

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



Estudio de caso sobre incesto infantil en una adolescente de 14 años
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ana Margarita Herman Lembke

Guatemala, julio 2016

Estudio de caso sobre incesto infantil en una adolescente de 14 años

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Ana Margarita Herman Lembke

M. Sc. Anabella Cerezo de García (**Asesora**)

Licda. María Edith Manzano Figueroa (**Revisora**)

Guatemala, julio 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cóbar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Ana Margarita Herman Lembke*

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

DICTAMEN: Mes de Julio 2016

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

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



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala doce de diciembre del dos mil quince.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso sobre incesto infantil en una adolescente de 14 años”**. Presentada por la estudiante: **Ana Margarita Herman Lembke**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen ~~favorable~~ para que continúe con el proceso correspondiente.


M. Sc. Anabella Cerezo de García
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala mes junio del año 2016.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso sobre incesto infantil en una adolescente de 14 años”**. Presentado por el (la) estudiante: **Ana Margarita Herman Lembke**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. ~~María Edith Manzano Figueroa~~
Revisor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ECUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes julio de 2016.-----

*En virtud de que El informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estudio de caso sobre incesto infantil en una adolescente de 14 años", presentado por: Ana Margarita Herman Lembke, previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	5
1.8 Programas establecidos	5
1.9 Justificación	7
Capítulo 2	
Marco Teórico	
2.1 Incesto	8
2.2 Diferentes tipos de abuso	11
2.3 Baja Autoestima	14
2.4 Depresión	16
2.5 Traumas y secuelas del abuso	18
Capítulo 3	
Marco Metodológico	
3.1 Planteamiento del problema	21
3.1.1 Problemática del caso de estudio	21
3.2 Pregunta de investigación	23
3.3 Objetivo General	23
3.4 Objetivos Específicos	23
3.5 Alcances y límites	23

3.6 Método	24
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	
4.1 Sistematización de Estudio de Caso	26
4.1.1 Datos generales	26
4.1.2 Motivo de consulta	26
4.1.3 Historia del problema actual	27
4.1.4 Historia clínica	28
4.1.5 Historia familiar	30
4.1.6 Examen del estado mental	31
4.1.6.1 Presentación	31
4.1.6.2 Conducta motora y estado afectivo	31
4.1.7 Estado cognoscitivo	32
4.1.7.1 Pensamiento	32
4.1.7.2 Estado de ánimo	33
4.1.8 Resultados de las pruebas	33
4.1.9 Impresión diagnóstica	36
4.1.10 Diagnóstico multiaxial	37
4.1.11 Recomendaciones	38
4.1.12 Plan terapéutico	38
4.2 Análisis de Resultados	47
4.2.1 Daño del desarrollo integral de la adolescente debido al incesto	47
4.2.2 Tipos de abuso sufridos por la adolescente	48
4.2.3 Formas en que el incesto afectó la autoestima de la adolescente	48
4.2.4 Depresión existente en la adolescente	49
4.2.5 Secuelas y traumas que manifiesta la adolescente por el incesto	50
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencias	54
Anexos	57

Lista de Cuadros

Cuadro 1 Pruebas e Instrumentos Aplicados	34
Cuadro 2 Presentación del Plan Terapéutico	43
Cuadro 3 Objetivos técnicas utilizadas y recursos	44

Lista Gráficas

Gráfica 1 Organigrama administrativo	3
Gráfica 2 Organigrama hogares	4
Gráfica 3 Genograma	30

Resumen

El presente informe fue llevado a cabo como parte de la Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, sede central zona 16. Esta práctica se realizó en el Centro de Acogimiento Familiar Génesis de la Institución de Buckner ubicada en Ciudad San Cristóbal 12 avenida “B” sector B-3 5-98 zona 8 de Mixco. Se trabajó siete meses, iniciando en marzo y terminando en octubre del 2015.

En el primer capítulo, Marco de Referencia se realizó una descripción completa de la institución como tal, tomando en cuenta su ubicación, su estructura organizacional, programas, visión, misión. Al mismo tiempo que se realizó la justificación de la investigación de dicha práctica

El capítulo dos hace referencia al Marco Teórico en el cual se mostró la información relevante recabada para la problemática y objetivos de la investigación. Es la base teórica que sustenta la investigación sobre el incesto y otros temas relacionados con el mismo.

En el capítulo tres, Marco Metodológico, se presentó el planteamiento del problema; se proyectó la problemática de estudio, la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos, los alcances y límites encontrados durante la realización de la práctica. Además de la metodología utilizada con los diferentes pacientes y específicamente con el caso de estudio.

En el capítulo cuatro, Presentación y Análisis de Resultados, se realizó la presentación de los resultados obtenidos durante la práctica, la sistematización del caso estudiado y el análisis de resultados del mismo; finalizando con las conclusiones y recomendaciones para dicho caso de estudio.

Introducción

El abuso sexual y el incesto se ubican dentro del contexto de la violencia familiar, junto con el abandono y la negligencia, el maltrato corporal y el maltrato emocional.

Se define el incesto como la situación en la que el adulto utiliza la relación de poder con un menor con el objeto de obtener satisfacción de sus deseos o necesidades sexuales. El abuso sexual infantil se relaciona con cualquier conducta sexual entre un adulto y un menor, este abuso va acompañado generalmente de coacción y una notoria asimetría entre los implicados. Estas conductas abusivas son repetitivas e incluyen contacto físico en el cual el menor es utilizado como un objeto de estimulación.

Durante el proceso de práctica profesional dirigida se llevó a cabo el estudio del caso sobre incesto infantil en adolescente de 14 años. La pregunta de investigación que dio inicio al análisis del estudio de caso, fue evaluar cómo el incesto afectó el desarrollo integral de la adolescente.

Se tuvo como objetivo general determinar la forma en que el abuso sexual dañó a la adolescente en el área física, psicológica, familiar y social. Los objetivos específicos estuvieron destinados a determinar qué tipo de abuso sexual, físico y psicológico sufrió la adolescente durante el incesto, cómo resultó afectada su autoestima, los tipos de depresión que afectaron a la adolescente, así como a determinar las secuelas y el trauma que el abuso verbal, físico y sexual dejaron en la adolescente.

En el presente trabajo se reflejan todos los conocimientos adquiridos durante los cinco años de estudio, se elabora como requisito del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana, se presenta una recopilación del trabajo realizado durante el proceso; se incluyen diferentes técnicas y pruebas para elaborar un diagnóstico y efectuar un abordaje adecuado para la paciente.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Buckner es una institución fundada el año 1879 por el pastor Robert Cooke Buckner con el propósito de cuidar a las viudas y a la niñez abandonada; desde entonces ha tratado de mejorar las condiciones de los menos afortunados. Inició en Estados Unidos y hoy se encuentra en varios países alrededor del mundo, mediante una gran diversidad de programas y un liderazgo internacional en servicios humanitarios.

La Asociación Buckner inició en Guatemala en el año 2002 con grupos de misioneros, sirviendo a huérfanos, niños en riesgo y familias por medio de programas residenciales y comunitarios.

1.2 Descripción

La Asociación Buckner atiende a niños, niñas y adolescentes en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, así como a familiares en pobreza extrema a través de programas de formación de vida diaria y valores que les permita ser productivos y autosuficientes. Es una asociación sin fines de lucro, orientada a satisfacer las necesidades básicas inmediatas de vivienda, alimentación, salud, crecimiento espiritual y educación, mediante un plan institucional que brinda una educación de calidad, preparando a los niños, niñas y adolescentes para el éxito, con valores cristianos. Cuenta además con programas de prevención como es el Centro de Defensoría Infantil y el Centro de Esperanza Familiar y programas de protección como son los Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar, Acogimiento familiar, Familia Sustituta y Semillas de Esperanza Guatemala.

1.3 Ubicación

La Asociación Buckner se encuentra ubicado en Ciudad San Cristóbal 12 avenida “B” sector B-3 5-98 zona 8 de Mixco. Los hogares de acogimiento temporal se encuentran igualmente en San Cristóbal.

1.4 Organización

La Asociación Buckner es precursora de resguardo, prevención y desarrollo integral que proporciona una mejor calidad de vida a niñas, niños, adolescentes y familias en estado de vulnerabilidad en Guatemala.

Buckner inició a trabajar en Guatemala hace doce años. Se estableció como Asociación en el año 2005. Es una organización no lucrativa apoyada por donaciones de organizaciones empresariales, individuales, iglesias bautistas y universidades norteamericanas.

Actualmente Buckner Centros Residenciales de Protección en Modelo Familiar consta con un director general, un jefe de área, un director de programas de áreas y un coordinador. Cada hogar cuenta con un encargado de hogar de protección que son personas encargadas fungiendo como padres de familia, brindando amor, cuidado y protección a las niñas, niños o adolescentes. Se cuenta también con un trabajador social que se encarga de investigar el núcleo familiar de origen de los niños o jóvenes integrantes del hogar, un psicólogo que vela por su salud psicológica, un médico de cabecera que brinda apoyo en cualquier enfermedad que surja con alguno de los miembros, un profesor tutor que se encarga de nivelar el nivel académico de cada joven acorde con su edad y de monitorear el estudio de los que se encuentran estudiando en colegios privados.

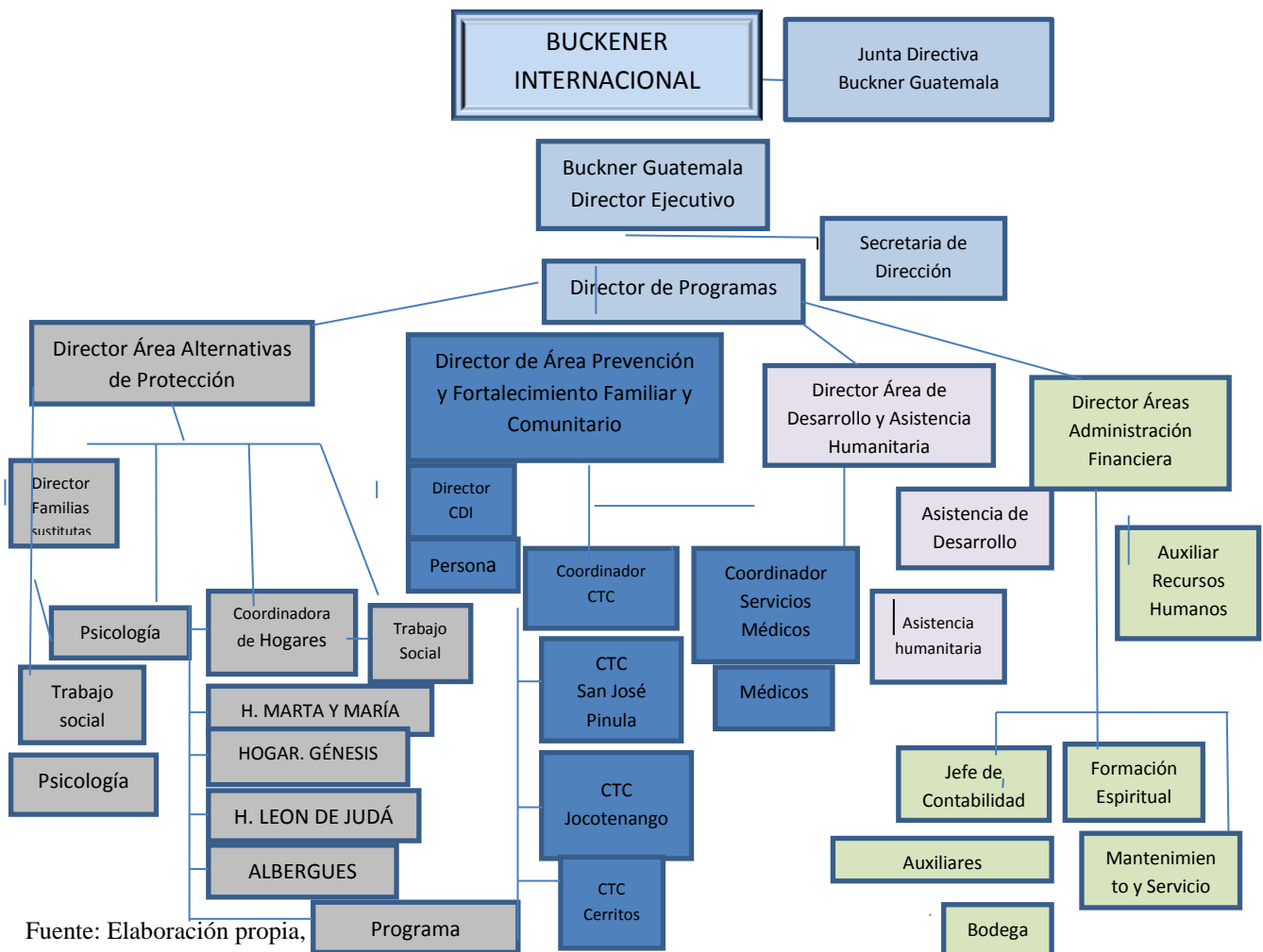
La residencia cuenta con todas las comodidades de un hogar de un nivel medio. Se tienen 3 habitaciones para cada 2 jóvenes y comparten un baño, hay otra habitación para los padres encargados con su baño incorporado. Cuenta con lavandería y cocina amplia, con un jardín de tamaño satisfactorio, sala, comedor, área de estudio, baño de visitas.

1.5 Organigrama

1.5.1 Organigrama administrativo

A continuación se presenta el Organigrama administrativo de la Institución Buckner

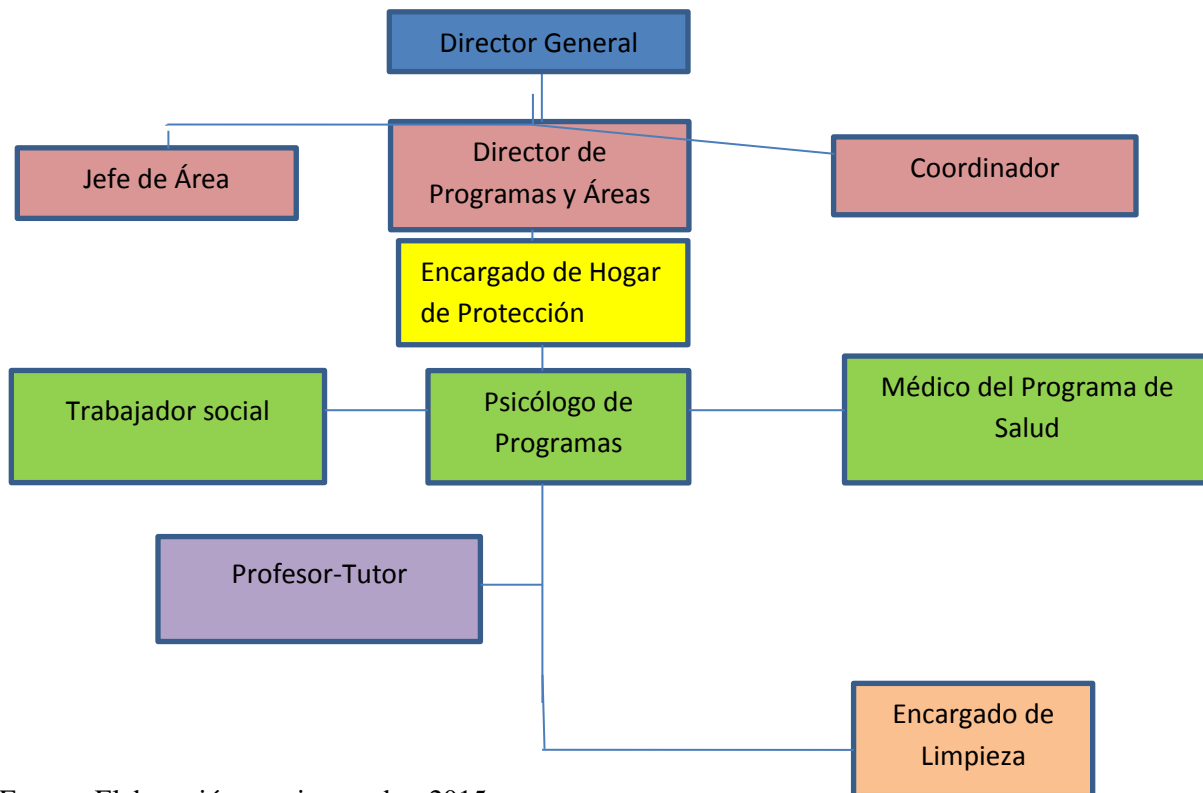
Gráfica 1 Organigrama administrativo



1.5.2 Organigrama Hogares

Se presenta el organigrama de los Hogares Buckner

Gráfica 2 Organigrama hogares



Fuente: Elaboración propia, octubre 2015

1.6 Visión

Ser una institución pionera en protección, prevención y desarrollo integral que provea una mejor calidad de vida a niñas, niños, adolescentes y familias en Guatemala.

1.7 Misión

A través de programas de protección, prevención y desarrollo integral, que se basan en la solidaridad y el liderazgo positivo; Buckner Guatemala facilita las herramientas necesarias a niñas, niños, adolescentes y familias con el fin de restituir y promover sus derechos y mejorar su calidad de vida.

1.8 Programas establecidos

Buckner cuenta tanto con Programa de Prevención como de Protección los cuales se describen a continuación.

1.8.1 Prevención

Centros de Transformación Comunitaria CTC: Modelo de atención familiar y comunitario integral que brinda servicios a niños niñas, adolescentes y familias en estado de vulnerabilidad y pobreza, con el objetivo principal de fortalecer la dinámica familiar, preservar la integración, facilitando herramientas de desarrollo que contribuyen a mejorar su calidad de vida, disminuyendo la problemática social.

Centros de Defensoría Infantil CDI: Brinda atención social y psicológica a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual procurando la restitución de sus derechos y restauración integral.

1.8.2 Protección

Centros Residenciales de Protección de Modelo familiar:

Un hogar específico, afectivo y cálido donde se ofrece protección, asistencia a adolescentes en situaciones vulnerables o riesgo social, a través de programas de formación de vida diaria y valores, que les permita ser personas productivas y autosuficientes.

Acogimiento familiar:

Programa que promueve el derecho de todo niño, niña o adolescente a vivir en familia, cuando por situaciones especiales debe ser separado de manera temporal o definitiva de su familia de origen evitando su institucionalización, prevaleciendo el principio del interés superior del niño. Para la restitución del derecho de vivir en familia, implementa las siguientes estrategias.

Familia sustituta:

Apoya y fortalece al programa de Familias Sustitutas de la Secretaria de Bienestar Social, en la promoción divulgación, reclutamiento y evaluación de familias dispuestas a brindar amor, cuidado y protección en forma temporal al niño, niña o adolescente hasta ser integrado a su familia de origen o a una solución familiar permanente.

Semillas de Esperanza Guatemala:

Evita la institucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años a través de soluciones alternativas de cuidado.

Impulsa la desinstitucionalización de niños y niñas de 0 a 3 años del Hogar Seguro de la Secretaria de Bienestar Social, mediante la reunificación familiar, familia ampliada o familia sustituta, en coordinación con las instituciones vinculadas al proceso de protección.

Promueve la formación en acogimiento familiar y alternativas de protección a profesionales vinculados al Sistema de Protección.

1.9 Justificación

El presente trabajo se elabora como requisito del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana, siendo parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida. Se realiza un estudio de caso para brindar un aporte educativo a los próximos profesionales, con el objetivo poner en práctica los conocimientos recibidos y las competencias y capacidades adquiridas a lo largo de los cinco años de estudio; dando al mismo tiempo una oportunidad a la regeneración de jóvenes en riesgo o vulnerabilidad.

Esta práctica de psicoterapia clínica se realizó en la Asociación Buckner de Guatemala, en el Hogar Génesis; dando inicio el 19 de marzo del presente año y finalizando el 8 de octubre, con una duración de seis meses.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Incesto

Se entiende por incesto cualquier acto con cariz sexual entre un adulto o adulta en posición de autoridad y una niña o niño en posición de dependencia. El adulto puede ser miembro de la familia o alguien que tiene la responsabilidad del cuidado y la seguridad del niño. (Batres, Claramunt, 1987) (Tratamiento Grupal: Adultas y Adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual 1998, p.17)

La violencia contra la infancia es una problemática social que afecta gravemente por lo que ha sido reconocida y discutida por organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y otras instancias que buscan formas para la prevención y protección de los menores, además del castigo pertinente para los agresores.

Echeburúa (2006), refiere que el abuso sexual a menores se refiere a toda conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor; más que la diferencia de edad, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción. Cuando el agresor es una persona cercana se le denomina incesto. El incesto es un crimen y constituye un abuso en una relación de poder. El abusador puede ser un padre, padrastro, madre, abuelo, doctor, sacerdote, ministros, vecino cercano o amigo de la familia, quien traiciona la confianza del niño o niña.

En una relación incestuosa, generalmente el niño es obligado por la persona adulta a mantener este acto en secreto. Según Barundy (1995), el secreto respecto al abuso, en primer lugar, cumple una función de autoprotección, dado el temor a ser rechazado, culpado o cuestionado. Este acto puede ser un contacto sexual directo o indirecto en el cual el niño o niña no es capaz de decidir debido a su corta edad o por el poder que ejerce la persona adulta, ya que el adulto puede encontrar en el menor una víctima fácil que no va a poner resistencia a sus deseos.

Los principios básicos del desarrollo humano resultan dañados con el incesto. Según Blume (1990) sostiene que el incesto afecta los principios básicos del desarrollo humano, dañando las necesidades humanas básicas como el amor, validación, dominio, aceptación incondicional, el amor no posesivo, el ego e integridad corporal (Tratamiento Grupal: Adultas y Adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual, p17)

Batres (1998) refiere que el incesto afecta las siguientes necesidades básicas: amor se convierte en una búsqueda delirante toda la vida. Se sienten desvalorizadas e incluso sienten que podrían morir. Respecto al dominio asimilan que no tienen control sobre sus vidas. Aprenden que no son amadas por sí mismas sino porque sirven a otros. Aprenden a igualar amor con deuda. Dentro de su ego e integridad corporal las víctimas no existen como seres separados ya que son consideradas como propiedades sujetas a toda clase de violaciones

Echeburúa (2006) sostiene que los niños pequeños pueden no ser conscientes del alcance del abuso sexual en las primeras fases, lo que puede explicar la compatibilidad de estas conductas con el cariño mostrado al adulto por el menor. Refiere que el incesto y el abuso sexual de personas cercanas abarcan el 85% de casos de abusos y se mantienen por mucho tiempo debido a que no se dan conductas violentas.

Los niños de edad preescolar pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En niños en etapa escolar son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. En la adolescencia en cambio, presenta una gravedad mayor debido a que el padre puede intentar el coito, corriéndose el riesgo de embarazo y la adolescente toma conciencia de la relación incestuosa, lo que ocasiona algunas veces la huida de casa, consumo de alcohol o drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos suicidas.

Según Echeburúa (2006), entre las consecuencias a corto plazo, 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas que van a depender del grado de culpabilización que maneje el niño, algunas de estas son las reacciones ansioso-depresivas, fracasos escolares, dificultades intrapersonales y comportamientos sexuales agresivos.

Los efectos se pueden dividir por tipos físicos, conductuales, emocionales, sexuales y sociales. Los síntomas físicos son problemas de sueño, cambios en los hábitos de comida, pérdida del control de esfínteres; estos se presentan en la infancia y adolescencia. Dentro de los síntomas conductuales se encuentran el consumo de drogas, conductas autolesivas, y bajo rendimiento académico en adolescentes e hiperactividad en infantes.

Respecto a los síntomas emocionales puede aparecer miedo generalizado en la infancia, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos, además de trastornos de estrés postraumático tanto en la infancia como en la adolescencia.

Los síntomas sexuales que pueden presentar son conocimiento sexual precoz, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas y problemas de identidad sexual estos igualmente se pueden aparecer tanto en la infancia como en la adolescencia. Por último tenemos los síntomas sociales que son déficit en las habilidades sociales, retraimiento social y conductas antisociales.

Según el cuaderno médico forense¹² (43-44) los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero afectan a aproximadamente 30% de las víctimas. Entre los problemas que se presentan son las disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, depresión, el trastorno de estrés postraumático y control inadecuado de la ira. Que se puede manifestar con violencia o conductas autodestructivas. Desde el punto de vista del trauma en sí mismo lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diverso en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de un abuso vinculado con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso como es la desintegración familiar.

Al igual que los efectos a corto plazo aquí se pueden encontrar secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso en la infancia con síntomas físicos como son dolores crónicos, hipocondría, alteraciones de sueño, problemas gastrointestinales y desórdenes alimenticios. Los síntomas conductuales pueden ser intentos de suicidio, y trastornos disociativos de identidad. Se encuentran también síntomas emocionales como la depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastorno de personalidad, desconfianza y miedo, dificultad para expresar o sentir. Las fobias sexuales, falta de satisfacción, trastornos de la activación sexual y del orgasmo, creencia de ser valorado solo por el sexo son algunos de los síntomas sexuales. Dentro de lo social cabe mencionar problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y dificultad en la educación de los hijos.

2.2 Diferentes tipos de abuso

Larrain y Bascuñan (2009) refieren que el abuso es un atentado a los derechos más básicos de los niños, niñas y adolescentes, consagrado a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Todos los menores de edad tienen derecho a la integridad física y psicológica y a la protección contra las formas de violencia.

La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por las Naciones Unidas el año 1989 exige a sus Estados parte adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra todas las formas de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos incluido el abuso sexual mientras el niño se encuentra bajo custodia de sus padres o tutor que lo tenga a su cargo”. De igual manera el comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha enfatizado la importancia de que los países miembros prohíban toda forma de castigo físico y trato degradante contra los niños (CDN, 2006).

En el documento: Por qué, cuándo y cómo intervenir Maltrato infantil, Unicef (2011), refiere “toda acción u omisión cometidas por individuos, instituciones o por la sociedad en general y toda situación provocada por estos que prive a los niños de cuidado de su derechos y libertades,

impidiendo su pleno desarrollo, constituyen por definición un acto o una situación que entra en la categoría de lo que se puede denominar como abusos.” (Barudy, 1998).

Estudio de Unicef sobre el maltrato infantil en el ámbito familiar (2011) refieren que los niños pueden ser víctimas de abusos en el entorno familiar, escolar o público. Se ha comprobado que las personas que tienen a su cargo el cuidado de los niños y que son responsables de brindar afecto y atención para un desarrollo positivo, son los que más abusos cometen hacia ellos. Estas acciones acarrearán graves consecuencias en la salud mental y física de los niños.

Se ha encontrado que a mayor nivel académico logrado por los padres, menor es el nivel de violencia ejercido contra los hijos. Estas investigaciones también han mostrado que las madres son las que ejercen comúnmente maltrato infantil y lo van disminuyendo conforme el crecimiento de los niños, sin embargo, los padres utilizan castigos más severos y no dejan de maltratar a lo largo de la vida.

Pinheiro (2006) Los niños sufren diversas manifestaciones de abuso que van desde castigos físicos hasta formas crueles y degradantes ocasionadas por sus padres, familiares, instituciones de protección, escuelas, lugares de trabajo e incluso por la policía. Son pocos los casos de abuso que son denunciados e investigados por lo que los agresores son escasa vez procesados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) conceptualiza el abuso infantil como toda forma de abuso físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo que produzca daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño y la niña, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o de poder.

La organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2006) define el abuso como “Maltrato o abandono a niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser desarrollado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

En Centroamérica se ha justificado el castigo como un mecanismo para la corrección de conductas inapropiadas de los hijos, por lo que golpear, pellizcar o patear a los niños y niñas no son considerados como acciones dañinas.

Entre los distintos tipos de abusos infantiles se encuentran:

- El abuso físico, que es toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, brutal y violento con magnitudes y características variables en los cuales se hiere deliberadamente al niño con golpes, quemaduras, estrangulación, entre otros, lastimándolo física y emocionalmente.
- Los abusos psicológicos conllevan a menudo humillaciones y vejaciones hacia el niño. Es el hostigamiento verbal constante por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. Esto abarca también el rechazo, aislamiento, aterrorizar, ignorar y corromper al afectado.
- La negligencia infantil puede ser un auténtico abuso, se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello y sin embargo, no lo hace.
- Los abusos sexuales, es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente. Incluye la explotación sexual, realizar actos obscenos delante de un niño, la violación, el incesto, entre otros, constituyen una grave transgresión a los derechos infantiles, concretamente al derecho a la dignidad.

2.2.1 Causas del abuso infantil

Una disciplina muy estricta es causa de abuso infantil. Muchos adultos utilizan la violencia como herramienta para castigar o inculcar disciplina a los niños. La mayoría de las ocasiones, son personas cercanas pertenecientes al círculo del niño como familiares, niñeras, etc., que llevan a cabo este tipo de malos tratos.

En esta situación, los niños consideran los abusos como un castigo e intentan esconder su dolor porque se sienten culpables de su mal comportamiento. Por esta razón, los niños sobrellevan esta situación creyendo que es una parte normal de sus vidas. Este tipo de trato puede tener repercusiones muy perjudiciales y perturbadoras, dejando a los niños con problemas irreversibles de comportamiento. Traumatizados, tienen más posibilidades de ser adultos rudos y apáticos.

Los abusos producto de prácticas culturales son considerados también abusos infantiles. Debido a cuestiones religiosas, culturales y tradicionales, muchos países toleran ciertas prácticas aunque sean contraproducentes para el bienestar físico y mental de los niños. Los castigos culturales, la mutilación genital femenina y los trabajos domésticos infantiles forman parte de esas costumbres culturales.

A pesar de conocer la gravedad de estos actos en la salud de los niños (países en los cuales se han firmado leyes internacionales que condenan los abusos infantiles), se siguen permitiendo estas prácticas. De hecho, los gobiernos no las consideran perjudiciales, por ello, no intentan crear medidas para aumentar la concientización y prevenir tales prácticas.

2.3. Baja autoestima

Branden Nathaniel (2010) define la autoestima como una poderosa fuerza dentro de cada uno, comprende más que la valía innata propia de cada persona y que se considera el derecho al nacer, esa chispa que se trata de avivar en psicoterapia y que es únicamente la antesala de la autoestima. “Entendemos por autoestima la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito. En resumen, la autoestima es

un juicio personal de dignidad, que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo. (Stanley Coopersmith, 1981)” (El Poder de la Autoestima, 2010, p.22).

“Definimos la autoestima como un sentido subjetivo de auto aprobación realista. Refleja cómo el individuo ve y valora al uno mismo en los niveles fundamentales de la experiencia psicológica. Entonces, la autoestima es fundamentalmente un sentido perdurable y afectivo del valor personal basado en una autopercepción exacta. (Richard, Bednar, Gawain y Peterson, 1989)” (El Poder de la Autoestima, 2010, p.23). Según Barudy, (2005) el concepto de sí mismo o identidad se construye con la facilidad de experiencias relacionales que sirven como modelo de aprendizaje para vivir de una forma respetuosa, adaptada y armónica en la sociedad.

Batres (1998) sostiene que la autoimagen se constituye por las creencias y las percepciones que se aceptan como verdaderas, por lo que se puede considerar a la autoestima como la aprobación que se tiene de la propia imagen. Es decir que la autoestima es el sentimiento valorativo que se tiene de sí mismo, teniendo en cuenta la manera de ser, de los rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta valoración puede ser sujeta a cambios dependiendo de las circunstancias que se vivan.

Numerosas investigaciones empíricas llevadas a cabo con niños y adolescentes confirman que la familia es una pieza clave para la génesis de la autoestima. De todas las condiciones familiares que pueden afectar la valoración personal de los hijos, los aspectos afectivos y relacionales parecen ocupar un lugar más privilegiado (Navarro. et. al., 2006).

La revista Psykhé (2001) sostiene que las personas víctimas de abuso se perciben a sí mismas como sucias, malas, indignas y que son merecedoras de lo sucedido. Esto ocasiona en las víctimas una pobre imagen de sí mismas. Una autovaloración personal negativa puede aumentar la vulnerabilidad a determinados trastornos y enfermedades y tener repercusiones importantes en la salud. El autoconcepto o concepto que se tiene de sí mismo, de las cualidades físicas, psicológicas intelectuales, afectivas y sociales se forma a partir de las sensaciones, percepciones, pensamientos y experiencias recogidos durante la vida.

El autoconcepto está unido íntimamente con la autoestima que es la aceptación, aprobación y estima que se tiene hacia sí mismo y que nos impulsa a actuar y a conseguir nuevos objetivos. Si esta se baja, se da una desvalorización y por consecuencia aparecen conductas inadecuadas como respuestas agresivas, sumisas, de timidez y retraimiento. La autoestima también lleva a una interacción asertiva con los demás, basada en la autoafirmación y en el respeto hacia los demás.

2.4. Depresión

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos refiere en su publicación sobre la depresión (2009) que en muchas ocasiones las personas tienen sentimientos melancólicos o tristes que generalmente son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando estos síntomas interfieren en la vida diaria y el desempeño normal, causa dolor tanto para quien lo padece como para las personas de su entorno. La depresión es una enfermedad común, pero grave y la mayor parte de quienes la padecen, necesitan tratamiento. La Organización Mundial de la Salud se ha preocupado por ponerle mayor importancia por la incapacidad que produce en los que la sufren y que inclusive puede llevar a la muerte, aumentando la incidencia de la misma día a día.

Bates Tony (2000) expresa que la mayoría de las depresiones son mejor entendidas como el producto final de la tensión que impacta en cierta vulnerabilidad de la personalidad de un individuo y en sus circunstancias sociales. Las experiencias negativas a temprana edad, las reglas estrictas, las presiones sociales estresantes y ciertas debilidades biológicas pueden hacer que una persona sea propensa a la depresión. Según Bates las experiencias vividas a temprana edad nos hacen propensos a la depresión. Bates sostiene que se ha reportado que la depresión prevalece en un promedio de 5.2 % aproximadamente y solamente una de cada diez personas busca ayuda profesional.

Sarason (2006) describe que cuando las personas hablan de depresión se refieren a un estado de ánimo deprimido, baja energía y abatimiento; sin embargo el término depresión cubre una variedad de cambios negativos en el estado de ánimo y en la conducta que pueden ser temporales o duraderos.

Hay diferentes tipos como son un estado de ánimo temporalmente depresivo, estado de ánimo descendente duradero o negativo que puede interferir en la conducta normal y un estado de ánimo gravemente depresivo acompañado de una marcada incapacidad para funcionar en forma eficaz y es temporal.

Los factores de vulnerabilidad de la depresión se relacionan con factores de riesgo en el ambiente, la debilidad biológica y la presencia o ausencia de elementos que promueven resiliencia. Dentro de los factores de riesgo se encuentran los eventos negativos y la falta de apoyo social.

Morán Roberto (2006) sostiene que todos los conceptos siempre tienen varias definiciones y dependen de la percepción de quien los define. Según el modelo médico, la depresión es una enfermedad biológica que afecta al comportamiento y a los sentimientos y a los pensamientos. Otros especialistas perciben la depresión como un desorden emocional o trastorno afectivo que se caracteriza por un trastorno de ánimo, de infelicidad, de tristeza, pérdida e interés en actividades sociales, desesperanza, melancolía, baja autoestima, reacciones psicosomáticas, ansiedad y un deseo de muerte(deseo presente en casi todos los casos de depresión incluyendo en niños).

Refiere Morán, R (2006) que la depresión se puede clasificar como depresión neurótica y depresión psicótica. La depresión neurótica se da por una mala integración de la personalidad en el desarrollo de la persona; originando angustia y síntomas neuróticos como son el sentimiento de culpa, pérdida de algo muy querido y tensiones familiares. La depresión psicótica ocurre cuando hay una serie de alteraciones en la personalidad y aparecen los síntomas de la depresión neurótica unidos a las ideas delirantes de persecución, alucinaciones auditivas, pensamiento desordenado y confuso.

Por otro lado también se puede clasificar la depresión endógena y exógena. La depresión endógena es causada por un desequilibrio bioquímico en el cerebro. Aquí aparece una tristeza que se continua con sentimientos de decaimiento y vacío; puede durar meses o incluso años ya que la fuerza de voluntad no es suficiente para la desaparición de los síntomas. La depresión exógena (reactiva), se da por eventos estresantes durante la vida, que pueden provocar como reacción una depresión.

2.5. Traumas y secuelas del abuso

En psicología se define el trauma como una experiencia que quedó guardada en la memoria de la persona tras haber sufrido un episodio doloroso en el pasado; una agresión contra la vida, un abandono afectivo, una falla ambiental en la infancia, un abuso sexual, etcétera. Un trauma psicológico temprano en la vida de la persona puede significar una congelación en el tiempo de su evolución emocional y madurativa, que incluso le obstaculice llegar a construir una identidad sólida.

Una secuela es una perturbación que persiste después de la curación. La secuela aparece después de una enfermedad, un traumatismo o una cirugía y deja marcas que provocan síntomas e incapacidad invalidante o no. Provoca lesiones que persisten a pesar de la curación de la enfermedad.

Según Batres, (1995) el abuso deja huellas traumáticas que han sido descritas por varios autores: Briere, (1989), Blume, (1990), Batres (1994) y estas a su vez se agrupan en conductuales, emocionales, relacionales y de problemas físicos. Batres (1997) refiere que más que definir los conceptos de incesto, abuso sexual, víctima y victimario definidos ya en códigos legales es importante observar que en su mayoría, las víctimas del abuso presentan un conjunto de secuelas comunes con independencia del lazo consanguíneo con sus ofensores y tal como la teoría de Finkelhor (1988) lo señala, el daño tiene más relación con la traición, el terror, el estigma y la sexualización traumática a que fueron expuestas.

Echeburúa (2006) refiere que el impacto del abuso y la negligencia en menores traen consecuencias físicas, psicológicas, de comportamiento y sociales, aunque es muy difícil analizar estas consecuencias por separado. Las secuelas físicas van a tener implicaciones psicológicas. Los problemas psicológicos se manifiestan con comportamientos inadecuados o de riesgo como son la ansiedad y la depresión y estos a su vez pueden ocasionar problemas de salud.

Entre los traumas y secuelas por abuso físicos se encuentran señales en el cuerpo como moretones, quemaduras, fracturas, heridas. Pero estas a su vez pueden ocasionar daños emocionales como estado permanente de alerta, temor manifiesto, impulsividad, agresividad, sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima. Entre los indicadores conductuales están el rechazo a contacto físico con adultos, sometimiento ante pares y adultos, aprensión ante el llanto de otros niños, conductas extremas y temor manifiesto hacia sus padres.

Los abusos psicológicos refieren en el área física, retraso en el crecimiento, enfermedades psicosomáticas, accidentes frecuentes o enfermedades recurrentes. Respecto a lo emocional pueden manifestar inestabilidad emocional, trastornos de lenguaje, falta de respuestas emocionales adecuadas, miedo y fobias, tristeza, ansiedad, depresión, hiperactividad, aislamiento, dificultad para comunicarse, sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima. Dentro de la conducta es frecuente la dificultad en el desarrollo del lenguaje, la inteligencia, la motricidad y la socialización, pueden mostrar pasividad, conducta agresiva, dificultad de adaptación a normas, conductas inapropiadas para la edad, falta de control de esfínteres, trastornos de sueño, desórdenes alimenticios, preocupación excesiva por complacer, fugas, conductas autolesivas y bajo rendimiento escolar.

El maltrato resultante del abandono o negligencia a su vez exterioriza indicadores físicos como son la falta de higiene, malnutrición, retraso en el crecimiento físico, cansancio excesivo, necesidades médicas, indumentaria inadecuada. Entre los indicadores emocionales se puede observar la apatía, baja autoestima, falta de empatía, relaciones de dependencia o desconfianza, tristeza, ansiedad persistente, depresión y sentimientos de soledad.

En lo conductual se puede revelar participación de actividades inapropiadas como vandalismo o prostitución, pedido o robo de comida o dinero, permanencia prolongada en la calle, comportamiento apático, ausentismo, incumplimiento de horarios, dificultades de aprendizaje, consumo de sustancias tóxicas entre otras.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El incesto ha pasado a ser un tema preocupante en la actualidad. Cada vez es más frecuente escuchar historias sobre estos hechos que dejan secuelas psicológicas y afectan el desarrollo en gran número de niños dentro de nuestra población. El incesto más que un abuso sexual, es un crimen que constituye un abuso de poder. Es la traición de la confianza por quienes deben proteger lo que destruye al niño. Quien comete el crimen puede ser cualquier persona que ante el niño representa un padre, una madre o persona que lo considera como protector. En el incesto un adulto, con más poder tomar ventaja sobre un niño o niña que tiene menos poder y al cual se le viola además de su cuerpo, su confianza, su amor y sus límites psicológicos.

3.1.1 Problemática el caso de estudio

A continuación se presenta la problemática en el caso de estudio, en el cual se cambió el nombre de la paciente y del núcleo familiar por seguridad y confidencialidad.

El caso clínico fue atendido en el Centro Buckener de Acogimiento familiar, en el cual se recibió a la adolescente Liza Pérez para proceso terapéutico, quien fue referido por la psicóloga de la institución. Esto debido que la menor manifestaba una conducta disfuncional dentro del hogar. Liza mostraba sentimientos de agresividad, inseguridad, depresión y cierta culpabilidad afectándole dentro de sus relaciones interpersonales con las demás jóvenes del hogar y con los encargados del mismo.

Liza tenía cinco años cuando su padre empezó a tocarla por encima de la ropa. A los diez años la violó y ella no se atrevió a decir nada a su madre debido a que su padre la había amenazado. Las violaciones continuaron hasta los trece años. El padre también cometía abusos físicos; les pegaba a su madre y a ella con alambre. Sus padres se separaron y su madre, dos hermanos y ella se fueron a Escuintla. El papá regresó a buscarlos al mes, por lo que la madre volvió con él.

Liza puso una denuncia con la ayuda de una vecina con la que vivió por un tiempo. Un día la vecina se molestó y la acusó de robo. Liza fue enviada con sus hermanos mayores a Escuintla. Estando con su hermano, este la tocó e intentó violarla; un día que no cumplió con sus tareas de la escuela, le pegó con un cable de cargador y luego la dejó encerrada en la casa. En un descuido del hermano, la paciente se escapó a la casa de una amiga, al llegar no estaba la amiga, pero le abrió una señora que vivía con ella y llamó a la policía. La paciente expuso los abusos del hermano, por esta razón el juez la remitió al albergue Buckner a la edad de 13 años. El albergue cerró y Liza fue trasladada al Hogar Seguro de Quetzaltenango por un año y luego al Hogar Solidario en Chimaltenango. Finalmente la regresan a los Hogares Buckner en Ciudad San Cristóbal, Guatemala.

Refiere la paciente que después de que acusó al padre, nadie le creía; su abuela la despreciaba, le decía que era una prostituta. La relación con la madre también se hizo distante, ya que ella no reconocía que Liza fue abusada por el padre. Comenta Liza que sus hermanos mayores recibieron igualmente abusos físicos por parte del padre, pero la relación con ellos se rompió, cuando ella acusó también al hermano mayor.

3.2 Pregunta de investigación

Evaluar cómo el incesto infantil pudo dañar el desarrollo de una adolescente de 14 años atendida en el hogar Génesis del programa de Acogimiento familiar de la asociación Buckner.

3.3 Objetivo General

Determinar la forma en que el incesto dañó el desarrollo de la adolescente atendida en el hogar Génesis del programa de Acogimiento familiar de la asociación Buckner.

3.4 Objetivos Específicos

- Determinar qué tipo de abuso sexual, físico y psicológico padeció la adolescente durante el tiempo que sufrió incesto.
- Evaluar cómo el incesto afectó la autoestima en la adolescente
- Evaluar los niveles de depresión existentes en la adolescente de 14 años debido al incesto sufrido en la niñez.
- Evaluar las diferentes secuelas que dejó el abuso sexual infantil en la joven del caso de estudio
- Evaluar cómo le afectó a la adolescente la institucionalización.

3.5 Alcances y límites

3.5.1 Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de caso de la práctica profesional dirigida, se logró establecer empatía con la mayor parte de las pacientes desde el inicio. Igualmente las pacientes tuvieron una conducta cooperadora y abierta lo que facilitó el proceso.

Además de las sesiones terapéuticas se realizaron algunos talleres tocando temas generales para las jóvenes integrantes de los hogares, tales como la amistad como bien necesario para la vida y para ser feliz necesito conocerme los que fueron positivos para las jóvenes para lograr mejores interrelaciones entre ellas.

3.5.2 Límites

Dentro de los límites encontrados se puede mencionar que en los hogares de la Asociación Buckner no existe un lugar destinado para realizar las sesiones terapéuticas, lo que en ocasiones dificultó la terapia, ya que se pierde la privacidad dentro de la sesión.

La falta de coordinación por parte de la institución al poner actividades en el mismo horario que se tiene estipulado para las sesiones terapéuticas, es otro limitante. Por último la interrupción del plan terapéutico cuando las adolescentes son reinsertados en sus hogares anticipadamente por orden del juez, igualmente ocasiona que el proceso terapéutico no se lleve a término.

3.6 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de Sistematización de Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación cualitativa se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. El estudio de este caso se basó en analizar que causaba el comportamiento de la participante. Se recopiló información mediante la entrevista llevada a cabo en dos sesiones. Además se realizó una batería de pruebas: el test de la figura humana, test del árbol, la familia, y CAQ, estableciendo por medio de la información recopilada un diagnóstico para después elaborar un plan de tratamiento.

Elaborado el plan de tratamiento se buscaron las técnicas más indicadas para trabajar la problemática que estaba presentando la paciente. Se trabajó básicamente con la terapia cognitiva-conductual utilizando el manual de Gioconda Batres. Se utilizó también la psicoeducación y terapia racional emotiva para refutar sus ideas irracionales y técnicas aversivas para eliminar en la paciente las conductas autolesivas.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización del estudio de Caso

4.1.1 Datos generales

Nombre:	Liza Pérez
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	10 de julio 1999
Edad:	15 años
Estado civil:	soltera
Escolaridad:	4to y 5to primaria
Ocupación:	estudiante
Lugar de estudio:	Programa DIGEX
Religión:	cristiana
Dirección:	0 calle 13-52 Sección B-1 zona 8 Mixco
Teléfono:	24431855
Referido por:	Licda. Celia Rivas
Fecha del inicio del Proceso terapéutico:	23 de marzo del 2015

4.1.2 Motivo de consulta

La paciente refirió: “Estoy preocupada por la situación económica de mi mamá y mis hermanos, porque desde que acusé a mi papá no hay quien mantenga la casa”.

4.1.3 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración: La paciente refirió que fue violada por su papá. Ella le contó a su mamá, pero ésta no le creyó. Liza huyó de su casa y fue a vivir a casa de una vecina. Estando allí puso la demanda en contra de su padre y el juez ordenó que éste tenía que mantenerse alejado del hogar. Viviendo en casa de la vecina, Liza mencionó que la ponían a servir a los hijos de la señora y a hacer trabajos domésticos. Relató que cuando se negó a servirlos, la acusaron de robo. La mandaron a vivir con sus hermanos mayores a Escuintla, pero su hermano la tocó e intentó violarla y un día que no cumplió con sus tareas de la escuela, le pegó con un cable de cargador; luego la dejó encerrada en la casa.

En un descuido del hermano Liza se escapó a la casa de una amiga, al llegar no estaba la amiga, pero le abrió una señora que vivía con ella y llamó a la policía. Liza explicó los abusos del hermano, por lo que fue llevada al albergue Buckner a los 13 años. El albergue cerró y fue trasladada al Hogar Seguro por un año y luego al Hogar Solidario en Chimaltenango, por último la regresaron a Hogares Buckner.

Estresores o factores precipitantes: Liza tuvo audiencia en enero de este año. En la audiencia estaban presentes su papá y su mamá juntos. La hicieron declarar de nuevo, fue revictimizada, además de que se puso en duda sus declaraciones. La jueza sugirió la reintegración a su hogar. Liza refiere: “Nadie me cree”.

Impacto del problema: Esta situación generó en Liza temor a salir de Buckner, también manifestó culpabilidad, debido a que la situación económica de su madre y hermanos es precaria al no tener el sostén del padre.

4.1.4 Historia clínica

Historia Prenatal:

Fue el tercer embarazo de la madre. Refirió que cree fue normal.

Nacimiento:

No tuvo presentó ningún problema en su nacimiento.

Evolución neuropsíquica:

La consultante evidenció una capacidad intelectual general adecuada, su aprendizaje y memoria fueron ajustados a su edad, la habilidad viso espacial fue apropiada. Fue capaz de concentrarse y poner atención.

Evolución del lenguaje:

Su madre le comentó que habló rápido. Liza se comunicó con facilidad.

Desarrollo escolar:

Estudió 4to y 5to grado primaria. Fue buena estudiante.

Desarrollo social:

Refirió que en los dos hogares hizo amigas, su relación con sus compañeras allí no fue de mucha intimidad, pero era cordial y respetuosa.

Adolescencia:

Refirió la paciente que desde los trece años estuvo institucionalizada, por lo que no ha hablado con su familia desde entonces. Expresó que en el Hogar Seguro tuvo acceso a inhalar y tomar drogas, también se cortó en ocasiones. Comentó que la época más agradable de su vida, fue los primeros seis meses que vivió con la vecina.

Historia psicosexual y vida marital:

La paciente fue abusada sexualmente de pequeña por su padre. En los Hogares Seguros mantuvo relaciones de noviazgo con compañeras, aunque refirió que únicamente eran besos y abrazos.

Historia médica:

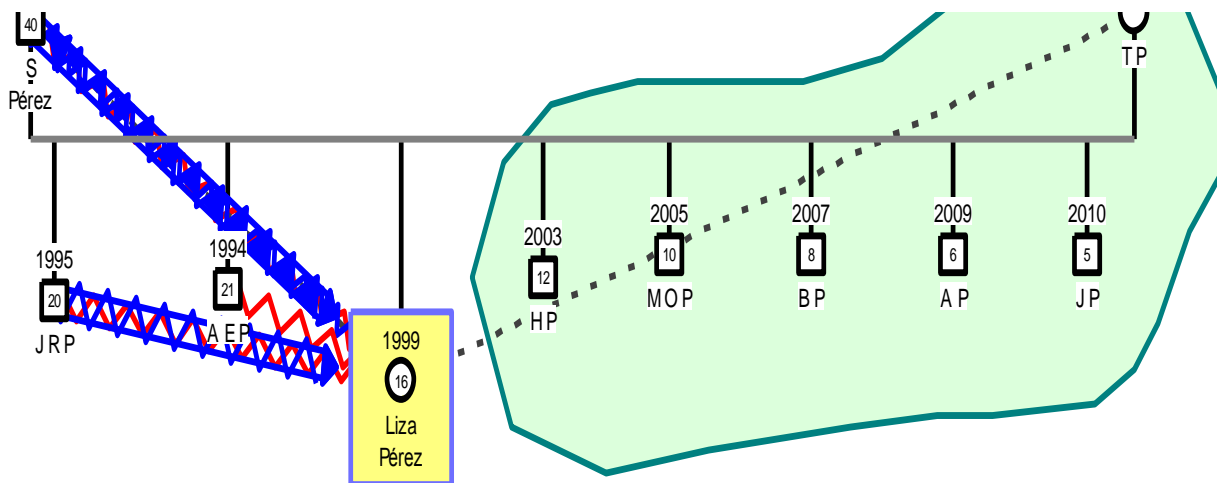
La paciente refirió tener buena salud.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

No se refirió ninguno.

4.1.5 Historia familiar

Gráfica 3 Genograma



Fuente: Elaboración propia, junio 2015

Estructura familiar: La familia estaba constituida por sus padres T.P., su padre S.P. de 40 años, comerciante y siete hermanos: J.P de 20 años, A.P. de 19 años, H.P de 12, M.P. de 10, B.P de 8, A.de 6 y J de 5. Dos hermanos mayores que ella, cuatro hermanos más pequeños y una hermana. Sus hermanos más grandes vivían en Escuintla, son panaderos.

Antecedentes familiares: La paciente refirió que cuando tenía cinco años su padre la tocaba encima del cuerpo, a los diez años la violó y ella no se atrevió a decir nada a su madre, porque el padre la amenazó. Comentó que las violaciones fueron repetidas hasta los trece años, su padre también les pegaba a su mamá y a ella con alambre. Sus padres se separaron y su mamá, dos hermanos y ella se fueron a Escuintla, el papá regresó a buscarlas al mes y la mamá accedió a regresar con él. Ella no regresó y puso la denuncia con la ayuda de la señora N G., con quien vivió un tiempo, la señora la acusó de robo y la enviaron con el hermano, quien también trató de abusar de ella.

Refirió la paciente que después que acusó al padre, nadie le creía; su abuela la despreciaba, le decía que era una prostituta. La relación con la madre también fue distante ya que ella no reconoció que fue abusada por el padre. Sus hermanos mayores también recibieron abusos físicos por parte del padre, pero se rompió la relación cuando ella acusó al hermano mayor.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales:

No se tenía información.

4.1.6 Examen del estado mental

4.1.6.1 Presentación

Nivel de conciencia: Tuvo buena concentración y atención

Aspecto general: Complexión media, morena, talla mediana, estatura baja, higiene y arreglo adecuados, mantuvo contacto visual.

Actitud: se mostró negativa al inicio, colaboradora y abierta en las siguientes sesiones.

4.1.6.2 Conducta motora y estado afectivo

Conducta motora: sus movimientos fueron congruentes con la situación, no se observó dificultad

Afecto: expresión facial de tristeza, habla, entonación y ritmo fueron normales, el afecto fue embotado.

4.1.7 Estado cognoscitivo

Atención: Mantuvo atención constante y satisfactoria, con interés sobre lo que se le habló.

Concentración y vigilancia: tuvo capacidad para concentrarse en el tema. Mantuvo un estado de vigilia correcto y asertivo.

Orientación: Estuvo orientada en tiempo, lugar y espacio.

Lenguaje:

- Fluidez: Habló espontánea, su timbre de voz fue adecuado.
- Comprensión: su comprensión de conceptos fue buena, el vocabulario fue acorde a su edad.
- Designación. Utilizó términos apropiados

Memoria: Su memoria remota, reciente e inmediata fueron satisfactorias. Memoria visual y auditiva fue correcta.

Razonamiento: En juicio práctico no quiso tomar decisiones. Le costó expresar sus sentimientos, emociones.

4.1.7.1 Pensamiento

Proceso: coherente, concreto.

Contenido: se observaron preocupaciones y tristeza que interfirieron a veces en sus actividades.

Introspección: reconoció tener problemas, aunque evadió expresarlos.

4.1.7.2 Estado de ánimo

Durante primera entrevista se mostró desesperanzada, sin deseos de nada, negativa. En la siguiente entrevistas expresiva y optimista.

4.1.8 .Resultados de las pruebas

Durante las pruebas Lidia se mostró colaboradora, y realizó las pruebas en el tiempo adecuado. En las pruebas proyectivas borró varias veces, comentó “no soy tan dibujante, qué cabezón, no me gusta dibujar humanos”.

Cuadro 1 Pruebas e instrumentos aplicados

Pruebas e instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la figura humana	15/4/2015
2. Test del árbol:	15/4/2015
3. C.A.Q.	28/5/2015
4. Inventario de Depresión de Beck	8/6/2015
5. Test de la familia	11/6/2015
6. Escala de depresión de Hamilton	15/6/2015
7. Escala de depresión de Zung	15/6/2015

Fuente elaboración propia, junio 2015

Test de la figura humana:

La prueba proyectó pulsiones poderosas y violencia. Reflejó ansiedad y conflictos emocionales, aunque se encontró ubicada y en contacto con la realidad. Se observó impulsividad, inmadurez y conducta acting-out. Manifestó también preocupación por rendimiento académico e intelectual con medidas compensatorias. También se evidenció aislamiento social, negación de problemas y de enfrentar el mundo. Se proyectaron sentimientos de inmovilidad e indefensión e incapacidad para progresar. Angustia por el propio cuerpo, culpa masturbatoria.

Reflejó cierta ansiedad respecto a sus sentimientos. Se detectaron también aspectos como dificultad de contacto con los demás, sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente o por la capacidad para actuar. Por último se pudo identificar tensión, rigidez, dificultad en el control de impulsos. Temor a sufrir ataque sexual.

Test del árbol:

En esta prueba se proyectó que la persona está enfocada hacia su pasado, reflejó instintividad en el cuerpo, en los órganos y miembros inferiores. Y cierta brutalidad. Se observó un deseo de superación del sentimiento de inferioridad. Denotó pesadumbre, inhibición, instintividad e inmovilidad tanto física como psicológica, también reflejó fuerza por compensación del sentido de impotencia con tendencia a la brutalidad.

Se encontró también inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones. Proyectó fantasía, exhibición, compensación afectiva, además de reserva de sentimientos e inhibición de afectos, sin embargo, en el contacto con el miedo mostró extroversión y espontaneidad.

CAQ:

Tomando en cuenta la estructura básica de la personalidad, la paciente en la prueba reflejó timidez y que tendía a perder su aplomo con pensamientos de inferioridad, lo que posiblemente la llevó a evitar los contactos interpersonales ya que no se sentía comfortable con los demás.

Tenía tendencia a mostrar impulsos repentinos o incontrolados que la alejaban de la realidad. Se mostró preocupado, sin energía para actuar y con sentimientos de intranquilidad que pueden coincidir con creencias de que la persiguen, espían, controlan o maltratan. Se observó también su preocupación por la salud y funciones corporales, a pesar de que exteriorizó insatisfacción de la vida con pensamientos autodestructivos. Todos estos síntomas manifestaron que la paciente estaba pasando por una fuerte depresión.

Inventario de depresión de Beck:

El test reflejó una depresión extrema.

Test de la familia:

La prueba proyectó pulsiones poderosas, violencia, ansiedad y conflictos emocionales en general. A la vez manifestó determinación, decisión y asertividad y cierta impulsividad, relacionado con la imaginación y lo ideal. Se observó continuamente sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez y depresión. Manifestó además preocupación por lo intelectual y rendimiento académico.

Enfatizó a la figura materna, aunque hizo evidente una desvalorización por los miembros de la familia y una perturbación en las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los individuos y a una pobre imagen de sí misma. Reflejó nuevamente ansiedad y sentimientos de devaluación que se evidencian en personas agresivas y psicósomáticas, pero a la vez mostró un esfuerzo por controlar impulsos. Se observó que existe dificultad para conectarse con los demás, sin embargo, se vio agresión dirigida hacia fuera en la figura maternal.

Escala de Hamilton:

La prueba dio como resultado una depresión severa.

Otros estudios diagnósticos:

Ninguno.

4.1.9 Impresión diagnóstica

Liza fue una persona que reveló determinación, decisión y asertividad, relacionada con la imaginación y lo ideal. No obstante, la paciente exteriorizó ciertas perturbaciones y rasgos de depresión crónica que ha mostrado por más de dos años, debido a los abusos de los que fue víctima durante su niñez, además de la falta de credibilidad y desvaloración por parte de la madre.

Reflejó ansiedad y conflictos emocionales los cuales los hizo evidentes con arranques de impulsividad y violencia, lo que a la vez le dificultó conectarse con los demás y mantener relaciones estables. A pesar de esto, trató de mantener la buena relación entre sus compañeras. Exteriorizó mucho resentimiento hacia su papá y a su mamá, pero a la vez quería recibir cariño de parte de la madre. La falta de cariño la llevó a buscar caricias de pares del mismo sexo, ocasionándole problemas en el hogar y en las relaciones con los encargados.

La paciente tenía una imagen pobre de sí misma, le fue muy difícil encontrar características positivas en su persona, manifestó sentimientos de inferioridad e inseguridad asimismo sentimientos de culpabilidad. Sin embargo, Liza fue una persona que tenía deseos de salir adelante, de llegar a ser una traductora jurada y viajar por todo el mundo, lo que hizo que fuera una paciente con mucho potencial para superar su estado actual.

4.1.10 Diagnóstico multiaxial

EJE I: T74.2 Abuso sexual del niño (V61.21)

T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21]

T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico (V71.09)

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Abuso sexual y físico por parte de los padres, falta de atención y cariño parte de la madre.

Abuso sexual por parte del hermano mayor.

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal: juicio legal e institucionalización

EJE V: EEAG 60

4.1.11 Recomendaciones

- Se recomendó trabajar con la paciente técnicas para que pudiera superar el abuso del que fue objeto en su niñez, buscando las terapias más indicadas, que han sido beneficiosas en este problema.
- Trabajar con técnicas cognitivas-conductuales para que la paciente pueda mejorar la percepción de sí misma y con su comportamiento.
- Se recomendó ayudar a la paciente a establecer metas para su futuro y estimular para que tenga la seguridad de lograrlas y pueda desarrollar capacidad de toda de decisiones.

4.1.12 Plan terapéutico

Se utilizó la terapia Cognitivo-conductual de Beck para tratar rasgos de depresión con el objetivo de que la paciente se diera cuenta de su estado de ánimo y comportamiento no apropiados, eliminando así sus conductas autolesivas e inadecuadas. La terapia cognitiva fue resultado de la investigación de Aaron Beck que partiendo del psicoanálisis, logró encontrar una terapia efectiva para tratar la depresión al identificar cómo las personas deprimidas presentaban más frecuentemente pensamientos negativos acerca de sí mismos.

También se utilizó el manual de Gioconda Batres para el tratamiento de adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual con el objetivo de ayudar a la paciente a superar el abuso sexual por parte del padre y hermano y para que pudiera perdonar a su madre por el poco apoyo que le brindó.

Este plan terapéutico se llevó a cabo en 24 sesiones tomando en cuenta la entrevista y las pruebas que facilitaron determinar el diagnóstico. Además se aplicaron técnicas sencillas pero útiles que permitieron conseguir un mayor control de la mente, las emociones y el cuerpo, donde se efectuó cambios deseados de la conducta.

4.1.13 Teorías que explican el diagnóstico

La Terapia Cognitivo-Conductual surge en la década del 50 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva de Bandura, Ellis, Beck, y Meichenbaum. Esta terapia considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás.

El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones. Luego en la interacción con el medio ambiente se produce la adquisición de la manera habitual de pensar, sentir y actuar, de aprender a resolver problemas o dejar ir. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas. La Terapia Cognitivo-conductual asume que los patrones de pensamiento desadaptativos o erróneos causan comportamientos y emociones negativas. Los terapeutas ayudan a los pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional.

Un terapeuta de cognitivo-conductual intentará explorar los vínculos entre los pensamientos y las emociones que ocurren *antes* de las conductas disruptivas en personas con enfermedad mental. Al establecer estas conexiones, las personas aprenden a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos o inapropiados, y como consecuencia, pueden manejar los comportamientos relacionados con su padecimiento. Al explorar estos patrones de pensamiento que conducen a acciones autodestructivas y las creencias que dirigen estos pensamientos, las personas con “enfermedad mental” pueden modificar sus patrones de pensamiento de modo que incrementen su capacidad de lidiar con el mundo.

Características de la psicoterapia cognitivo conductual:

La TCC está basada en dos tareas específicas:

- Reestructuración cognitiva, en la que el terapeuta y el paciente trabajan juntos para modificar los patrones de pensamiento, y activación conductual, en la que los pacientes aprenden a superar obstáculos al participar en actividades que disfrutan.
- TCC se enfoca en el presente inmediato: en qué y cómo una persona piensa más que en el por qué una persona piensa de tal modo.
- TCC se enfoca en problemas específicos. En las sesiones se identifican problemas de conducta y de pensamiento, son priorizados y se atienden específicamente.
- TCC está orientada a metas. Al trabajar con su terapeuta se les solicita a los pacientes que definan metas para cada sesión así como metas a largo plazo.
- El enfoque de TCC es educacional. El terapeuta utiliza experiencias estructuradas de aprendizaje que enseñan a los pacientes a monitorear y escribir sus pensamientos negativos e imágenes mentales. La meta es reconocer cómo estas ideas afectan su humor, conducta y condición física. Los terapeutas enseñan habilidades importantes para lidiar con las situaciones, tal como resolución de problemas.
- Los pacientes de TCC toman un rol activo en el aprendizaje en el transcurso de las sesiones. Se les entregan tareas para realizar en casa al final de las sesiones, y son revisadas la siguiente sesión.

Objetivos de la terapia Cognitivo-conductual:

Las metas de la terapia cognitiva son ayudar a las personas a alcanzar un alivio de su desorden y prevenir la reincidencia. El trabajo en las sesiones consiste en ayudar a las personas a resolver sus problemas de la vida real y enseñarles a modificar su pensamiento inadecuado, comportamiento disfuncional y afecto angustioso. De este modo, la meta de la terapia cognitivo conductual es reconocer pensamientos negativos y remplazarlos con pensamientos positivos, que darán lugar a comportamientos favorables para la persona. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual

reemplaza los pensamientos que llevan a la baja auto-estima (“no puedo hacer nada bien”) con expectativas positivas, como “puedo hacer esto correctamente”.

Perspectiva terapéutica:

Se ha considerado a la Terapia Cognitivo-Conductual como una terapia fría en la que no se le da importancia a la relación terapéutica, no tomando en cuenta los aspectos afectivos de cualquier lazo humano. Al psicólogo se le ha calificado como apático y distante, conductor de una técnica insensible, basada en un protocolo estructurado que ignora las diferentes emociones que el paciente expresa. Este desconocimiento ha formulado críticas perjudiciales que condenan el trabajo científico de profesionales dedicados a mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

Contrariamente a estas críticas, la Terapia Cognitivo Conductual se ha considerado y debatido la temática de la relación terapéutica desde hace más de cuatro décadas. Más aún, siendo fieles al compromiso entre aplicación e investigación, se han llevado a cabo estudios empíricos con el objetivo de clarificar las variables en juego. Vale decir, desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual no se trata únicamente de debatir y opinar acerca del vínculo terapéutico, también debemos objetivar empíricamente el proceso.

En la tradición conductual se sostiene que la relación entre terapeuta y paciente se fortalece cuando éste percibe que el tratamiento le reporta resultados exitosos. No obstante, también se ha observado que la efectividad puede esfumarse si el profesional no contempla el vínculo terapéutico. El manejo adecuado del mismo aumenta la confianza del paciente hacia la terapia y propicia el marco óptimo para la aplicación del tratamiento.

Los programas de entrenamiento en Terapia Cognitivo Conductual dejan en claro que el psicólogo, además de detentar una sólida formación teórica y técnica, debe poseer ciertas habilidades de comunicación orientadas al fortalecimiento de la relación terapéutica. Se denominan "variables inespecíficas" a aspectos tales como la personalidad, el estilo de comunicación y las habilidades sociales del terapeuta. Si bien no otorgan las condiciones

suficientes para el cumplimiento de los objetivos de la terapia, las variables inespecíficas pueden aumentar notablemente la probabilidad de éxito.

Tiempo estimado de la terapia:

El tiempo estimado de la terapia es de 14 a 16 sesiones, realizando sesiones de una hora de duración, una vez por semana.

Cuadro 2 Presentación del plan terapéutico

Problemas Clínicos	Objetivos	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Rasgos de depresión	Lograr que la paciente pueda darse cuenta de su estado de ánimo y de su comportamiento no apropiado y elimine sus conductas autolesivas.	Se utilizará la Terapia Cognitivo-conductual. Técnicas aversivas: que se enfocará en ayudar a evitar los comportamientos autolesivos. Y los problemas relacionados con los trastornos sexuales y de identidad sexual	Estas técnicas serán aplicadas en 6 sesiones
Abuso sexual del niño	Ayudar a la paciente a superar el abuso y poder perdonar a su madre por la falta de apoyo	Se utilizará la Terapia Cognitivo-Conductual mediante el manual de Gioconda Batres para sobrevivientes de incesto y abuso sexual	Dichas técnicas se realizarán en 9 sesiones alternando con las anteriores

Cuadro 3 Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Terapia Cognitiva-Conductual	Recursos
1. Lograr que la paciente conozca las directrices y forma en que va ser llevada la terapia.	Psicoeducación para informarle y darle conocimientos básicos a la paciente a cerca del tipo de terapia a utilizar, el objetivo y la manera en que se va a realizar	Paciente y terapeuta
2. Conducir a la paciente a que pueda darse cuenta de su comportamiento inadecuado	Terapia racional emotiva: Refutación para que la paciente se dé cuenta de las ideas irracionales y luego ayudarla a discriminar estas ideas.	Paciente y terapeuta
3. Que la paciente elimine las conductas autolesivas	Técnicas aversivas: enseñarle fotos de mutilaciones e infecciones debido a lastimaduras y así crear miedo en la paciente para que deje de cortarse.	Fotos de lesiones Paciente y terapeuta
4. Que la paciente identifique que situaciones la hacen sentirse con deseos de lesionarse	Técnicas operantes: economía de fichas, contrato de contingencias. Por medio de fichas, hacer que la paciente lleve un record de los momentos en los que tiene deseos de lesionarse.	Fichas Paciente y terapeuta
5. Comprometer a la paciente a que no se lesione.	Técnicas operantes: realizar un contrato en el que la persona se comprometa a no lastimarse	Contrato Paciente y terapeuta
6. Que la paciente pueda encontrar personas capaces de brindarle apoyo	Terapia cognitiva-conductual con orientación género sensitivo. Establecer que personas son confiables, poder identificar actitudes positivas y negativas en las personas cercanas.	Hojas impresas, lápiz

<p>12. Hacer sentir a la paciente que no es malo sentir ira</p>	<p>Psicoeducación: informar a la paciente sobre las emociones, enfatizar en la ira como fuerza vitalizadora.</p> <p>Rituales: escribir carta al abusador y luego quemarla</p> <p>Tarea: Realizar una lista de momentos que está ausente</p> <p>Hacer retroalimentación sobre todo lo aprendido hasta el momento.</p> <p>Que llene cuestionario sobre los cambios en sus interrelaciones al momento</p>	<p>Hoja para realizar la carta</p> <p>Cuestionario sobre intimidad y relaciones</p> <p>Paciente y terapeuta</p>
<p>13. Dar conocimientos positivos a cerca de la sexualidad</p>	<p>Psicoeducación: dar información de sexualidad.</p> <p>Ejercicios para identificar su sensualidad</p> <p>Ejercicio ideas sobre la sexualidad</p>	<p>Hoja y Lápiz</p> <p>Paciente y terapeuta</p>
<p>14. Llevar a la paciente a cambios asertivos</p>	<p>Autoregistro: que la paciente anote todos las situaciones para sentirse orgullosa de sí misma. Hacer una revisión de los ejercicios llenados en las primeras sesiones.</p> <p>Analizar conjuntamente todos los avances obtenidos, felicitarla y hacer la despedida.</p> <p>Ofrecer los servicios por si más adelante necesita terapia.</p>	<p>Hoja para autoregistro</p> <p>Ejercicios anteriores</p>

4.2 Análisis de Resultados

Con bases a los objetivos tanto el general como los específicos se plantean los siguientes resultados.

4.2.1 Daño del desarrollo integral de la adolescente debido al incesto

La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia Decreto 27-2003 dice que para un desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes es necesario que desde su concepción, se le proteja, cuide y asista, para lograr un adecuado desarrollo físico, mental, social y espiritual. También refiere que los niños y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra cualquier forma de descuido, abandono o violencia, trato cruel o inhumano y degradante. El Estado respetará los derechos de los padres o sus representantes para cuidar, guiar, educar y corregir con disciplina prudente, pero sin que esta vulnere la dignidad e integridad del niño o adolescente y penará los excesos resultantes de las acciones u omisiones en que incurran los padres.

Está comprobado que los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo físico, emocional, intelectual y social de las personas. Por lo que la salud, nutrición, y educación, así como un buen cuidado y afecto por parte de los padres y madres en las etapas tempranas evita el riesgo de que se produzcan retrasos en el desarrollo que pueden ser irreversibles.

Los niños y adolescentes que vivieron el incesto, sufrieron daños severos particularmente en su bienestar psicosocial, aunque no se puede generalizar ya que existen variables que condicionan el impacto en las víctimas. En los hallazgos de investigación en el caso de estudio se estableció que la adolescente resultó afectada en su conducta presentando negativismo, suicidio pasivo, y actitudes autolesivas.

En lo emocional manifestó culpa, vergüenza, depresión severa, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, disgustos con el cuerpo, enojo y rencor hacia su madre, sensación de impotencia psicológica, dificultad para decir no, ira. Respecto a las relacionales exteriorizó terror a intimidad afectiva, desconfianza, dudas sobre su identidad, déficit de

habilidades sociales, retraimiento social y conductas antisociales. Entre los problemas físicos se determinó que sufría cefaleas, problemas de sueño y pesadillas traumáticas.

4.2.2 Tipos de abuso sufridos por la adolescente

Barudy (1998) sostiene que todo descuido, desatención y acción que despoje a los niños de sus cuidados básicos, de sus derechos y de su libertad por parte de cualquier individuo incluyendo a familiares, instituciones o personas de la sociedad y que afecte el desarrollo del niño, se define como abuso.

La Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) determina que dentro de los abusos a niños, niñas y adolescentes dentro del entorno familiar se distinguen: el abuso físico que se refiere a toda agresión hacia el niño como castigo independiente de la dimensión y característica del mismo. El abuso emocional o psicológico que abarca todo acoso verbal, insultos, críticas, descréditos, ridiculización, indiferencia y rechazo hacia el niño y adolescente. El abandono y negligencia hace referencia a la falta de protección y cuidado por parte de los responsables del cuidado de los menores. Por último el abuso sexual que incluye el incesto y la explotación sexual y abarca toda actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente.

Se comprobó que la adolescente sufrió varios tipos de abuso durante su infancia. Desde niña soportó agresiones físicas y verbales tanto por parte del padre como de la madre. La abuela y la madre constantemente la humillaban y desvaloraban al expresarse y referirse hacia ella de forma despectiva. El poco cuidado que recibió por parte de la madre, la puso en una situación vulnerable a los abusos del padre primero, quien empezó a tocarla desde los cinco años y la violó a los 10 y continuó hasta los 13 años. Luego el hermano mayor también abusó de ella.

4.2.3 Forma en que el incesto afectó la autoestima de la adolescente

“La autoimagen está constituida por creencias y las percepciones que aceptamos como la verdad sobre nosotros. La autoestima es la verdad sobre nosotros. Es el grado de aprobación que tenemos por nuestra propia imagen. Es también una idea de nosotras mismas, de nuestro valor

como persona y de nuestras habilidades (Stanford, 1984)” (Tratamiento Grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de Incesto y Abuso Sexual, 1998, p. 46).

Batres (1998) afirma que los sobrevivientes del incesto vivieron situaciones que las hicieron verse como malas personas. Los mensajes verbales también afectaron la imagen y la percepción positiva de sí misma. Vivieron en familias en donde el abuso fue una conducta constante.

Los abusos que sufrió la adolescente durante su niñez, tanto física como emocionalmente, dieron lugar a creencias de que había algo fundamentalmente mal o de impotencia en su calidad de ser humano e implantaron sentimientos de inadecuación haciéndola creer que no merecía ser amada ni digna de un buen trato. Desarrolló una autoimagen reducida. Los mensajes verbales que recibió también contribuyeron a que se sintiera menoscabada y que desarrollara una percepción propia negativa. Se pudo observar entonces que el incesto grabó en ella una imagen y opinión estigmatizada y subestimada de sí misma, acompañada con sentimientos de rechazo, culpa y una baja autoestima en general.

4.2.4 Depresión existente en la adolescente

Sarason (2006) manifiesta que la depresión abarca cambios negativos en la conducta y el estado de ánimo que pueden ser duraderos o temporales. Dependiendo de su duración se pueden distinguirse en distintos tipos como son: estado de ánimo temporalmente depresivo; estado de ánimo duradero, que afecta la conducta normal y estado de ánimo gravemente depresivo que incapacita para funciona de forma eficaz, pero es temporal.

Morán, Roberto (2006) en su libro Educandos con desórdenes emocionales y conductuales, considera que la depresión se define dependiendo de la percepción que se tenga. Considera que la percepción más frecuente, define la depresión como un desorden emocional o afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo de infelicidad, tristeza, pérdida de interés en actividades sociales, desesperanza, baja autoestima, ansiedad, reacciones psicósomáticas y deseo de morir.

Refiere que existen diferentes tipos de depresión:

- Depresión psicótica que incluye ideas delirantes de persecución, alucinaciones auditivas, pensamiento desordenado y confuso, además de los síntomas de la depresión neurótica.
- Depresión neurótica que se da por una integración negativa de la personalidad en el desarrollo y que ocasiona angustia, culpa, pérdida de algo querido y tensiones familiares.
- Depresión endógena debida a un desequilibrio bioquímico del cerebro.; presenta tristeza constante, decaimiento y sensación de vacío que puede durar mucho tiempo.
- Depresión exógena (reactiva), es la depresión ocasionada por un eventos estresantes durante la vida.

La paciente evidenció síntomas de una depresión de tipo neurótica entre los que se encuentra la angustia, culpa, así como tensiones familiares. También presentó depresión de tipo exógena debido a los diferentes tipos de abuso que sufrió durante su niñez, entre los que se incluye el incesto. Asimismo se pudo establecer que su depresión era de un estado de ánimo duradero, que afectó su conducta normal.

4.2.5 Secuelas y traumas que manifiesta la adolescente por el incesto

Según Batres, (1995) El incesto deja huellas traumáticas que han sido descritas por varios autores: Briere, 1989, Blume, 1990, Batres 1994 y estas a su vez se agrupan en conductuales, emocionales, relacionales y de problemas físicos.

Los principios básicos del desarrollo humano resultan dañados con el incesto. Según Blume (1990) y Batres (1998) éstos afectan las siguientes necesidades básicas: amor se convierte en una búsqueda delirante toda la vida. Se sienten desvalorizadas e incluso sienten que podrían morir. Respecto al dominio asimilan que no tienen control sobre sus vidas. Aprenden que no son amadas por sí mismas, sino porque sirven a otros; experimentan el igualar el amor con deuda. Dentro de su ego e integridad corporal las víctimas no existen como seres separados ya que son consideradas como propiedades sujetas a toda clase de violaciones.

Echeburúa (2006) sostiene que el abuso en niños, niñas y adolescentes traen consecuencias físicas, psicológicas, de comportamiento y sociales, aunque es muy difícil analizar estas consecuencias por separado. Las secuelas físicas van a tener implicaciones psicológicas. Los problemas psicológicos se manifiestan con comportamientos inadecuados o de riesgo como son la ansiedad y la depresión y estos a su vez pueden ocasionar problemas de salud.

Refiere Echeburúa (2006) que dentro de las personas que consultan por problemas de salud mental, un 53% de ellas manifiestan trastornos mentales asociados al incesto. Se pudo comprobar que el incesto dejó en la adolescente secuelas y traumas en el área física, conductual, emocional sexual y social.

Dentro del área física presentó síntomas de problemas de sueño; en el área conductual manifestó conductas autolesivas. El área emocional resultó ser la más afectada mostrando síntomas de hostilidad, agresividad, culpa, vergüenza, baja autoestima, sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos, depresión y ansiedad, En lo sexual tuvo problemas de identidad. Y en social manifestó déficit en habilidades sociales, retraimiento y conductas antisociales.

El hecho de que la adolescente fue institucionalizada y llevó un proceso legal por causa del abuso; la desintegración familiar y la puesta en duda del testimonio de la menor por parte del juez, incrementaron el trauma en la adolescente.

Conclusiones

El incesto afectó la vida familiar, la salud, la educación, la seguridad social y la protección de la paciente, ocasionando un desarrollo integral pobre e inadecuado. Lo que a su vez provocó en la adolescente síntomas disfuncionales que afectaron el desenvolvimiento natural de la paciente y causaron deficiencia en su desarrollo

Se concluyó que la adolescente sufrió diferentes tipos de abuso durante su infancia. Tanto el abuso físico, como el psicológico, la negligencia infantil y el abuso sexual ocasionaron en la paciente sentimientos de ira, rencor, ansiedad, preocupación, tristeza, y desvalorización.

La poca aceptación por parte de los padres, los mensajes verbales negativos, las críticas y los descréditos, además del incesto, dieron lugar a que la adolescente desarrollara una imagen pobre de sí misma y una baja autoestima.

La adolescente del caso de estudio desarrolló una depresión de tipo neurótica y de tipo exógena al llenar los síntomas característicos de dichos tipos de depresión. En la depresión neurótica presentó angustia, culpa y tensiones familiares debido a una mala integración de la personalidad. En la depresión exógena manifestó tristeza profunda provocada por los malos tratos y el incesto que vivió durante su niñez,

Al mismo tiempo la paciente manifestó una depresión crónica ocasionada por las pocas muestras de interés y de cariño por parte de los padres y la falta de credibilidad de la madre. También el hecho de ser institucionalizada y de no recibir visitas por parte de su familia incrementó su sentimiento de tristeza.

Se concluyó que el incesto dejó secuelas y traumas en la paciente en el área física, conductual, emocional y social. Siendo las más significativas la depresión, conductas auto lesivas, hostilidad, agresividad, culpa, vergüenza, baja autoestima, desconfianza, rencor y problemas de identidad sexual.

Recomendaciones

Al salir de la institución, es recomendable que la paciente del caso de estudio, así como la familia inicien un proceso de terapéutica fundamentado en la terapia sistémica familiar para mejorar las relaciones interpersonales dañadas en el pasado.

En relación con la autoestima, se recomienda que la paciente continúe trabajando en su proceso personal para evitar los sentimientos de ira, rencor, ansiedad, preocupación, tristeza y desvalorización que el incesto le produjo.

Se recomienda trabajar con los padres para concientizarlos de los daños ocasionados por los diferentes abusos y orientarlos al cambio y a la adquisición de nuevas formas de comportamiento que aseguren un desarrollo adecuado en los hijos. También se recomienda fortalecer la autoestima en la adolescente mediante el reforzamiento positivo de sus habilidades y capacidades en la vida cotidiana; además de brindarle continuamente afecto, aprobación y aceptación.

Con base en las secuelas y traumas que dejó el abuso en la adolescente, se recomienda en la paciente, evaluaciones periódicas para detectar y prevenir una posible recaída al momento que surjan síntomas de depresión, tanto neurótica como exógena.

Se recomienda que la paciente reciba apoyo grupal con víctimas del incesto para un acompañamiento. Al mismo tiempo se recomienda que durante el tiempo que la paciente esté en la institución se le continúe brindando protección y apoyo para sobrellevar las consecuencias resultantes del trauma.

Referencias

Bibliográficas

American psychological Association, (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association* (3ª Ed.) México: Editorial Moderno.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Paternalidad, Apego y Resiliencia*. Barcelona: Gedisa

Batres, Gioconda (1998) *Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de Incesto y abuso sexual*. San José Cota Rica: ILANUD.

Batres, Gioconda (1997) *Del ultraje a la esperanza: tratamiento de las secuelas del incesto*. San José Costa Rica: ILANUD

Bates, T (2000) *Cómo entender la depresión con sentido común*. México: Grupo Editorial Tomo, S.A.

Branden, N (2010) *El Poder de la Autoestima*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.

Cacho, L (2008) *Con mi hijo no*. México: Litográfica Ingramex

Halgin, R., Whitbourene, S., (2009) *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-Hill Interamerican Editores.

Morris, Ch., Maisto, A.,(2009) *Psicología*. México: Pearson Educación

Morán, Roberto (2006) *Educandos con desórdenes emocionales y conductuales*. Puerto Rico: La Editorial, Universidad de Puerto Rico

Oblitas, L (2004). *Cómo hacer psicoterapia exitosa*. Colombia: Psicom. Editores

Olivares, J y Méndez, (2001) F *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Editoriales
Biblioteca Nueva

Sarason, I., Sarason,B.,(2006)1 *Psicopatología*. Estados Unidos: Pearson Educación

Sue, D., Sue, D., Sue, S., (2010) *Psicopatología Comprendiendo la Conducta anormal*.
México:Cengage Learning Inc.

Revistas

Echeburúa, E, Corral, P, (2006) *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la
Infancia*. Revista Española Medicina Forense 12,43-44

Navarro, E.Tomás, J. M.& Oliver, A.(2006). *Factores personales, familiares y académicos
en niños y adolescentes con baja autoestima*. Revista de psicología, 88,7-2

Llanos, T., Sinclair (2001) *Terapia de Reparación en víctimas de Abuso Sexual Aspectos
Fundamentales*. PsyKhé, 10, 53-70

CEPAL, Unicef (2009) *Desafíos Boletín de la infancia y la adolescencia Maltrato infantil: una
dolorosa realidad puertas adentro*. América Latina y el Caribe: UNICEF TACRO

UNICEF Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (2011) *Estudio sobre maltrato infantil en el
ámbito familiar*. ADE Comunicaciones. Paraguay: Artes Gráficas Zamphiropolos

Publicación de Gobierno

Constitución Política de la República de Guatemala. (2003): *LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. LIBRO I.* Guatemala
Recuperado:<http://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyProteccionIntegralNinez.pdf>

CONACMI (2006) *Las Representaciones Sociales sobre el Abuso Sexual con énfasis en el Incesto en Guatemala*: Recuperado: <http://www.pamiguatemala.org/Documento/Incesto.pdf>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2009) Publicación de NIH
Depresión Num.SP09 3561

Unicef (2011) *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y adolescencia* Guía conceptual Maltrato Infantil

Anexos

Anexo 1

Tabla de Variable

Nombre completo: Margarita Herman Lembke

Título de la sistematización: Estudio de caso sobre incesto infantil en adolescente de 14 años

Carrera: Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería social

Problemática	Variable de Estudio	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específico
1. Inseguridad 2. Tristeza 3. Pobre imagen de sí misma. 4. Conductas auto lesivas 5. Dificultad para relacionarse 6. Ira	Incesto	1. Diferentes tipos de abuso	Evaluar cómo el incesto puede afectar el desarrollo integral de la adolescente	Determinar la forma en que el incesto daña el desarrollo integral de la adolescente	1. Determinar que otros tipos de abuso que sufrió la adolescente durante el tiempo del incesto.
		2. Baja autoestima			2. Evaluar cómo el incesto afectó la autoestima en la adolescente del caso de estudio
		3. Depresión			3. Evaluar los tipos de depresión existentes en la adolescente de 14 años víctima de incesto.
		4. Trauma y secuelas del abuso			4 Determinar las secuelas y el trauma que dejó en la adolescente el incesto

Anexo 2

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

PRÁCTICA IV

Entrevista Directa

1. Ficha de identificación

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio:

Teléfono: _____

Idioma: _____

Fecha de la entrevista: _____ Cuota: _____

Referido por: _____

Niños/as:

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

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

Adultos:

Estado civil: _____

Años de matrimonio: _____

Nombre del conyugue: _____

Nombre, edad y sexo de los hijos:

2. Fuente de información

3. Motivo y circunstancias de la consulta

4. Padecimiento o problema actual

5. Antecedentes familiares

5-1 De la madre:

5.2 Del padre:

5.3 Hermanos:

5.4 Otros familiares:

5.5 Ambiente familiar en la infancia:

6. Antecedentes personales

6.1 Desarrollo temprano:

6.2 Conducta durante la primera infancia:

6.3 Etapa escolar:

6.4 Actividades laborales:

6.5 Adolescencia:

6.6 Vida sexual:

6.7 Vida marital:

6.8 Hijos/as:

6.9 Historia médica:

6.10 Salud mental previa:

6.11 Uso y abuso de sustancias legales e ilegales:

6.12 Comportamiento antisocial:

6.13 Constelación familiar:

EXAMEN MENTAL:

1. Conducta y aspecto general del paciente:

2. Estado cognitivo y sensorio:

3. Orientación:

4. Memoria:

5. Inteligencia:

6. Discurso:

7. Contenido del pensamiento:

8. Creencias y experiencias anormales de interpretación de eventos:

8.1 En relación al ambiente:

8.2 En relación al cuerpo:

8.3 En relación a sí mismo:

8.4 Experiencias anormales:

8.5 Al medio ambiente:

8.6 Al Yo:

9. Afectividad:

10. Juicio:

11. Personalidad:

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

13. Actitudes hacia sí mismo:

14. Actitudes morales y religiosas:

15. Humor y ánimo:

16. Intereses y actividades:

17. Fantasías:

18. Reacción a situaciones críticas:

19. Rasgos del carácter:

20. Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente:

EXAMEN SOMATICO

1. Examen Físico:

2. Exámenes de Laboratorio:

3. Exámenes de Gabinete:

4. Test Psicológico:

5. Terapéutica Previa:

Para uso del terapeuta posterior a la entrevista:

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

Especificar si existieron contradicciones en el relato:

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

Pronóstico: _____

Anexo 3

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

EXAMEN MENTAL

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Fecha: _____

1. Conducta y aspecto general:

1.1 Aspecto:

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

1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

- | | |
|-------------------|---------------------|
| _____ 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:

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

- _____ Aumento de actividad motora
- _____ Disminución de actividad motora

2. Estado de la cognición y del sensorio:

2.1 Orientación en persona

Orientación en lugar

Orientación en tiempo

2.2 Atención

Concentración

2.3 Memoria corto plazo

Memoria mediano plazo

Memoria largo plazo

2.4 Inteligencia: _____

3 Discurso:

Habla incesante

Habla escasa

Habla espontánea

Habla fluida

Habla escueta

Discurso rápido

Discurso lento

Discurso vacilante

Discurso explosivo

Expresión precisa

Expresión

Se pierde en interrupciones

Cambio de tema frecuente

Prolijidad

Usa palabras apropiadas

Impulsivo

Vago

Usa expresiones extrañas

Usa palabras sin sentido

Fuga de ideas

Concreto

Circunstancial

Tangencial

Bloqueos

Disociaciones

Reiteraciones

Perseverancias

Incoherencias

Incongruencias

Neologismos

Pararespuestas

Debe consignarse

Balbuceo

Tartamudeo

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

____ Ansiedad ____ Temores ____ Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: _____

Compulsiones y rituales: _____

Fobias: _____

Ideas delirantes: _____

Ideas suicidas: _____

Planes a futuro _____

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

¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito? ____SI____NO

5 Creencias y experiencias anormales

5.1.1 En relación al ambiente:

____ ilusiones ____ alucinaciones ____ delirios ____ ideas de referencia

____ interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo: ____ ideas ____ delirios

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

5.2 Experiencias anormales:

5.2.1 Al medio ambiente:

____ alucinaciones auditivas

____ alucinaciones táctiles

____ alucinaciones visuales

____ sentimientos de extrañeza

____ alucinaciones olfatorias

____ perplejidad

___ alucinaciones gustativas

___ sensación de ubicuidad

5.2.2 Al cuerpo:

___ dolores

___ alteraciones en sensibilidad

___ somatizaciones

___ alteraciones en esquema corporal

___ creencias de enfermedad

___ alucinaciones cinestésicas

5.2.3 Al Yo:

___ disociación

___ despersonalización

___ retardo de ideas autónomas

___ bloqueos

___ pensamiento forzado

6. Afectividad:

___ Afecto plano

___ Afecto eutímico

___ Expansión

___ Afecto

___ Afecto hipertímico

___ Hiperactividad

___ hipotímico

___ Labilidad emocional

___ Culpa

___ Embotamiento

___ Pánico

___ Miedo

___ Depresión

___ Hostilidad

___ Ansiedad

___ Elación

___ Calma

Otros: _____

___ Enojo

___ Aflicción

___ Susplicacia

___ Perplejidad

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

___ Alegría

___ Aburrimiento

___ Tristeza

___ 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 4

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección

1)

No me siento triste

Me siento triste

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

No me siento especialmente desanimado de cara al futuro

Me siento desanimado de cara al futuro

Siento que no hay nada por lo que luchar

El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

No me siento como un fracasado

He fracasado más que la mayoría de las personas

Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro

Soy un fracaso total como persona

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes

No disfruto de las cosas tanto como antes

Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas

Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5)

No me siento especialmente culpable

Me siento culpable en bastantes ocasiones

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones

Me siento culpable constantemente

6)

No creo que esté siendo castigado

Siento que quizá esté siendo castigado

Espero ser castigado

Siento que estoy siendo castigado

7)

No estoy descontento de mí mismo

Estoy descontento de mí mismo

Estoy a disgusto conmigo mismo

Me detesto

8)

No me considero peor que cualquier otro

Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores

Continuamente me culpo por mis faltas

Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio

A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré

Desearía poner fin a mi vida

Me suicidaría si tuviese oportunidad

10)

No lloro más de lo normal

Ahora lloro más que antes

Lloro continuamente

No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11)

No estoy especialmente irritado

Me molesto o irrito más fácilmente que antes

Me siento irritado continuamente

Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12)

No he perdido el interés por los demás

Estoy menos interesado en los demás que antes

He perdido gran parte del interés por los demás

He perdido todo el interés por los demás

13)



Tomo mis propias decisiones igual que antes



Evito tomar decisiones más que antes



Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes



Me es imposible tomar decisiones

14)



No creo tener peor aspecto que antes



Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo



Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo



Creo que tengo un aspecto horrible

15)



Trabajo igual que antes



Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo



Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo



Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16)



Duermo tan bien como siempre



No duermo tan bien como antes



Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir



Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir

17)



No me siento más cansado de lo normal



Me canso más que antes



Me canso en cuanto hago cualquier cosa



Estoy demasiado cansado para hacer nada

18)



Mi apetito no ha disminuido



No tengo tan buen apetito como antes



Ahora tengo mucho menos apetito



He perdido completamente el apetito

19)



No he perdido peso últimamente



He perdido más de 2 kilos

He perdido más de 4 kilos

He perdido más de 7 kilos

20)

No estoy preocupado por mi salud.

Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar de estómago o catarrros.

Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa.

21)

No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo

La relación sexual me atrae menos que antes

Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes

He perdido totalmente el interés sexual

Anexo 5

Escala de Hamilton

Instrucciones para la correcta realización del test;

1. Todas las preguntas deben ser contestadas.
2. En cada pregunta se elegirá la respuesta que más se ajuste a la manera en que se ha sentido el síntoma en el último mes.

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

Sentimientos de culpa

- Ausente
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

Suicidio

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- Ideas de suicidio o amenazas
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

Insomnio precoz

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño
- Dificultad para dormir cada noche

Insomnio intermedio

- No hay dificultad
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica aquí (excepto por motivos de evacuar)

Insomnio tardío

- No hay dificultad
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

Trabajo y actividades

- No hay dificultad
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- Palabra y pensamiento normales
- Ligeramente retrasado en el habla
- Evidente retraso en el habla
- Dificultad para expresarse
- Incapacidad para expresarse

Agitación psicomotora

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc.
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

Ansiedad psíquica

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad
- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin que le pregunten

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante

Síntomas somáticos gastrointestinales

- Ninguno
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

Síntomas somáticos generales

- Ninguno
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- Pérdida de energía y fatigabilidad. (Cualquier síntoma bien definido se clasifica aquí).

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- Ausente
- Débil
- Grave

Hipocondría

- Ausente
- Preocupado de si mismo (corporalmente)
- Preocupado por su salud
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

Pérdida de peso

- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

Introspección (insight)

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- No se da cuenta que está enfermo

Según la guía para el manejo de la depresión en la atención primaria y secundaria, la lectura recomendada para este test es:

- 0-7 No deprimido
- 8-13 Depresión ligera/menor
- 14-18 Depresión moderada
- 19-22 Depresión severa
- >23 Depresión muy severa

Anexo 6

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL

PROTOCOLO TEST DEL ARBOL (Kart Koch)

Nombre: _____

Edad Cronológica: _____ Edad Mental: _____

Fecha aplicación: _____

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
1	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.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
2	TRAZO		
	Débil	Con escasa presión. El dibujante apenas osa afirmarse sobre la realidad objetiva que es el papel	Siente delicadeza o debilidad de energía. Impresionabilidad al contacto con la realidad.
	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 sí	Inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, insertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad. Fig 2d
	Entrecortado	Dejando espacios fig. 3e	Sensibilidad explosiva, humor muy variable
	Recto	Ver figura 2c, d y 3c, d	Predominio de la razón, frialdad, por menos exterior, claridad
	Curvo	Ver figura 2b y 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

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
3	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

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
4	EL SUELO		
	Arbol sin suelo	Figura 8	Significa estar desarraigado, fluctuación, flata 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 circunscripto	Figura 7, 15, 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

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
5	LAS RAICES		
	Las raíces	En gral, 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

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
6	EL TRONCO		
	Base ancha	Mayor fijación de la tierra. Fig. 5, 6	Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aún hasta física (obesidad)
	Delgado	Figura 9 y 17	Sentido de debilidad o delicadeza tiene analogía con los trazos finos en la escritura
	Grueso	figura 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. Figura 7	Primitivismo, indeferenciación, 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 esas cualidades son interiores y hasta pueden manifestarse exteriormente. * Si la línea izquierda es ondulada y la de la derecha recta. * Línea ondulada y la izquierda recta.	* Sociabilidad, dulzura, contacto fuerte. * Representa sensibilidad interior cubierta por rigidez y frialdad exterior. * Representa rigidez y frialdad interiores, cubierta por aparente sociabilidad. Se toma en cuenta la combinación de la curva y de la recta, según las zonas derecha e izquierda.
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	Figura 8	Subjetividad, ensoñación, introversión
7	MANCHAS VARIAS	A veces simple adorno, se debe de tener en cuenta el tipo de trazo	
	Anguloso	Figuras 11, 13, 18	Dificultad en el contacto (corteza ruda)
	Predominando la curva	Figuras 13 y 17	Facilidad de contacto con el ambiente
	Solo trazo	Figura 9	Señal de primitivismo, inhabilidad general y debilidad propia de la edad
8	DILATACIÓN O REDUCCION DE DIAMETRO	Figura 13	En ambos casos significa: inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones. A veces ese estancamiento puede tener expresión física. Ej. Estreñimiento
9	CERCO ALREDEDOR DEL TRONCO	Figura 15	Protección, apoyo, falta de confianza en sí, desconfianza en los demás, temor
10	RAMAS EN EL TRONCO DEBAJO DE LA COPA	* Es algo ajeno, fuera de lugar. * Si la rama se presenta cortada:	* Denota infantilidad, incongruencia. * Acentuación de esa tendencia eventualmente obstinación infantil
11	TRONCO ABIERTO	Figuras 4 y 10	Explosividad, impulsividad, impresionabilidad. Carga y descarga instantáneas

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
12	COPA		
	Pequeña	Hasta 9 o 10 años es normal. Sobre esa edad es: fig 14	Infantilidad, inmadurez, regresión, neurótica
	Grande	"Balón". Figura 5	Fantasia, 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 normalmente del tronco hacia las ramas. Figura 6	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
	De líneas curvas	Figura 18	Dulzura, imaginación, compensación afectiva

	En espiral		Elasticidad en la comunicación y adaptación, movilidad, demasiada conversación, buen gusto, delicadeza
	En arcadas	Figuras 12 y 18	Sentido de la forma, presentación
	Dividida en trozos	Las ramas envuelven para evitar el choque. Fig 12 y 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. Figs 15, 6, 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	Figura 19	Actividad, agitación, ansia de vivir, capricho, espontaneidad, inconsecuencia, improvisación, ambivalencia, confusión, irrealidad
	Sombreada	figura 8	Impresionabilidad, indeterminación, irresolución, confusión, irrealidad
	Ramas abiertas	Figuras 13 y 15	Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación a la iniciativa
	Ramas en punta	Figuras 9, 13, y 15	Crítica, agresividad
	Ramificación delgada	Figura 9	Sensitividad, alta sensibilidad, impertinencia, susceptibilidad
	Ramas en líneas simples	Figura 9	Normas en la infancia, después por menos una débil falta de madurez intelectual o afectiva
	Ramas en estratos	Figuras 16 y 12	Domesticación, corrección forzada, tendencia a la sistematización y a la técnica, rigidez
	Ramas cortadas	Figura 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	Figura 18	Auto-centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente: armonía, plenitud interior y firmeza
	Copa pendiente a los costados del tronco	Figuras 8 y 9	Cansancio, depresión falta de energía, pasividad, indecisión
	Ramas recubiertas como por una membrana	Figuras 8 y 19	Ocultamiento, impenetrabilidad, falsedad, indefinición
	Formas contradictorias	Figuras 11 y 13 Ramas en direcciones opuestas	Contradicción, inconsecuencia, inadaptación, terquedad, desorientación
	Ramas interrumpidas	Principalmente en líneas curvas. Figura 17	Consideración, delicadeza, conceder favores a otros
	Ramas que se engrosan hacia la punta	Figura 13	Indican debilidad, contradicción, violencia, primitivismo
	Formas muy curvas	Figuras 17, 18 y 14	Reserva, artificialismo, domesticación, inhibición de afectos, obsesión neurótica
	Copa en conjunto		
	Copa en equilibrio	Figuras 8 y 18	Significa calma interior, reposo, equilibrio, artificialidad
	Copa en lado derecho más desarrollado	Figuras 4, 5, 13 y 15	Significa iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa imprecisión, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación
	Copa en lado izquierdo más desarrollado		Significa introversión, recogimiento, meditación y resolución

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
-----	--------------------	------------	----------------

13	HOJAS, FRUTAS Y FLORES		
	Hoja en la copa o en la	Figuras 7 y 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

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
14	Accesorios	Los nidos, aves, adornos, casa, etc. Figura 13	Mundo infantil, humorismo, broma, mordacidad
15	Forma en tercera dimensión	ramas, nudos en tercera dimensión, perspectiva. Figura 13	Originalidad, capacidad productiva, atrevimiento, ambición
16	Arbol partido	Figura 20	Vida partida, arruindada, falta de ánimo, depresión
17	Arbol caído		Vida derrumbada
18	Predominio del color negro		Significa síntomas de angustia, eventualmente pérdida de la realidad. Frecuentemente en ciertos estados psicóticos y neuróticos

Anexo 7

Test de la Familia

Aspectos Emocionales

Nombre:

Sexo:

Fecha de aplicación:

Colegio:

Edad Cronológica:

Grado:

Evaluador:

PLANO GRÁFICO

FI	FR	KFD		TRAZO
			Trazo fuerte	Pulsiones poderosas/Audacia/Violencia.
			Trazo débil	Delicadeza de sentimiento/Timidez/Inhibición de los instintos.
			Borraduras	Ansiedad con 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. Ansiedad generalmente asociado al área que borra. Conflictos emocionales.

			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 las fantasías, 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.
			Centro	Zona normal/Se encuentra ubicado y en contacto con la realidad.
FI	FR	KFD		DISPOSICIÓN DE LAS LÍNEAS
			Tipo sensorial	Por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de la vida. Características femeninas, sensibles. Necesidad de aprobación. Imaginativos, espontáneos e inseguros
			Tipo racional	Dibujan líneas rectas y ángulos. Dibujo estereotipado y rítmica de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas.

PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES
			Integración pobre de las partes. 7ª. Varones/6ª. 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 figura en 15 grados 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 en palabras.

Figura/Dibujo	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 con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.
Figura/Dibujo	VALORIZACIÓN/RELACIONES/JERARQUÍA
	Dibujado de primero: Admira, envidia o teme. Se identifica con él
	Dib. Con más detalles: Figura valorizada.
	Dib. Con menos detalles o de último o a una distancia de las figuras: Figura desvalorizada, ansiedad y problema emocionales asociados con la figura.
	Miembros ausentes: muerte, ausencia física/emocional, desvalorización. Niega una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico.
	Personajes nuevos; Valorización de éste personaje o persona que se entromete al núcleo familiar.
	Héroe (s) en el dibujo: Identificación con ésta figura.
	Tamaño de los padres desproporcionado: Sobre valorización (si son más grandes). Desvalorización si son marcadamente más pequeños.
	Distancia física entre los personajes: Refiere la distancia emocional existente entre los mismos.
	Planos diferente: Falta de comunicación, al menos que se justifiquen por un número elevado de personajes y/o manejados de forma jerárquica.

	Personajes en contacto: Comunicación entre miembros de la familia.
	Poco o nada de espacio entre miembros: “enmeshmen”; 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. (6 -7 años en adelante).
	Monstruos o figuras grotescas: Sentimiento de 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 (TV, muerte en familia, accidente de tránsito, etc).
	Figuras rotadas o por la espalda: Inadecuación, sentimiento 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 internos 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 y dibujo pequeño: Perturbación de las relaciones interpersonales vincula 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 encuentre sombreada existe mayor patología.
			Omisión de ojos: Aislados socialmente, niegan problema, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantasía.
			Ojos bizcos: Niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de la 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 e indefensión e incapacidad para progresar. Angustia por el propio cuerpo, culpa masturbatoria (la nariz se asocia a símbolo fálico).
			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 "City for help"
			Dientes: Niños muy agresivos, es necesario sumarle otros ítems emocionales.
			Omisión de cuello: 10 ^a . Varones/9 ^a . Niñas. Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
			Sombreado de cuello: 8 ^a . Varones/7 ^a . Niñas. Esfuerzo con controlar impulsos. Algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación mientras que otros niños vacilan entre impulsividad e hipercontrol, yendo de un extremo a otro.
FI	FR	KFD	TRONCO / VESTUARIO
			Omisión de cuerpos: 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: 8ª. Varones/9ª. Niñas. Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicossomáticos.
			Transparencias: Ansiedad con respecto al área dibujada con transparencia (en caso de enfermedad por ejemplo) o posible daño neurológico.
			Senos, ombligo, órganos genitales: Signos de sicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos. Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual.
			Flores dibujados 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/MANOS
			Omisión de brazos: Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos, como por ejemplo: robos.
			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. Tendencias hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos.
			Brazos largos: Agresión dirigido hacia afuera. También indica que el niño logra hacer conexión con lo que lo rodea. Expansividad.
			Brazos pegados al cuerpo: Control interno rígido y dificultad para 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 (robos?).
			Manos seccionadas: (brazos sin manos ni dedos) Dificultad con 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 por agresión física o conductas masturbatorias.
			Dedos como garras o uñas marcadas: Agresividad.
FI	FR	KFD	PIERNAS/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 impulsos. Temor a sufrir ataque sexual (solo si existen indicadores de apoyo)
			Omisión de pies: 9ª. /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, preocupaciones, inseguridad.
			Sol: Luz, calor, presencia paternal.
			Nubes tapando el sol o en medio del sol: Sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre: cariño y presión.
			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 (bellezas).

			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 SIMBOLOS
			Agua: Depresión, sentimientos depresivos relativos a la persona que está en el agua.
			Bayas: Agresividad.
			Bicicletas 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 del 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 amor.
			Pelota: Poder, agresividad.
			Piedras: Obstáculos o línea base.
			Refrigeradora: Privación oral.
			Tambores: Desplazamiento de la cólera.
			Tren: Poder.
			“X”: Zonas de prohibición.

NOTAS ADICIONALES:

Valor Narrativo

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Fecha de aplicación

¿Quiénes son?

¿Dónde están y que hacen?

¿Cuál es el más bueno de tu familia?

¿El menos bueno de todos?

¿El más feliz?

¿Quién quiere más a quién?

¿Quién quiere menos a quién?

¿Qué sucede cuando alguien se porta mal?

¿El más enojado? Y qué pasa cuando se enoja?

¿El más travieso?

¿El más inteligente?

Anexo 8

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
 FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA Y CONSEJERIA SOCIAL

Nombre _____ Sexo _____
 F. Aplicación _____ Colegio _____
 Edad Cronológica _____ Grado _____
 Evaluador _____

PROTOCOLO TEST DE LA FIGURA HUMANA

Plano Gráfico

TRAZO				
1	2	3	DIBUJO	INTERPRETACIÓN
			Trazo fuerte	Pulsiones poderosas, audacia, violencia
			Trazo débil	Delicadeza de sentimientos, timidez, inhibición de instintos.
			Borraduras	Ansiedad con 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 y fuerte tendencia a replegarse en sí mismo
			Ritmo constante (estereotipia)	Ha perdido 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
ESPACIO				
1	2	3	DIBUJO	INTERPRETACIÓN
			Sector inferior	Instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión o apatía. Significa lo concreto, lo sólido
			Sector superior	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas. Representa el mundo de las fantasías, las ideas y las tendencias espirituales.
			Sector izquierdo	Se relaciona con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas.
			Sector derecho	Puede corresponder a las metas en relación con el futuro.
			Centro	Zona normal; se encuentra ubicado y en contacto con la realidad
DISPOSICIÓN DE LINEAS				
1	2	3	DIBUJO	INTERPRETACIÓN
			Tipo sensorial	Por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de la vida; características femeninas, sensibles, necesidad de aprobación, imaginativos, espontáneos e inseguros
			Tipo racional	Dibujan líneas rectas y ángulos; dibujo estereotipado y rítmica, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por las reglas.

Plano Expresivo

TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS				
1	2	3	DIBUJO	INTERPRETACIÓN
			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 con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.

Figura

INDICADORES EMOCIONALES (Koppitz)			
		Integración pobre de las partes. 7ª varones / 6ª 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.
		Sombreado	Ansiedad relacionado con el área que se encuentra sombreado.
		Sombreado de cara	(Muy inusual) Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niños manifestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentre sombreada existe mayor patología.
		Sombreado de cuerpo y/o extremidades 8ª varones / 9ª niñas	Ansiedad relacionado con el cuerpo. Niños psicósomáticos, niños que roban. Sombreado de brazos se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos.
		Sombreado de manos o cuello 8ª varones / 7ª niñas	Manos: Angustia por actividad real o fantaseada con las manos. Cuello: esfuerzo por controlar impulsos: algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación de tensión mientras que otros niños vacilan entre impulsividad y el hipercontrol, yendo de un extremo a otro.
		Grosera asimetría de las extremidades	Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica.
		Inclinación de 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.
		Figura pequeña	Timidez, inseguridad, retraimiento o depresión.
		Figura grande	Expansividad, Inmadurez o controles internos deficientes, Egocentrismo (normal a edades tempranas).
		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 en palabras.
		Cabeza pequeña	Niños Inadaptados, sentimientos intensos de Inadecuación intelectual.
		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, que no ve el mundo de la misma manera que los demás.
		Dientes	Agresividad.
		Brazos cortos	Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Tendencias hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos.
		Brazos largos	Agresión dirigido hacia afuera. También indica que el niño logra hacer conexión con lo que lo rodea. Expansividad.
		Brazos pegados al cuerpo	Control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás
		Manos grandes	Conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos (robo?).
		Manos seccionadas (Brazo sin manos ni dedos)	Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de castración.
		Piernas juntas	Tensión, rigidez, dificultad en el control de impulsos. Temor a sufrir ataque sexual (solo si existen indicadores de apoyo).
		Presencia de genitales	Signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos.
		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 familia, accidente de tránsito, etc.).
		Payasos o vagabundos	Considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados.

Figura

1	2	3	
		Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	Asociado con bajo rendimiento escolar o lesión cerebral porque implica un tipo de perseveración.
		Nubes, lluvia o nieve	Niños ansiosos que se sienten presionados por su ambiente, por sus padres. Impulso agresivo dirigido hacia sí mismo. Trastornos psicósomáticos.
		Omisión de Ojos	Niños aislados que tienden a refugiarse en la fantasía porque no quieren aceptar una realidad dolorosa o frustrante.
		Omisión de Nariz	Refleja timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta. Escaso interés social. Pacientes psicósomáticos
		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.
		Omisión de Cuerpo	Serío 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.
		Omisión de Brazos	Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos, como por ejemplo, robos.
		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.
		Omisión de Pies 9ª varones / 7ª niñas	Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.
		Omisión de Cuello 10ª varones / 9ª niñas	Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
INDICADORES EMOCIONALES (Autores varios)			
		Omisión de manos	Dificultades de contacto ambiental o sentimientos de culpa.
		Omisión de rasgos faciales	Desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales.
		Omisión de rasgos faciales y dibujo pequeño	Perturbación de las relaciones interpersonales vincula a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.
		Manos escondidas	Culpa por agresión física o conductas masturbatorias.
		Dedos como garras	Agresividad
		Parches	Ansiedad con la parte del cuerpo en que se encuentra el parche.
		Pechos, ombligo, órganos genitales	Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual.
		Barba, bigote	Símbolos masculinos: necesidad de enfatizar la masculinidad
		Ojos muy grande	Ideas referenciales
		Boca grande	Abierta: Rasgos orales; necesidades incorporativas Arqueada: Necesidad de complacer
		Orejas grandes	Posible abuso verbal, preocupados por lo que habían los demás
		Figuras de palitos	Evasión, resistencia
		Rayones/garabatos	Ansiedad. Opción abierta a la tarea
		Encapsulación (jaula)	Necesidad de protección: protección para sí mismo del ambiente amenazante o para proteger a los demás de su persona.
		Línea base	Dependencia, inseguridad. Cuanto más gruesa, mayor es la inestabilidad y la inseguridad.
		Líneas sobre las figuras	Presión del ambiente, preocupación, inseguridad.
		Animal en vez de persona	Sentimientos de inadecuación o desvalorización de la figura
		Mariposas	Amor romántico y platónico; sentido estético (belleza)
		Gatos en las mujeres	Conflictos de identificación con la madre.
		Flores	Amor, belleza, crecimiento.

Figura

		Flores debajo de la cintura (en la ropa)	Preocupación por el desarrollo genital pero con conciencia de su feminidad.
		Líneas en "X"	Zonas de prohibición. Conflicto.
		Pelota	Poder, agresividad.
		Cuerda de saltar	Instrumento para mantener a los demás alejados: aislamiento.
		Globos y barriletes	Necesidad o deseo de libertad.
		Sol	Presencia paterna, generalmente positivo.
		Nubes tapando el sol o en medio del sol	Ambivalencia con respecto al cariño paterno, inseguridad en cuanto a la relación.
		Sol y nubes / Sol entre montañas u ocultándose	Presencia paterna y presión.
		Lluvia	Sentimientos depresivos.
		Piedras	Obstáculos o línea base.
		Estrellas	Privación emocional o física.
		Corazón	Amor, necesidad de amor y cariño.
		Figuras rotadas o de espaldas	Inadecuación, sentimiento de inferioridad. Pobre contacto con los demás.

Encuesta test de la Figura humana de Manchover

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ F. aplicación: _____

Explicación verbal:

Qué está haciendo la figura? _____

Qué edad tiene? _____ Es casado? _____

Tiene hijos? _____ Con quién vive? _____

En qué trabaja? _____

Qué ambiciones tiene? _____

Es elegante? _____ Es fuerte? _____

Es sano o enfermizo? _____

Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____

Tiene preocupaciones? _____ Cuáles? _____

Está triste o feliz? _____ Por qué? _____

Qué es lo que más le enoja? _____

Confía en las personas? _____

A quién le recuerda o se le parece la figura? _____

Quieres tu ser como ella? _____

Anotaciones:

Anexo 9

N.º 139

CAQ

USO ACADEMICO
NO LUCRATIVO

Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: Edad: Sexo:
V O M

Centro: Curso/Puesto:

Estado civil: Fecha:

EJEMPLOS:		1	A	B	C	2	A	B	C	3	A	B	C	4	A	B	C				P.D.											
1	A	B	C	20	A	B	C	39	A	B	C	58	A	B	C	77	A	B	C	96	A	B	C	115	A	B	C	134	A	B	C	D1
2				21				40				59				78				97				116				135				D2
3				22				41				60				79				98				117				136				D3
4				23				42				61				80				99				118				137				D4
5	A	B	C	24	A	B	C	43	A	B	C	62	A	B	C	81	A	B	C	100	A	B	C	119	A	B	C	138	A	B	C	D5
6				25				44				63				82				101				120				139				D6
7				26				45				64				83				102				121				140				D7
8				27				46				65				84				103				122				141				PA
9				28				47				66				85				104				123				142				PP
10	A	B	C	29	A	B	C	48	A	B	C	67	A	B	C	86	A	B	C	105	A	B	C	124	A	B	C	143	A	B	C	SC
11				30				49				68				87				106				125				144				AS
12				31				50				69				88				107				126				PS				
13				32				51				70				89				108				127								
14				33				52				71				90				109				128								
15	A	B	C	34	A	B	C	53	A	B	C	72	A	B	C	91	A	B	C	110	A	B	C	129	A	B	C					
16				35				54				73				92				111				130								
17				36				55				74				93				112				131								
18				37				56				75				94				113				132								
19				38				57				76				95				114				133								



Autor: S.E.Krug.
 Copyright © 1970 by Institute for Personality and Ability Testing.
 Copyright © 1985 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptado por N. Seisdedos y J.M. Prieto, con permiso de IPAT - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún,
 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta
 negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aquirre Campano;