultad para contactarse. Reservado, retraído. Rigidez, falta de plasticidad. Temor a manifestar impulsos hostiles. Control excesivo sobre los impulsos. Falta de adaptación. En el caso de psicóticos, lo hacen para protegerse de ataques del ambiente.	
MANOS Y DEDOS	Manipulación, contacto con objetos, confianza, agresividad, eficiencia, culpa. Las manos indican la capacidad de tomar el mundo, de orientarse hacia él. La ausencia de manos indica lo contrario: represión de impulsos, retracción	
MANO DIBUJADA EN FORMA INCONCLUSA	Sentimiento de culpa	
MANOS OCULTAS	Evasión de problemas	
SIN MANOS	Negación de dar y/o recibir. Egoísmo	
DIBUJO DE LA PALMA DE LA MANO Y LOS DEDOS	En adultos, regresión	
MANOS ENGUANTADAS	Indicador de control. Frecuente en adolescentes. Disimulo	
DEDOS UNIDOS COMO MANOPLAS:	Torpeza. Falta de sutileza	
DEDOS TIPO GARRA	Forma aguerrida de enfrentar al mundo. Agresión, egocentrismo, Posesividad.	

DEDOS DIBUJADOS COMO LÍNEAS RECTAS	Agresión por falta de amor	
PUÑO CERRADO	Fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas. Beligerancia, retracción	
PIES	Símbolo sexual	
SIN PIES	Desaliento, abatimiento, falta de ilusión. Tristeza, resignación. Es el que "no llega nunca". Falta de confianza en sí mismo. Inseguridad.	
PIES PEQUEÑOS	Inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas	
DESARMONÍA EN LOS PIES	Cuando en los hombres coincide la desarmonía pie izquierdo - brazo izquierdo respecto al lateral derecho, indica conflicto homosexual	
PIES DESCALZOS	Deseo de mantenerse infantil. No querer realizar esfuerzos	
ARTICULACIONES VISIBLES	Sentimiento de desintegración. Deficiencias orgánicas en el área correspondiente.	
PIERNAS LARGAS	Lucha por la autonomía, deseo de independencia	
PIERNAS RELLENAS O GRUESAS	Sentimiento de inmovilidad	
DOBLE LINEA DE APOYO DEBAJO DE LOS PIES	Signo de obsesividad. Puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado. Exagerada necesidad de apoyo.	
DIBUJO ALTO, ESBELTO	Deseo de sobresalir, de mejorar. Orgullo, vanidad, soberbia.	
FIGURA CON MUCHA MUSCULATURA	Narcisismo	

B-09) IDENTIDAD SEXUAL

FIGURA DESNUDA	Exhibicionismo, psicopatía	
PERSONA BAJO LA DUCHA	Narcisismo, exhibicionismo. Histeria	

B-10) EL DIBUJO DE UN PERSONAJE Y NO DE UNA PERSONA

TITERES Y MARIONETAS, CARICATURAS	Vivencia de ridículo, burla, extrañeza frente al propio cuerpo.	
PERSONAS DISFRAZADAS	Ocultamiento. A veces homosexualidad. Debe analizarse el tipo de disfraz elegido para el dibujo	
PERSONAJE TIPO ROBOT	Despersonalización	
DIBUJO DE PAYASO O DE PERSONAJE DE HISTORIETA	Auto hostilidad y se da generalmente en adolescentes. Ocultamiento	



Anexo 5

Test de la Familia

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Protocolo de Calificación/Test de la familia

FI, FR & F-F-D

Práctica IV

Nombre:

Sexo:

F. aplicación:

Edad cronológica:

PLANO GRÁFICO

FI	FR	KFD	TRAZO	
			Trazo fuerte	Pulsiones poderosas, audacia, violencia
			Trazo débil	Delicadeza de sentimientos, timidez. Inhibición de los instintos
			Borraduras	Ansiedad en área borrada y conflictos emocionales representados en el área.
			Trazos amplios	Expansión vital y fácil extroversión de las tendencias.
			Trazos cortos	Inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo.
			Ritmo constante (estereotipia)	Ha perdido una parte de su espontaneidad; vive apegado a las reglas, y también puede indicar rasgos de carácter obsesivo.
			Trazo recto	Determinación, decisión, asertividad.
			Trazo curvo	Sentimientos, emoción, aspectos femeninos.
			Zig –zag	Agresividad.
			Todas direcciones	Impulsividad, inmadurez.

			Esquiciadas	Conflicto, desajuste emocional, inseguridad; inadecuación. Dificultades motoras.
			Borraduras	Ansiedad generalmente asociado al área que borra y conflictos emocionales.
FI	FR	KFD	ESPACIO	
			Sector inferior de la página	Instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía. Significa lo concreto, lo sólido.
			Sector superior de la página	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas. Representa el mundo de la fantasía, las ideas y tendencias espirituales.
			Sector izquierdo de la página	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas.
			Sector derecho de la página	Puede corresponder a las metas en relación con el futuro.
			Centro	Zona normal; se encuentra ubicado y en contacto con la realidad.
FI	FR	KFD	DISPOSICIÓN DE LAS LÍNEAS	
			Tipo sensorial (espontáneo)	Por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de la vida; características femeninas. Sensible, necesidad de aprobación, imaginativo, espontáneo e inseguro.
			Tipo racional	Dibujan líneas rectas y ángulos; dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas.

PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES
			Integración pobre de las partes. 7 â varones / 6 â niñas. Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales.
			Grosera asimetría de las extremidades: Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica.
			Inclinación de la figura en 15° o más: Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general; sistema nervioso inestable o una personalidad lábil. Al niño le falta una base firme.
			Transparencias: Impulsividad, inmadurez y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras.
			TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS
			Grande: Responden de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente. Inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo (normal en edades tempranas).
			Pequeño: Se asocia c/sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe ambiente amenazante y se inhibe ante él.
			VALORIZACIÓN / RELACIONES / JERARQUÍA
			Dibujado de primero: admira, envidia o teme; se identifica con él.

	Dibujado con más detalles: figura valorizada.
	Dibujado con menos detalles o de último o a una distancia de las otras figuras: figura desvalorizada; ansiedad y problemas emocionales asociados con la figura.
	Miembro ausente: muerte, ausencia física /emocional, desvalorización; niega una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico.
	Personajes nuevos: valorización de éste personaje o personaje que se intromete al núcleo familiar.
	Héroe(s) en el dibujo: identificación con esta figura.
	Tamaño de los padres desproporcionado: sobre valoración (si son más grandes). Desvalorización si son marcadamente más pequeños.
	Distancia física entre los personajes: refleja la distancia emocional existente entre los mismos.
	Planos diferentes: falta de comunicación, al menos que se justifiquen por un número elevado de personajes y/o manejados en forma jerárquica.
	Personajes en contacto: comunicación entre los miembros de la familia.
	Poco o nada de espacio entre los miembros: “enmeshment”; falta de individuación.
	Familia de animalitos: inadecuación con respecto a la familia.
	Compartimentalización (espacios emocionales): desviación del afecto, aislamiento de los miembros, falta de comunicación, baja emocionalidad.
	Encapsulación (“jaula”): personaje encapsulado se protege del ambiente. Protege a los demás del personaje encapsulado. (Depende del contexto).
	Dobleces: ver “compartimentalización”.
	Marginación: no involucrarse con nadie, inadecuación, inseguridad, falta de comunicación.

			Tamaño de los niños igual al tamaño de los padres: falta de jerarquía familiar.
			Figuras de palitos: evasión, resistencia (de 6 - 7 años en adelante).
			Monstruos o figuras grotescas: sentimientos de intensa inadecuación y un pobre concepto de sí mismo; tiende a percibirse distinto a los demás. Importante determinar el contenido y simbolismo de la figura. Hay que tomar en cuenta las experiencias recientes (T. V., muerte en la familia, accidente de tránsito, etc.)
			Figuras rotadas o por la espalda: inadecuación, sentimientos de inferioridad.
			Payasos o vagabundos: considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados.
FI	FR	KFD	CABEZA / CARA / CUELLO
			Cabeza pequeña: niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual.
			Cabeza grande: preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.
			Pelo enfatizado: preocupación por rendimiento académico intelectual.
			Orejas demasiado grandes: posible abuso verbal, preocupados por lo que hablan los demás.
			Omisión de rasgos faciales: desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales.
			Omisión de los rasgos faciales y dibujo pequeño: perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.
			Sombreado de cara: (muy inusual). Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niños manifiestamente agresivos y que

			roban. A mayor área de la cara que se encuentra sombreada existe mayor patología.
			Omisión de ojos: aislados socialmente, niegan problemas, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantasía.
			Omisión de orejas: no querer oír cosas del exterior.
			Ojos bizcos: niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Parece indicar que para el niño las cosas están fuera de foco; no ve el mundo de la misma manera que los demás.
			Omisión de nariz: pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas psicossomáticos. Con fuertes sentimientos de inmovilidad
			Omisión de boca: refleja sentimientos de angustia, inseguridad y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente, pues el niño simbólicamente no quiere recibir nada de los demás; rechazo a comunicarse. Sugiere asma. Incapacidad o rechazo a comunicarse con los demás. Alta incidencia de miedo, angustia generalizada, perfeccionismo y depresión.
			Boca grande: necesidades orales. Posible abuso verbal: “cry for help”.
			Dientes: niños muy agresivos, es necesario sumarle otros ítems emocionales.
			Omisión de cuello: 10 años varones / 9 años niñas. Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
			Sombreado de cuello: 8 años varones / 7 años niñas Esfuerzo por controlar impulsos. Algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación mientras que otros niños vacilan entre impulsividad el hipercontrol yendo de un extremo a otro.
FI	FR	KFD	TRONCO / VESTUARIO
			Omisión de cuerpo: Serio signo de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo; disfunción cerebral o una

			aguda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por miedo a la castración o posible abuso sexual.
			Sombreado de cuerpo: 8 años varones / 9 años niñas Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicósomáticos.
			Transparencias: ansiedad con respecto al área dibujada con transparencia (en caso de enfermedad por ejemplo) o posible daño neurológico.
			Senos, ombligo, órganos genitales: signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos. Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual.
			Flores dibujadas en la falda: feminidad pero con cierta ansiedad hacia desarrollo sexual.
			Traje de disfraz: necesario ver de qué es el disfraz y tomar en cuenta el contexto.
			Parches: ansiedad con la parte del cuerpo en que se encuentra el parche.
FI	FR	KFD	BRAZOS Y MANOS
			Omisión de brazos: Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptadas que implican las manos o los brazos, por ejemplo robar.
			Sombreado de brazos: 8ª. Varones / 9ª. Niñas. Se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos. Robo o masturbación.
			Brazos cortos: Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Tendencia hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos.
			Brazos largos: Agresión dirigido hacia fuera. También indica que el niño logra hacer conexión con lo que lo rodea. Expansividad.

			Brazos pegados al cuerpo: Control interno rígido y dificultad par relacionarse con los demás.
			Sombreado de manos: 8ª. Varones/ 7ª. Niñas Angustia por actividad real o fantaseada con las manos.
			Manos grandes: Conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos (robo)
			Manos seccionadas: (brazos sin manos ni dedos), dificultad en el contacto con los demás. Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de castración.
			Manos escondidas: culpa de agresión física o conductas masturbatorias.
			Dedos como garras o uñas marcadas: agresividad.
FI	FR	KFD	PIERNAS Y PIES
			Omisión de piernas: Refleja intensa angustia e inseguridad, aunque sería importante observar la manera en que se omiten las piernas. Se observa que los niños se refugian en la fantasía.
			Piernas juntas: Tensión, rigidez, dificultad en el control de los impulsos. Temor a sufrir ataque sexual (solo si existen indicadores de apoyo)
			Omisión de pies: 9ª. Varones/ 7ª. Niñas. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.
FI	FR	KFD	ASPECTOS AMBIENTALES
			Líneas sobre las figuras: presión del ambiente, preocupación, inseguridad
			Sol: luz, calor, presencia paternal.
			Nubes tapando el solo en medio del sol: sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre:

			cariño y presión.
			Nubes, lluvia o nieve: Niños ansiosos que se sienten presionados por su ambiente, por sus padres. Implso agresivo dirigido hacia sí mismo. Trastornos psicossomáticos.
			Sol entre montañas u ocultándose: presencia paternal y presión.
			Lluvia: sentimientos depresivos.
			Estrellas: privación emocional o física.
			Línea base: dependencia, inseguridad. Cuanto más gruesa, mayor es la inestabilidad y la inseguridad.
			Caminito: separación: separa lo que está en ambos lados del camino.
			Flores: amor, belleza, crecimiento.
FI	FR	KFD	ANIMALES
			Inclusión de animales salvajes: Necesidades orales-agresivas
			Inclusión de animales domésticos: Necesidades orales-pasivas.
			Mariposas: amor romántico y platónico; sentido estético (belleza).
			Gatos (en mujeres): conflictos de identificación con la madre.
			Gatos peludos con garras y colmillos: agresividad, conflicto de ambivalencia en el afecto.
FI	FR	KFD	OTROS SÍMBOLOS
			Agua: depresión, sentimientos depresivos relativos a la persona que está en el agua.
			Bayas: agresividad.
			Bicicleta y motos: masculinidad (poder).
			Cama: depresión.
			Corazón: amor.

			Cortadora de grama o instrumentos punzo-cortantes: agresividad o temor a ella.
			Cuerda de saltar: ver “encapsulación”.
			Cunas: síndrome de recién nacido.
			Escaleras: tensión, pobre equilibrio.
			Escoba: vinculada con madre obsesiva compulsiva o la madre “bruja”.
			Fuego: ambivalencia (amor / odio).
			Globos y barriletes: necesidad o deseo de libertad, independencia.
			Gradas en una casa: estatus, ascender, solidez y estabilidad.
			Lámparas: ternura y amor.
			Pelota: pode, agresividad.
			Piedras: obstáculos o línea base.
			Refrigeradora: privación oral.
			Tambores: desplazamiento de la cólera.
			Tren: poder.
			“X”: zonas de prohibición.

Anexo 6

WHODAS 2.0



WHODAS 2.0
CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Administrada - Entrevista

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D1.6	Iniciar o mantener una conversación?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D2.3	Moverse dentro de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D2.4	Salir de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D3.2	Vestirse?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D3.3	Comer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D3.4	Estar solo(a) durante unos días?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

D4.2	Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D4.4	Hacer nuevos amigos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D4.5	Tener relaciones sexuales?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus <u>quehaceres</u> de la casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.3	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
Debido a su "condición de salud", en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo tan <u>rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas y otras)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con <u>dignidad (o respeto)</u> debido a las actitudes y	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D6.5	Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido <u>su familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días _____				
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____				

H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____
----	--	-------------------------------

Anexo 7

Escala de Hamilton para Ansiedad

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Nombre del Paciente _____

Nombre del Médico _____ Edad _____

INSTRUCCIONES

Califique según la intensidad de los síntomas del paciente de acuerdo con el siguiente rango de puntuación. Por favor, marque con una X el nivel en el que se encuentra.

AUSENTE = 0 LEVE = 1 MODERADA = 2 SEVERA = 3 GRAVE o INCAPACITADO = 4

RUBRO	SINTOMAS	PUNTUACIÓN
1. HUMOR ANSIOSO	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0 1 2 3 4
2. TENSIÓN	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad de relajarse	0 1 2 3 4
3. MIEDOS	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	0 1 2 3 4
4. INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. FUNCIONES INTELECTUALES	Dificultad en la concentración, mala memoria	0 1 2 3 4
6. HUMOR DEPRESIVO	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0 1 2 3 4
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS (MUSCULARES)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado	0 1 2 3 4
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0 1 2 3 4
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles	0 1 2 3 4
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	Peso o presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0 1 2 3 4
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento	0 1 2 3 4
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, disfunción eréctil	0 1 2 3 4

Wyeth

EFEXOR XR
(venlafaxina de liberación prolongada)

13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0 1 2 3 4
14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos	0 1 2 3 4

RUBRO	CALIFICACIÓN	RUBRO	CALIFICACIÓN
Ansiedad		Somático (sensorial)	
Tensión		Síntomas cardiovasculares	
Temores		Síntomas respiratorios	
Insomnio (cognoscitivo)		Síntomas gastrointestinales	
Intelectual		Síntomas genitourinarios	
Afecto depresivo		Síntomas autonómicos	
Somático (muscular)		Comportamiento ante la entrevista	

A partir de 16 puntos de calificación se considera la existencia de un cuadro ansioso de moderada intensidad que amerita tratamiento.

Wyeth

CLAVE 4488
VENLAFAXINA
75 mg

Anexo 8

Escala de Hamilton para Depresión

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN			
Nombre del Paciente			
Nombre del Médico		Edad	
RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
1. ÁNIMO DEPRIMIDO	0-4	0 = ausente 1 = lo indica sólo si se le pregunta 2 = lo indica de manera espontánea	3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto 4 = expresión verbal y no verbal
2. SENTIMIENTOS DE CULPA	0-4	0 = ausentes 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados	3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes
3. SUICIDIO	0-4	0 = ausente 1 = siente que no vale la pena vivir 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte	3 = ideas o gestos suicidas 4 = intentos de suicidio
4. INSOMNIO INICIAL	0-2	0 = sin dificultad para dormir 1 = dificultad ocasional para dormir (más de media hora)	2 = dificultad para dormir cada noche
5. INSOMNIO MEDIO	0-2	0 = sin dificultad 1 = inquieto y alterado por la noche	2 = se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2 (excepto si es para ir al baño)
6. INSOMNIO TERMINAL	0-2	0 = sin dificultad 1 = se despierta en la madrugada pero regresa a dormir	2 = incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama
7. TRABAJO Y ACTIVIDADES	0-4	0 = sin dificultad 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades)	3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda
8. RETARDO	0-4	<i>Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora</i> 0 = habla y pensamiento normales 1 = ligero retraso 2 = retraso obvio en la entrevista	3 = entrevista difícil 4 = completo estupor
9. AGITACIÓN	0-4	0 = ninguna 1 = intranquilidad 2 = "juega" con las manos, el cabello etc.	3 = continuo movimiento, no puede quedarse quieto 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios
10. ANSIEDAD PSÍQUICA	0-4	0 = sin dificultad 1 = tensión e irritabilidad subjetivas 2 = se preocupa por detalles	3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla 4 = expresa sus temores sin que se lo pregunten

Wyeth

EFEXOR XR
propiloxifen de liberación prolongada

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
11. ANSIEDAD SOMÁTICA	0-4	Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. GASTROINTESTINALES: boca seca, flatulencias, diarrea, cólicos, eructos. CARDIOVASCULARES: palpitaciones, cefalea. RESPIRATORIOS: hiperventilación, suspiros. OTROS: micción frecuente, sudoración. 0 = ausente 1 = leve 2 = moderada 3 = severa 4 = incapacitante	
12. SOMÁTICO GASTRO-INTestinal	0-2	0 = ninguno 1 = pérdida del apetito, pero come sin estímulo por parte del personal; sensación de pesadez abdominal 2 = dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales	
13. SOMÁTICO GENERAL	0-2	0 = ninguno 1 = pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil 2 = cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2	
14. GENITAL	0-2	Disminución de la libido y alteraciones menstruales 0 = ninguno 1 = leves 2 = severos	
15. HIPOCONDRIASIS	0-4	0 = ausente 1 = auto-absorción corporal 2 = se preocupa por su salud 3 = se queja frecuentemente, solicita ayuda 4 = delirios hipocondríacos	
16. INSIGHT (INTUICIÓN)	0-2	0 = reconoce estar deprimido y enfermo 1 = reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2 = niega por completo estar enfermo	
17. PÉRDIDA DE PESO	0-2	0 = sin pérdida de peso 1 = pérdida de peso ligera o dudosa 2 = pérdida de peso obvia o severa	
TOTAL			
VARIACIÓN DIURNA	0-2	0 = sin variación 1 = presencia dudosa de variación diurna 2 = presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la tarde	
DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN	0-4	Sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas 0 = ausente 1 = leve 2 = moderada 3 = severa 4 = incapacitante	
SÍNTOMAS PARANOIDES	0-4	0 = ninguno 1 = sospechoso 2 = ideas de referencia 3 = delirios de referencia 4 = delirios de persecución	
SÍNTOMAS OBSEIVOS	0-2	0 = ausentes 1 = leves 2 = severos	

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros. De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.

Por otro lado, conviene destacar que ésta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos.

En estos casos, es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un período determinado de tratamiento. Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción del 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

Wyeth

CLAVE 4488
VENLAFAXINA
75 mg