



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

**Estudio de caso: Trastorno de adaptación no especificado a causa de diagnóstico de Parkinson en una paciente de 69 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Andrea Aleksandra Cobar Falla

Guatemala, julio 2021

**Estudio de caso: Trastorno de adaptación no especificado a causa de diagnóstico de Parkinson en una paciente de 69 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Andrea Aleksandra Cobar Falla

Licenciada Laura Eunice Mejía Túchez (Asesor)

M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisor)

Guatemala, julio 2021



## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera

## **Autoridades Facultad de Humanidades**

Decana	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecana	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Maria Manzano Figueroa

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

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Trastorno de adaptación no especificado a causa de diagnóstico de Parkinson en una paciente de 69 años, atendida en el Centro de Asistencia Social -CAS-". Presentada por el (la) estudiante: Andrea Aleksandra Cobar Falla, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

  
**Licenciada Laura Elnice Mejía Túchez**  
**Asesor**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, Guatemala mes de abril del año 2018.**

*En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso: Trastorno de adaptación no especificado a causa de diagnóstico de Parkinson en una paciente de 69 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)" Presentado por el (la) estudiante: **Andrea Aleksandra Cobar Falla**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

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



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA  
"Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA  
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, junio 2021. -----

En virtud que el presente Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **"Estudio de caso: Trastorno de adaptación no especificado a causa de diagnóstico de Parkinson en una paciente de 69 años, atendida en el Centro de Asistencia Social (CAS)"**, presentado por el (la) estudiante: **Andrea Aleksandra Cobar Falla**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.

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



 1779

 upana.edu.gt

 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

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



# Contenido

<b>Resumen</b>		i
<b>Introducción</b>		ii
<b>Capítulo 1 Marco de Referencia</b>		
1.1	Antecedentes	1
1.2	Descripción	2
1.3	Ubicación	2
1.4	Organización	3
1.5	Organigrama	4
1.6	Visión	4
1.7	Misión	4
1.8	Programas establecidos	5
1.9	Justificación de la investigación	5
<b>Capítulo 2 Marco Teórico</b>		
2.1	Enfermedad de Parkinson	6
2.1.1	¿Qué es la enfermedad de Parkinson?	6
2.1.2	Características	7
2.1.3	Evaluación	8
2.1.4	Consecuencias	8
2.2	Trastorno de adaptación sin especificar	10
2.3	Consecuencias relacionales	11
<b>Capítulo 3 Marco Metodológico</b>		
3.1	Planteamiento del problema	14

3.1.1	Problemática del caso de estudio	14
3.2	Pregunta de investigación	15
3.3	Objetivo general	15
3.4	Objetivos específicos	15
3.5	Alcances y límites	16
<b>Capítulo 4 Presentación de Resultados</b>		
4.1	Sistematización de estudio de caso	17
4.1.1	Datos generales	17
4.1.2	Motivo de consulta	17
4.1.3	Historia del problema actual	17
4.1.4	Historia clínica	18
4.1.5	Historia familiar	21
4.1.6	Examen del estado mental	22
4.1.7	Resultados y pruebas (cuantitativos y cualitativos)	23
4.1.8	Otros estudios diagnósticos	26
4.1.9	Impresión diagnóstica	26
4.1.10	Diagnóstico según DSM-V	27
4.1.11	Recomendaciones	27
4.1.12	Plan terapéutico	28
4.2	Análisis de resultados	29
<b>Conclusiones</b>		32
<b>Recomendaciones</b>		33
<b>Referencias</b>		34
<b>Anexos</b>		35

### **Lista de Imágenes**

Imagen 1	Ubicación	3
Imagen 2	Organigrama	4
Imagen 3	Genograma	21

### **Lista de Cuadros**

Cuadro 1	Pruebas aplicadas	23
Cuadro 2	Resultados cuantitativos BFI	23
Cuadro 3	Resultados cuantitativos WHODAS 2.0	24
Cuadro 4	Presentación de plan de tratamiento	29

## **Resumen**

En el presente trabajo se expone el estudio de caso realizado 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, Campus Central, Zona 16 ciudad capital. Como parte del proceso de práctica de la alumna Andrea Aleksandra Cobar Falla; la llevó acabo en el Centro de Asistencia Social, con ubicación en 7ª, avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er nivel, Ciudad Guatemala, con un tiempo de duración aproximado de diez meses, de enero a noviembre del año 2017.

El capítulo 1, Marco de Referencia se compone de la información descriptiva, estructurada y detallada de los precedentes del Centro de Asistencia Social, ubicación, visión, misión, así como también de los programas establecidos, a su vez se describen la justificación y antecedentes de dicha investigación.

El capítulo 2, Marco Teórico se expone la base teórica sobre la enfermedad de Parkinson y el trastorno de adaptación, su origen, las características principales para identificarla, el proceso para evaluar los casos que presentan esta enfermedad, abarca las consecuencias comprendidas en tres principales esferas: físicas, emocionales y relacionales, las cuales también se integran siendo la causa de la otra.

El capítulo 3, Marco Metodológico describe el planteamiento del problema, objetivo general y objetivos específicos, alcances y límites, a manera de explicar de forma detallada qué fue lo que llevó a investigar esos temas y como desarrollar apropiadamente la información.

El capítulo 4, Presentación de Resultados detalla el caso de la paciente, los datos relevantes para hacer más comprensible la información, la cual también incluye plan de tratamiento, análisis de resultados, conclusiones, recomendaciones.

## **Introducción**

El ser humano, en el transcurso de la vida se ve en la necesidad de enfrentar constantes cambios, iniciando desde su nacimiento, estos son físicos, emocionales y psicológicos, cruciales para desarrollar una capacidad de autosuficiencia, lo que le será de gran ayuda para adaptarse al mundo en el que vive. Dichos cambios continuarán como un proceso normal y evolutivo, desde la niñez hasta la senectud y, en ocasiones se verá en la necesidad de afrontar situaciones donde enfrentará diferentes afecciones físicas y emocionales, que representan un cambio radical en su estilo de vida y, según sea el caso, pueden ser irreversibles, tal como es el caso de la enfermedad de Parkinson donde se hace necesaria la intervención de expertos de la salud tanto física como psicológica, quienes pueden coadyuvar durante el resto de sus vidas.

El presente trabajo analiza y describe el procedimiento que ayuda a comprender las áreas que se han visto afectadas a causa de padecer la enfermedad de Parkinson, tales como: las necesidades que han de ser suplidas, las consecuencias físicas, psicoemocionales y sociales. También se puede apreciar el punto de vista neuroquímico de la enfermedad, la cual expone de una manera lógica las actitudes manifestadas por el enfermo, para alcanzar un mayor nivel de empatía en las personas que le rodean.

# Capítulo 1

## Marco de Referencia

### 1.1 Antecedentes

La enfermedad de Parkinson, clasificada como “trastorno del movimiento”, es una enfermedad neurodegenerativa crónica que principalmente se manifiesta en personas de la tercera edad, está ligada al déficit de dopamina en el cerebro, esto afecta el sistema nervioso autónomo, provocando temblores musculares involuntarios en las extremidades, rigidez, lentitud en el movimiento (bradicinesia), problemas de equilibrio, problemas de coordinación (ataxia), dolores musculares y articulares, alteraciones de la memoria, depresión, aumento de salivación, alteración de reflejos posturales, falta de expresividad facial y alteraciones del sueño. Descubierta por el médico británico James Parkinson, descrita como “enfermedad agitante”.

Esta enfermedad empeora con el transcurso del tiempo, lo que significa que cada vez se pierden más funciones y destrezas de uso diario. Desde el principio la persona se ve afectada por esta enfermedad, actividades cotidianas como lavarse los dientes o cambiarse de ropa pueden volverse una tarea muy difícil, dependiendo de la severidad de los temblores, pueden llegar a sentirse fatigados con mucha facilidad aun cuando no hayan realizado ejercicio como tal.

Esto implica realizar cambios significativos a la vida de quien padece esta enfermedad y adaptarse a éstos puede no ser tan fácil como se desea, especialmente en los casos donde el enfermo solía ser autosuficiente y no ha aprendido a afrontar de manera constructiva estas dificultades. En estos casos se recomienda ser diagnosticado por un médico experto y el apoyo psicológico que brinde las estrategias apropiadas que le servirán para acoplar los conocimientos de su vida, previos a la enfermedad y cómo integrarlos a las nuevas costumbres que deberá adquirir. Una vez ya se encuentre adaptado a los cambios, existirá menos rechazo a la nueva situación de vida, lo que disminuye el conflicto entre el anhelo de cómo eran las cosas y su realidad actual.

## 1.2 Descripción

La Práctica Profesional Dirigida se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Social (CAS) que se encuentra en el tercer nivel del Edificio Buonafina. Este centro cuenta con: una oficina, sala de espera, recepción, ocho salas de atención al usuario, en las cuales los terapeutas practicantes rotan haciendo uso de una sala diferente por semana, una sala de reunión, una bodega con juegos de mesa, juguetes, implementos para el entretenimiento infantil, una cocina y dos baños.

La implementación del centro surge como un proyecto social de la Universidad con el fin de procurar un impacto estructural en la sociedad guatemalteca a través de brindar servicio psicológico responsable de alto nivel a personas necesitadas de mantener y/o recuperar su salud mental.

Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo el CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y contribuir a su salud integral.

El CAS cumple con la finalidad de incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que las misma carrera requiere, con el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de Psicología. Así como parte de su preparación académica, fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la Psicología, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

## 1.3 Ubicación

El CAS se encuentra ubicado en la 7ª avenida 3-17 zona 9, Edificio Buonafina 3er. Nivel. Ciudad de Guatemala, está bajo la dirección de la Universidad Panamericana.

## Imagen No. 1

### Ubicación satelital tipo croquis



Fuente: Google Maps.

## 1.4 Organización

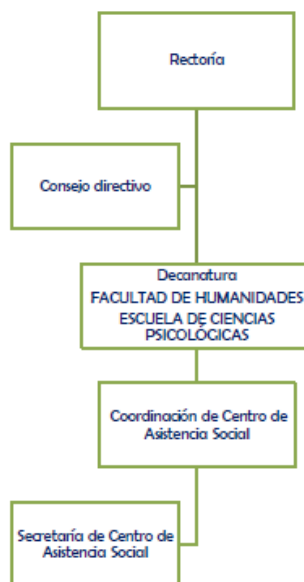
El CAS está conformado por la Junta Directiva de la Universidad Panamericana, el rector universitario, consejo directivo, decana y vicedecana de la Facultad de Humanidades Escuela de Ciencias Psicológicas, coordinadora del Centro de Asistencia Social y secretarías de Centro de Asistencia Social.



## 1.5 Organigrama

**Imagen No. 2**

### **Organigrama de CAS Universidad Panamericana**



Fuente: Centro de Asistencia Social, septiembre 2017.

## 1.6 Visión

El Centro de Asistencia Social tiene como visión la proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la Psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente y ética.

## 1.7 Misión

El Centro de Asistencia Social define la misión del proyecto como brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la Psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

## 1.8 Programas establecidos

El principal motivo del centro es la atención psicológica en sesiones individuales, los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. cada sesión tiene el único costo de Q 25.00, recibiendo una sesión por semana. Implementa una Escuela para padres gratuita, que brinda información útil y fácil de emplear para implementar y mejorar estrategias de uso familiar y personal.

## 1.9 Justificación de la investigación

El presente trabajo es la sistematización de Práctica Profesional Dirigida IV de 5to año de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, como parte del cierre de pensum de dicha carrera, la cual dio inicio en el mes de enero, finalizando en el mes de noviembre del año 2017, donde el proceso de práctica, llevada a cabo en el Centro de Asistencia Social de la misma Universidad, que cuenta con el objetivo principal de exponer a los estudiantes a situaciones reales para poner en acción los herramientas, estrategias y actividades que se emplea con los usuarios que soliciten la ayuda al centro.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Enfermedad de Parkinson.**

##### **2.1.1 ¿Qué es la enfermedad de Parkinson?**

Es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central que pertenece a un grupo de afecciones conocidas como trastornos del movimiento. Es crónica, por lo que se puede entender que los síntomas empeoran con el avance del tiempo, regularmente se notan los temblores primero, la rigidez en las extremidades o en el tronco, o también problemas de equilibrio. A medida que los síntomas se vuelven más pronunciados, pueden tener dificultad para caminar, el habla o realizar tareas sencillas diarias. Estos síntomas pueden relacionarse con otras enfermedades, por lo que es necesario ser diagnosticado por un médico competente.

Se presenta cuando se dañan o mueren las células nerviosas, el área que se ve afectada comúnmente es cerca de la base del cerebro y es conocida como sustancia negra, la principal productora de dopamina, neurotransmisor que trabaja como responsable de transmitir señales entre la sustancia negra y la siguiente, lo que produce movimientos uniformes y deliberados, así que la pérdida de dopamina provoca patrones anormales dentro del cerebro causando así movimientos irregulares e involuntarios. Estudios han demostrado que la mayoría de las personas que presentan Parkinson han perdido más células productoras de dopamina en un 60 a 80 por ciento al momento de la aparición de los síntomas, también han perdido las terminaciones nerviosas que producen norepinefrina, neurotransmisor que está estrechamente relacionado con la dopamina, trabaja como mensajero principal del sistema nervioso simpático, esta controla muchas de las funciones automáticas del cuerpo, entre estas podemos encontrar la presión arterial y el pulso. Esto podría explicar varias características no motrices manifestadas en esta enfermedad, podemos identificar la fatiga y las anomalías de la presión arterial.

Se desconoce una causa exacta de la enfermedad, en algunos casos se debe a la herencia genética, también se pueden deber a mutaciones genéticas. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos y se cree que esta enfermedad es el resultado de una combinación entre la vulnerabilidad genética y exponerse a uno o más factores ambientales, aún no conocidos que desencadenan la enfermedad, como la atrofia multisistémica, demencia con cuerpos de Lewy, parálisis supranuclear progresiva y la degeneración corticobasal.

De acuerdo con el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2016) hasta el día de hoy no se ha encontrado cura para esta enfermedad, aun así las investigaciones continúan, para comprender de mejor manera la enfermedad, su origen y métodos de prevención. Regularmente el uso de medicamento o pasar por un proceso quirúrgico puede influir sustancialmente en la mejora de los síntomas motores.

### 2.1.2 Características

Se le conoce como parkinsonismo al conjunto de signos y síntomas comprendidos en la enfermedad de Parkinson, mientras que el 70% de las dolencias corresponde a la enfermedad como tal, afectando el sistema nervioso que coordina la actividad, el tono muscular y el movimiento, el otro 30% está relacionado con otras dolencias de tipo degenerativo.

Suele comenzar en las edades comprendidas entre los 50 y 65 años; se presenta en hombres y mujeres por igual, así como en todas las razas y etnias. Esta enfermedad es un proceso crónico que tiene su origen en la degeneración y muerte del tejido nervioso, de allí el término de enfermedad neurodegenerativa, se caracteriza por la bradicinesia (lentitud de los movimientos), aumento del tono muscular y, en ocasiones, acompañada del temblor en reposo (acatisia), posteriormente se producen anomalías en la postura del afectado.

La enfermedad de Parkinson se encuentra clasificada dentro de los trastornos del movimiento, esto no la limita a que también manifieste alteraciones en el área cognitiva, la expresión de las emociones y la función autónoma.

### 2.1.3 Evaluación

El proceso para diagnosticar la enfermedad de párkinson se apoya en la historia clínica y en un examen neurológico, en algunas ocasiones se dificulta el diagnóstico de esta enfermedad cuando se encuentra en una etapa muy temprana, los primeros signos y síntomas pueden ser confundidos como los efectos normales del envejecimiento, es por esta razón que se hace necesario los estudios de imágenes cerebrales, actualmente se puede detectar en sus primeras etapas analizando una sustancia por medio de la sangre llamada *alfa-sinucleína fosforilada*, desarrollada en Reino Unido, que se ha comprobado que se encuentra presente en las personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad. Debido a que existen otras enfermedades que presentan características similares dentro de las exploraciones cerebrales por tomografía computarizada e imágenes por resonancia magnética, es fundamental determinar un diagnóstico preciso que proporcione el tratamiento adecuado para cada enfermedad.

### 2.1.4 Consecuencias

- Físicas

La enfermedad de Parkinson puede causar diferentes problemas a causa de los constantes movimientos que se presenten de manera involuntaria, lo que puede tener como consecuencia cansancio, una sensación constante de fatiga sin estar realizando mayor movimiento, otra consecuencia también puede ser los accidentes, si los movimientos en las piernas llegan a ser muy fuertes causan inestabilidad y pueden llegar a tropezar fácilmente. Si presentan dificultades para deglutir, esto también interfiere con el apetito por el temor a que le sea difícil alimentarse, los cambios en la dicción alterarían la capacidad de las otras personas para comprenderles, en ocasiones pueden llegar a presentar problemas para dormir, estreñimiento o problemas urinarios.

– Psicoemocionales

Debido al desequilibrio que se da en la dopamina, la consecuencia más común es la depresión, incluso llega a presentarse antes de la manifestación física de los síntomas, esto no se limita únicamente a las causas fisiológicas, también puede manifestarse debido a la frustración que las consecuencias físicas le causen y se debe tomar en cuenta, también, la edad del paciente, estos factores influyen de manera diferente a quien presente la enfermedad de Parkinson.

La depresión no será la única emoción que presenten, según sea el caso, ya que se les impone un nuevo estilo de vida al que no pueden optar por decir no, esto conlleva experimentar inconformidad, por no poder realizar las actividades por sí mismos, el deseo de negociación, ira, porque la negociación no dio resultado, negación y al no aceptar que presenta una enfermedad delicada y no deseen recibir ayuda, podrían sentir temor ante situaciones conocidas, pero que deberán enfrentar de diferente manera o experimentar inseguridad, ya que no se sentirían capaces de hacer algo por sí mismos nuevamente, el pesimismo es otro factor que se puede presentar, en el caso que ya no vean esperanza a pesar de lo que estén viviendo, por lo que necesitan mucha comprensión y paciencia para que puedan aceptar su estado y aprender nuevas formas de enfrentar los retos venideros.

– Relacionales

En las relaciones interpersonales, puede darse el caso que deseen sobreproteger al enfermo, esto puede causar la sensación de inadecuación a lo que el sujeto puede adaptarse o rechazarlo, provocando que se aísle, si estas tres consecuencias pueden verse como contrarias, también pueden ser la causa de la otra.

Debido a la ignorancia que todavía se presenta puede causar rechazo hacia quien padece esta enfermedad o que el mismo enfermo se aleje por no tener claro los efectos en estos, según sea el caso, puede llegar a provocar la unión familiar, que estos se ocupen en ser una red que proporciona apoyo, trabajen juntos y ayuden al enfermo siendo el apoyo emocional que estaría necesitando.

## 2.2 Trastorno de adaptación sin especificar.

Mientras haya mayor resistencia al cambio, mayor será la dificultad para superar la situación que esté viviendo un individuo, cuando el ser humano se ve obligado a cambiar sus hábitos diarios y los eventos que se presentan interfieren con el estilo de vida que había llevado, puede significar complicaciones para el curso que lleva la enfermedad, entiéndase también el Parkinson.

Tiene como característica esencial que este trastorno se encuentra ligado a un estresor fácilmente identificable, este podría ser un evento aislado, el cual no se vuelve a presentar, como un rompimiento, la muerte de una persona significativa, el despido de un trabajo, o puede ser una situación que se presenta de manera constante como una enfermedad crónica, integrarse a un nuevo colegio o andar en carro a la hora del tráfico. Cuando se presentan situaciones, que para la persona sean desagradables o indeseadas y la magnitud de la perturbación o rechazo excede los límites esperados, lo que altera el funcionamiento normal del sujeto, es cuando se puede determinar que está atravesando por un trastorno de adaptación, puede identificarse cuando las necesidades básicas no están siendo atendidas, si la rutina diaria se ha visto alterada, si presenta deterioro en las relaciones sociales que solía frecuentar o el desempeño laboral ha bajado.

Cuando el estresor es un evento con características muy fuertes, como lo es la muerte de un ser querido o un desastre natural, el trastorno se manifiesta inmediatamente, dependiendo de las habilidades intrapersonales del sujeto, los síntomas podrían durar pocos meses.

En el caso que el paciente no presente una alteración emocional fuerte, entiéndase ansiedad, depresión, alteraciones de la conducta, se determinará como Trastorno de adaptación sin especificar, con el código de identificación 309.9 (F43.20) esto significa que no se puede clasificar con algún otro de los subtipos que están especificados en el DSM-V pero si cumple con los criterios diagnósticos que requiere el trastorno.

De acuerdo con la Psicoterapia Cognitiva, tiene como objetivo principal que el paciente recupere las funciones habituales que presentaba antes del evento desencadenante, adaptándose así al nuevo

estilo de vida o, si es posible, deshacerse del factor que provoca la incomodidad, idealmente el paciente afrontaría lo que le causa desagrado, sintiendo seguridad en sí mismo, provocando así un aprendizaje integral del que puede hacer uso de manera inmediata y también para situaciones desconocidas futuras evitando experimentar un caso similar.

La técnica de reestructuración cognitiva promueve que el paciente analice los eventos de manera distinta, así como hacer uso de solución de problemas y psicoeducación, lo que brinda herramientas que cuando el paciente elije guardar y utilizar de manera consciente, facilita afrontar situaciones que sean desconocidas, aunque estas puedan representar una carga emocional muy fuerte, si también pone en práctica técnicas de relajación e incluye el nuevo aprendizaje, alcanzará el éxito en lo que este se proponga.

### 2.3 Consecuencias relacionales.

Impacto psicosocial.

Según la Revista Médica Electrónica “portalesmedicos.com” (2017) acerca de un estudio realizado en España, un 90% de la población que presenta Parkinson necesita del cuidado especial de alguien que le acompañe, de esta población un 66% son atendidos por familiares en su casa, un 35% son atendidos en su casa por terceros y un 5% son ingresados y atendidos a un hogar especializado, las cuidadoras son mujeres en un 83%, al igual que en la cultura guatemalteca, se puede deducir que estas atenciones son delegadas a las mujeres, lo que representa un gran impacto para la población femenina, debe tomarse en cuenta estrategias para afrontar estas actividades tanto para enfermos como cuidadores.

El ocio y el desarrollo de actividades de tiempo libre constituyen un ámbito esencial en el que la persona afectada por la enfermedad de Parkinson puede reafirmar su independencia, adecuando cada actividad a cada una de las fases de la enfermedad. Por una parte, el desarrollo de actividades de diverso tipo: sociales, culturales y recreativas integradas en el propio transcurso de la vida de la persona afectada por la enfermedad de Parkinson constituyen en sí mismas una terapia, en tanto



que a través de ellas es posible activar y trabajar la actividad motora y cognitiva de la persona. Además, ello les va a motivar para ir estableciendo sus propias metas y superar retos, produciendo satisfacción personal y contribuyendo a la mejora de la calidad de vida.

Las actividades realizadas dan respuesta a una de las necesidades más importantes del ser humano: la necesidad de compartir experiencias con otras personas, la necesidad de comunicarse, de sonreír, de vivir momentos de distensión, de tener acceso a otro tipo de experiencias de naturaleza lúdica, social, cultural o comunicativa.

Por todo ello, el ocio constituye un ámbito que ha de tenerse especialmente en cuenta en el desarrollo de la vida de las personas afectadas por la enfermedad de Párkinson.

La familia supone un soporte importante a la hora de responder a una de las necesidades básicas de cualquier persona, su tiempo de ocio, a través del desarrollo de diversas actividades. El peso de la enfermedad, la apatía del afectado y de los propios miembros de la familia, la preocupación extrema y la sobreprotección, el miedo de salir a la calle por la reacción de otras personas o por lo que “pueda pasar” o las dificultades para mover y transportar al afectado, son razones objetivas y subjetivas que en muchas ocasiones inhiben al afectado y a su familia a la hora de disfrutar juntos de un tiempo de ocio, lo que conlleva a una disminución o eliminación de este, produciéndose graves alteraciones en la vida de ambos.

Por otra parte, las asociaciones constituyen lugares de encuentro y ocio en los que afectados y familiares pueden encontrarse y compartir actividades especialmente diseñadas según sus necesidades, integrando algunas de estas actividades en los propios talleres de terapia ocupacional: manualidades, escritura, pintura, recitales, excursiones, visitas culturales, gestión de vacaciones, vacaciones terapéuticas, etc.

La tecnología es de principal ayuda para quienes buscan información, lo que no es recomendable para diagnóstico o tratamiento, para quienes no son expertos en el tema, pero sí para personas que desean instruirse y saber cómo actuar ante una persona que presenta Parkinson. También impulsa

a las personas a buscar soluciones a esta enfermedad, por medio de estudios, se ha podido avanzar de una manera más eficiente al camino de la detección temprana y tratamientos preventivos.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

De acuerdo con Futuyama, Douglas J. (1997) Se conoce como adaptación biológica al proceso fisiológico, como modo de comportamiento de un organismo que ha evolucionado durante un período mediante la selección natural de tal manera que incrementa sus expectativas a largo plazo para reproducirse con éxito. Esto implica la preservación de la especie, el ser capaz de asimilar una situación nueva, un evento imprevisto y hasta una condición médica, implementarla de manera exitosa a la vida personal para sobreponerse ante ello y avanzar, el hacer resistencia ante tales casos, oponiéndose al cambio, implicaría atravesar un caso de trastorno de adaptación.

##### **3.1.1 Problemática del caso de estudio**

El estudio de caso se enfoca en el proceso de trastorno de adaptación debido a la presencia de la enfermedad de Parkinson en una mujer identificada con las siglas RP, quien actualmente tiene 69 años de edad, reside y fue atendida en la ciudad capital, entre los meses de julio hasta octubre.

Desde temprana edad RP mostró independencia de acción y decisión, la paciente vivía en Asunción Mita, tomó la decisión de mudarse a la Capital y luego a vivir con el esposo, antes de contraer matrimonio, era ella quien se encargaba y tomaba las decisiones en el hogar y también contaba con un ingreso económico propio, no fue hasta que sufrió un golpe, al caer de sentón, que iniciaron los temblores en extremidades superiores e inferiores, que RP se vio en la necesidad de detener su ritmo de vida para cuidar de su salud y que el esposo cuide de ella también, esto representó un cambio radical para la vida que acostumbraba la usuaria, debido a que se vio en la obligación de detener todas las actividades de las que ella disfrutaba y representaban para ella un bienestar.

Seis meses después del golpe accidental que sufrió RP es diagnosticada con la enfermedad de Parkinson y un año y medio después de este diagnóstico es cuando inicia el proceso psicológico, referida por la nuera, quien ha visto el deterioro de la usuaria y desea que se mejore, durante este lapso de tiempo, RP es atendida por el esposo de día y de noche, pero el sentimiento que experimenta ella, de ser una persona que no aporta de ninguna manera activa, desarrolla un sentimiento de inutilidad e incomodidad, por lo que toma la decisión de asistir al Centro de Asistencia Social.

Siendo la enfermedad de Parkinson una afección crónica ha provocado que RP desarrolle un trastorno de adaptación, el cual no cesará con el fin de tal enfermedad, así que requiere de asimilar esta condición y moldear un nuevo estilo de vida donde adquiera nuevos conocimientos.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente interrogante:

¿Cómo se relaciona la enfermedad de Parkinson con el trastorno de adaptación?

### 3.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la enfermedad de Parkinson con el trastorno de adaptación en una paciente de 69 años de edad?

### 3.3 Objetivo General

Identificar las consecuencias psicosociales que tiene la acatisia en una paciente de 69 años de edad.

### 3.4 Objetivos Específicos

Identificar las características físicas y emocionales de la enfermedad.

Identificar las consecuencias psicosociales de la enfermedad de Parkinson.

Describir los efectos en las relaciones sociales a causa del trastorno de adaptación.

### 3.5 Alcances y límites

#### Alcances

Establecer una relación terapéutica con la paciente, lo cual representaba un reto si se toma en cuenta la diferencia de edades y, por lo tanto, superar los prejuicios ante las apariencias ya que también se demuestra que se cuenta con los conocimientos necesarios poniéndolos en práctica de manera oportuna brindando las estrategias idóneas para la paciente. También se superaron los propios límites de adaptación, adecuando las intervenciones a según fueran las necesidades que la paciente requería.

#### Límites

El acceso por medio de las carreteras representó un límite, ya que en ocasiones se bloqueaba el camino y no era fácil el desplazarse por la ciudad, el aspecto económico, la necesidad del transporte público para completar expedientes con los requerimientos necesarios para completar cada expediente, como los sobres individuales para las pruebas psicométricas o pestañas divisorias. Otro aspecto que fue de gran importancia fue la inconstancia y deserción de los pacientes, ya que se comprende cuando los motivos personales interfieren con el resto de las actividades personales, aunque justificaran sus ausencias, también interfirieron con los avances de sus sesiones.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4.1 Sistematización de Estudio de Caso

##### 4.1.1 Datos generales

Nombre: R.P.

Sexo: Femenino.

Fecha de nacimiento: 02-04-1948

Edad: 69 años.

Estado Civil: Casada.

Escolaridad: 6to Primaria.

Ocupación y lugar de trabajo: Ama de casa.

Religión: Protestante.

Dirección: Zona 18.

Referido por: Tercera persona.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 07-06-2017

##### 4.1.2 Motivo de consulta

La consultante refiere: “Tengo Parkinson y me pongo muy triste a veces” (SIC).

##### 4.1.3 Historia del problema actual

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

A) La consultante es diagnosticada con la enfermedad de Parkinson hace aproximadamente un año y medio atrás. El doctor le ha comentado que puede estar relacionado con un golpe en la columna, luego de ser diagnosticada con este mal la consultante comenta tener días buenos, principalmente

después de una terapia física, el dolor en la columna es mínimo y no presenta temblores en las manos o pies, otros días presenta más dolor en la columna, por lo que presenta temblores tanto en las extremidades inferiores como superiores. Comenta que el esposo no le permite realizar los quehaceres del hogar en el interés de protegerla, aunque RP considera que es capaz de hacer más de lo que le permiten, es funcional y capaz de realizar algunas actividades, por poco tiempo, pero el hecho que la limiten a descansar todo el tiempo es aburrido para ella y desearía poder hacer más actividades en su casa.

B) La consultante cree en dos posibles razones que estén relacionadas con una lesión en la columna. La primera es acerca de la gestación de la segunda hija, durante este tiempo presentó complicaciones y muchos dolores de espalda, la otra opción para ella es que dos años atrás caminaba por la calle se dobla el pie intentando subir una banqueta y cayó sentada. La actitud del esposo es incómoda en ocasiones, él desea que RP esté feliz y distraída de su situación y cuando la observa decaída o si la ve haciendo trabajo en el hogar, tiende a regañarla alzando la voz, lo que la consultante considera como una invalidación de las palabras dulces que él le dice o las actitudes atentas que él ha tenido con ella.

C) Todas las actividades que la consultante disfrutaba realizar como servir en la iglesia en la rama de diaconado, realizar su trabajo de costurera, reunirse con amigas, limpiar la casa o cocinar, ya no es capaz de realizarlas por sí misma y la actitud aprensiva del esposo reduce la libertad de la consultante, su humor ha decaído, se ha visto obligada a descansar más, su apetito se ha reducido y comenta que no ha tenido deseos de cuidar su arreglo personal tanto como lo hacía antes, como pintar su cabello o utilizar joyas, aún así mantiene una apropiada higiene y arreglo personal.

#### 4.1.4 Historia clínica

A) Personales no patológicos

a. Historia prenatal:

No presentó dificultades.

b. Nacimiento:

La familia de la consultante es originaria de Asunción Mita, Jutiapa, ella nació y se crió en este lugar, sin presentar problema alguno según comentan sus padres.

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

La consultante comenta haber presentado un desarrollo normal en esta área.

d. Evolución de lenguaje

No refiere alguna dificultad.

e. Desarrollo escolar

Disfrutó de esta época, recuerda haber tenido buenas notas y un desarrollo normal, aun así no recuerda haberse opuesto a detener sus estudios, hasta el momento que ya era una mujer adulta.

f. Desarrollo social

Recuerda haber sido una niña que jugaba con sus vecinas y hermanos, considera que en aquella época tenía varios amigos.

g. Adolescencia

La experiencia de su primera relación sexual, a los 17 años, fue dura para RP ya que ella comenta que él era un joven con más dinero y que la engañó para usarla, debido a la vergüenza que esto le causó se fue del pueblo con la hermana mayor, quien se había casado e iría a vivir a la capital.

h. Adulthood

A los 18 años comenzó a trabajar como costurera, desde entonces ella misma promociona su trabajo y se encarga de sus finanzas, a los 20 años se reencuentra con LD, con quien habían sido amigos en Jutiapa.



i. Historia Psicosexual y vida marital

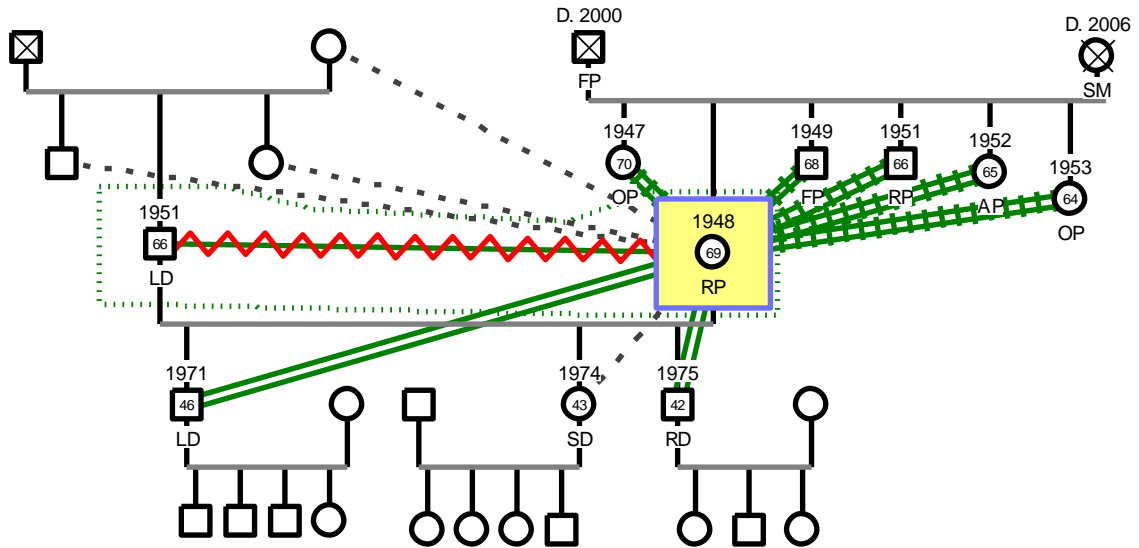
La consultante no refiere haber presentado curiosidad precoz acerca del sexo, considera que fue una joven bastante inocente y esto fue lo que la afectó en cuanto al encuentro con el muchacho a los 17 años. Comenta que no fue una experiencia agradable para ella, tanto el acto como la actitud de este joven ya que luego de esto no se volvió a comunicar con ella y la ignoraba, así que luego de esta experiencia no mostró interés en el sexo hasta iniciar su vida marital con quien ahora es el esposo de la usuaria. En esta relación de pareja ella ya no tuvo dudas o reservas y fue agradable para ella poder confiar en él, luego de los primeros dos hijos contrajeron matrimonio y tuvieron un hijo más. Actualmente el sexo no es un tema en el que ninguno de los dos esté interesado y considera que ya están muy grandes y cansados para ello.

B) Personales patológicos

- a. Historia médica: refiere haber disfrutado de salud, comenta haber presentado gripe y problemas estomacales, nunca ha sido intervenida quirúrgicamente, antes del Parkinson ella se sentía plena.
  
- b. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: Ninguna.

#### 4.1.5 Historia familiar

**Imagen 3**  
**Genograma**



Fuente: elaboración propia, junio 2017.

- Estructura familiar: La consultante está casada y vive únicamente con LD, es un hombre servicial y acomedido que la ha tratado bien como también puede llegar a ser hostil en ocasiones. Juntos concibieron al primer hijo LD quien está casado y tiene tres hijos y una hija. Luego la hija SD quien está casada, tiene tres hijas y un hijo, ella vive en Estados Unidos, por lo que la relación es distante, el único medio de comunicación con el que cuentan es por vía Skype, pero en cada oportunidad que tienen para comunicarse es siempre atenta y cálida. El tercer hijo está casado, tiene dos hijas y un hijo, los tres hijos están siempre atentos a las necesidades de los padres y dispuestos a ayudarlos con un favor o financieramente.

RP sostiene una abierta comunicación con sus hermanas y hermanos, siempre están dispuestos a ayudarse entre sí y brindar una mano amiga, las enseñanzas de unidad de los padres siguen vigentes hasta el día de hoy.

La relación con la familia del esposo ha sido distante, tanto con ella como con el esposo, la comunicación es pobre, por lo que la consultante se alegra de no estar en contacto con ellos.

- Antecedentes familiares: la consultante refiere que sus padres murieron por causas naturales y no presentaron alguna enfermedad congénita o degenerativa.

#### 4.1.6 Examen del estado mental

La consultante asiste a la consulta presentando aliño, arreglo personal, higiene, mantiene una postura ligeramente encorvada, un vestuario adecuado al clima del día, sostiene el contacto visual, refleja una conducta de cooperación, es abierta, atenta, relajada, confiada, concentrada, despreocupada, actividad motora lenta, es amable, presenta movimientos involuntarios constantes en brazos y piernas que disminuyeron en el transcurso de la sesión. Se la observa orientada en tiempo, lugar y persona, cuenta con memoria a corto, mediano y largo plazo, inteligencia promedio, presenta un discurso lento, espontáneo, fluido, utiliza palabras apropiadas, concreta y persevera con temas relacionados con su familia, como sus hijos y el buen trato del esposo.

Su principal preocupación es deshacerse de los temblores constantes que la aquejan a diario, esta preocupación no interfiere con su desempeño diario o nocturno, no así el dolor en la columna, mientras habla acerca de esta molestia, mantiene una actitud optimista ante su situación, posee capacidad de insight, se ve afectada emocionalmente debido a una enfermedad física y se lo atribuye a un vez que cayó de sentón.

En sus relaciones familiares y sociales refiere ser una mujer responsable, cálida, sumisa, dirigente, capaz de tomar decisiones, sensible, amistosa y segura, hace amistades con facilidad, actualmente ha restringido la comunicación con ellas debido a que el esposo desea cuidarla y no permite visitas, no presenta dificultad para aceptar su papel en la vida y se muestra identificada con su propio sexo.

Consigno misma es preocupada, minuciosa, escrupulosa, limpia, se auto valora y siente satisfacción, en cuanto a las actitudes morales y religiosas es comprometida, escrupulosa, moderada, practica la

religión protestante, sus principales actividades las realiza en compañía del esposo, ya sea en el hogar o al aire libre. Se observa tolerancia ante la frustración y a la pérdida, aparentemente posee un rasgo del carácter pasivo.

#### 4.1.7 Resultados de las pruebas (Cuantitativos y Cualitativos)

**Cuadro 1**  
**Pruebas aplicadas**

<b>Prueba aplicada</b>	<b>fecha de aplicación</b>
Test <u>Minimental</u> (MMSE)	28-06-2017
BFI	28-06-2017 y 05-07-2017
Whodas	05-07-2017
Escala de Hamilton para la depresión	05-07-2017
Persona bajo la lluvia	26-07-2017
Árbol	26-07-2017
Familia	26-07-2017

Fuente: elaboración propia, julio 2017.

a) Test Mini mental (MMSE)

La consultante obtuvo una puntuación total de 27 puntos de un máximo de 30 pts. Lo que refleja normalidad en el estado mental.

b) Big Five Inventory (BFI)

**Cuadro 2**  
**Resultados cuantitativos BFI**

	<b>Puntaje</b>	<b>Percentil</b>
<b>Extraversión</b>	20	05
<b>Agradabilidad</b>	45	99
<b>Responsabilidad</b>	40	99
<b>Neuroticismo</b>	20	05
<b>Apertura a la experiencia</b>	37	75

Fuente: elaboración propia, julio 2017.

Los resultados reflejan el perfil una persona que disfruta de ser agradable y mantener

relaciones cordiales, dispuesta a perdonar y seguir adelante, confiable, cálida y considerada con los demás, responsable, se le pueden confiar tareas importantes y las llevará a cabo hasta completarlas, organizada, trabajadora, persevera y eficiente, con tendencia a la originalidad, curiosa, ingeniosa, con una imaginación activa, que aprecia el arte de la naturaleza. Con tendencia a la introversión y ausencia de neuroticismo en su personalidad.

c) Whodas

**Cuadro 3**  
**Resultados cuantitativos WHODAS 2.0**

<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>	<b>D5</b>	<b>D6</b>
13 %	50 %	56 %	35 %	50 %	50 %

Fuente: elaboración propia, julio 2017.

La consultante refleja un puntaje mayor al cincuenta por ciento en las áreas de Capacidad Para Moverse en su Alrededor, Cuidado Personal, Actividades de la Vida Diaria y Participación en la Sociedad, también se debe tomar cuenta el deterioro motor debido a la enfermedad de Parkinson, por lo que es congruente que sean estas mismas áreas las que se vean afectadas y representen motivo de atención.

d) Escala de Hamilton para la depresión.

Debido al motivo de consulta de la usuaria se procedió a realizar esta escala, el resultado es de 9 puntos, por lo que se puede asegurar que no presenta depresión y el decaimiento del estado de ánimo puede estar relacionado a la baja actividad diaria.

e) Test de la Figura bajo la lluvia

El dibujo se desarrolló según lo esperado, de la cabeza a los pies, representa el pasado, lo inconsciente, maternal, introversión, pesimismo, fatiga, desaliento, rasgos de personalidad alegre, noble, espiritual, idealista. Se pueden observar indicadores de mucha ansiedad, dependencia, sentido estético, diplomática, persona avanzada en edad, decadencia de funciones, supresión de

afecto, falta de sinceridad, probable agresividad pasiva, dificultad para enfrentar una tarea nueva, tomar decisiones, bloqueo para avanzar o terminar algo, falta de riqueza imaginaria.

Se puede observar mucha timidez e inseguridad, reservada, sensación de encierro, deseo de evadir, falta de estabilidad, mucha presión, situación agobiante, idealiza algo o alguien, sencillez, humildad, posee poder intelectual, falta de vitalidad, actitud enérgica, apasionada, inadecuada percepción de sí misma. Una persona encerrada y protegida del mundo, evasión de los problemas, compensación de sentimientos de inseguridad, deseo de independencia (ya sea del esposo o de la enfermedad), se dirige a la izquierda, por lo que pueda tener el deseo de querer regresar a una época anterior, conflictos sin resolver y con la madre, busca refugio, evade, sentimiento de culpa, defensas lábiles.

Se debe considerar que los rasgos relacionados con la depresión se deben a la enfermedad de Parkinson que presenta la consultante y esto podría estar influyendo en un bajo estado de ánimo.

f) Test del Árbol

Según lo dibujado se puede observar del pasado se dirige al futuro, de lo consciente a lo inconsciente, refleja mucha delicadeza, extrovertida, con iniciativa, espontánea, vivaz, ingenuidad, calma, imaginativa, ensoñación, gusto por lo efímero, auto contemplación, muy dulce, sociable, alta sensibilidad, falta de madurez afectiva.

Se destacan indicios de inseguridad, sentimiento de inferioridad o modestia, vulnerabilidad interior, deseo de protegerse, preocupación de ser clara, muestra terquedad para pelear por sus cosas, inmovilidad, tradicionalismo, necesidad de compensar inseguridad interior.

g) Test de la Familia

El dibujo refleja aspectos femeninos, imaginativa, idealista, delicadeza de sentimientos, tímida, inseguridad, inhibición de los instintos, dependencia, tendencia a replegarse a sí misma, inhibición, guiada más por las reglas, sentimientos de inferioridad, timidez, probables necesidades orales, agresión dirigida hacia afuera, culpa de agresión física.

En cuanto a la interacción de los miembros se puede observar que existe identificación con el esposo de la usuaria, valorización del hijo mayor, habla de ella misma y el hijo pequeño pero no los incluye en el dibujo, puede existir desvalorización hacia estas dos figuras, mientras que no menciona a la segunda hija, puede existir resentimiento por la distancia física ya que ella vive en otro país, hay comunicación entre el esposo y el hijo mayor.

#### 4.1.8 Otros estudios diagnósticos

Se le ha solicitado un informe clínico a la consultante para sustentar el diagnóstico de Parkinson, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pendiente de entrega.

#### 4.1.9 Impresión diagnóstica

La consultante se ha visto en una relación de pareja donde el trato es ambiguo, en ocasiones es amable y al siguiente no lo es, soporta este trato por la creencia que es lo que hace una buena esposa, antes de presentar los síntomas de acatisia la consultante trabajó como costurera, aportaba económicamente al hogar y era independiente, a partir de presentar los movimientos involuntarios en piernas y brazos, la vida de la consultante cambió drásticamente, ya que se ha visto privada de diferentes actividades, ha decidido abandonar el diaconado en la iglesia, servir a Dios la hacía muy feliz, ya no recibe visitas o trabaja porque el esposo considera que se puede cansar muy rápido y la usuaria tiende a aburrirse por estar tanto tiempo sin saber qué hacer, actualmente la consultante acompaña al esposo a realizar los mandados del hogar, juntos recogen a la nieta del colegio todos los días, procurando ocupar el tiempo en diferentes actividades que sirvan de distracción, aunque por motivos económicos no les es posible comer todos los días en un restaurante, así que el esposo busca la manera de ocupar el tiempo caminando en el paseo de la sexta o en el parque del condominio del hijo, estas actividades están orquestadas principalmente por el esposo, a quien no le agrada que hable por teléfono con la hija, quien está en Estados Unidos, ya que considera que la puede preocupar “contando sus problemas”, esto es lo que más le desagrada a la consultante, haber perdido la libertad de viajar a visitar a la hija o simplemente hablar con ella, aunque no lo verbalice relata en diferentes ocasiones lo que antes podía hacer y ahora ya no hace, por lo tanto aunque no

presente un cuadro depresivo, existen sentimientos de tristeza alrededor de estos eventos y el deseo de querer que las cosas sean como lo eran antes.

#### 4.1.10 Diagnóstico según DSM-V

Trastorno de adaptación sin especificar 309.9 (F43.20)

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

#### 4.1.11 Recomendaciones

Es recomendable que la consultante realice pasatiempos recreativos, actividades que ocupen el tiempo de la usuaria que sean de distracción, realizar actividades de auto conocimiento y auto aceptación.



#### 4.1.12 Plan terapéutico

I. Teorías o escuela o corriente filosóficas que explica el caso:

La terapia cognitiva conductista es una serie de técnicas estructuradas, centradas en el presente y orientada a la acción, que parecen ser las más adecuadas para las personas mayores porque no exigen remover de las profundidades recuerdos infantiles ni acostarse en un diván. La terapia se aplica en forma de clases, ya que las personas no se ven en la necesidad de definirse a ellos mismos como enfermos mentales. Este modelo se interesa en respetar la edad: esa fase de vida en que la persona puede considerar irrelevante la práctica de comprender y cambiar conductas. Estas personas pueden cambiar en el momento que deseen.

Terapia psicoanalítica, para Belsky adquiere nuevos matices que contrasta con el psicoanálisis tradicional, debido a que el nuevo psicoterapeuta se encarga de salir de las consultas y reorganizar todo el proceso terapéutico para acomodarlo a las necesidades, según sea la persona. El terapeuta deja por un lado los temas relacionados con la infancia para centrarse en el aquí y ahora. Trata a los pacientes con el objetivo que todos pueden cambiar, sin importar la edad. Se le invita al paciente a explorar sus emociones con libertad y sin ningún temor. A través de esta autoexploración intensa, el paciente descubre que existen necesidades inconsciente internas, las cuales son la causa de los síntomas que presenta y le motiva a mejorar su vida.

II. Modelo terapéutico

Modelo cognitivo: Es el encargado de identificar las experiencias negativas, desarrollar esquemas desadaptativas, la experiencia traumática puede permanecer inactiva pero con la situación adecuada, desencadena el disparador que provoca inestabilidad en el paciente, por lo que se recomienda indagar sobre la formación de la triada cognitiva (esto comprende una visión negativa sobre el presente, sí mismo y el mundo), también se debe identificar los síntomas (cognitivos, afectivos, motores) para luego determinar las distorsiones cognitivas.

Modelo psicoanalista: Tiene un aspecto específicamente psicológico y otro social, aspectos que están relacionados y, como todos los temas relacionados con la diferencia y la marginalidad, los

patrones culturales ejercen un peso determinante. El hecho, que es determinado fácilmente, de la desvalorización provocada por la cultura de los últimos años de la vida del ser humano, establece que los ancianos se encuentran en una posición de minusválidos, lo cual genera la pérdida de autoestima, desánimo, enojo, aislamiento, depresión, entre otros.

### III. Tiempo estimado.

El tiempo estimado de la terapia es de 3 meses, aproximadamente 12 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

### IV. Presentación del plan terapéutico

#### **Cuadro 4**

#### **Presentación de plan de tratamiento**

Problema Clínico	Objetivo	Técnicas	Observaciones y duración	Recursos
Dificultad de adaptación.	Brindar estrategias para el manejo de las emociones que esto desencadena.	Planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación.	4 sesiones donde conocerá la técnica y la pondrá en uso.	Presencial.
Falta de conocimiento de emociones.	Identificar los patrones que le hacen sentir emociones fuertes.	Autoregistro.	4 sesiones.	Cuaderno y lapicero.
Deterioro social y emocional.	Mejorar autoimagen y autoconcepto.	Biblioterapia: Enamórate de ti, Walter Riso.	4 sesiones.	Estratos del libro.

Fuente: elaboración propia, julio 2017.

## 4.2 Análisis de Resultados

La mayoría de las actividades que realizaba la paciente se han visto afectadas por motivo de los constantes temblores, realizar actividades diarias como vestirse, levantarse de la cama, cocinar o comer, se ha visto en la dificultad de desempeñarlas ya que la sensación debilidad en los músculos

la restringe, de la misma manera con actividades sociales o religiosas, la falta de energía influye para que la usuaria elija establecer distancia y ya no visitar amistades o ayudar en las actividades de la iglesia por medio del ministerio del diaconado, es de esta manera que la restricción es casi total, es por esta razón que el esposo, al creer que la está cuidando, restringe las visitas de las amistades de la paciente, lo que causa sensación de impotencia, provocando una sensación de inadecuación y sentimientos de tristeza en la paciente, lo que lo convierte en un círculo vicioso, ya que si restringe sus actividades se sentiría decaída y al decaer su emoción no tiene deseos de realizar alguna actividad.

Mientras que la constancia en las relaciones sociales o una relación terapéutica ha provocado mejoría en el ánimo de la paciente, lo que provoca que se distraiga de las restricciones que a veces presenta.

La enfermedad de Parkinson se presentó en la usuaria de manera inesperada, previo a esta enfermedad la paciente contaba con la libertad de movilizarse a voluntad, empleando su tiempo en las actividades a su elección, incluso viajaba con cierta frecuencia para visitar a su única hija, quien reside en otro país, la paciente trabajaba como costurera y todo esto le causaba una gran satisfacción, por lo que se sentía plena a los 67 años de edad.

Debido a los efectos de los temblores en las extremidades superiores como las inferiores la usuaria se vio obligada a cambiar sus hábitos diarios casi de manera inmediata. Estos cambios coartaron la libertad de la paciente, se volvió dependiente del esposo en un 90% de su diario vivir, con el tiempo empezó a sentirse inútil, también inseguridad en sus pasos o en el agarre de cualquier objeto, el ánimo decayó, a esto se le incluye la falta de educación en inteligencia emocional, lo que provocó un desbalance en la vida de la usuaria, por lo tanto aislarse fue la opción más adecuada, según su perspectiva.

Al verse obligada de abandonar todo lo que alguna vez le causó alegría a la paciente y aislarse por esto es cuando podemos observar que presenta un trastorno de adaptación, toma lugar a causa de un evento fácilmente identificable, como lo es el inicio de los temblores involuntarios, luego que a

causa de la enfermedad genera sentimientos de inadecuación, restricciones de traslado, experimentó también un cambio radical en sus emociones, que de no haber presentado esta enfermedad, no se hubiesen dado.

Una vez la paciente inició el proceso terapéutico, la frustración a causa de esta experiencia comenzó a mitigar, las emociones se nivelaron, la objetividad y la esperanza regresó a la vida de la paciente, mientras que continuaba el proceso médico dentro del hospital nacional IGSS fue entonces cuando se le dio a conocer que podía ser tratada con terapias físicas, las cuales mejoraron el tono muscular de la paciente y le brindó mayor seguridad, restauró la confianza y aprendió a manejar de manera constructiva las emociones, las relaciones sociales se restauraron, así como las actividades tales como ir a la iglesia. Ahora la paciente ha aprendido que a pesar de experimentar síntomas adversos puede sobreponerse a ellos y actuar de manera que ella sea quien maneja su vida y no las circunstancias.

## **Conclusiones**

Por las características propias de la enfermedad de Párkinson, ésta implica un gran impacto psicosocial en las en el área física, emocional y relacional para el enfermo, aunque no se ha limitado a ellos únicamente, debido al tiempo que los cuidadores se han visto en la necesidad de emplear para la atención de sus necesidades, también se ven afectadas estas áreas, especialmente cuando los cuidadores son familiares.

Es conocido que la enfermedad de Parkinson no tiene cura hasta el momento, pero esto ya no representa un impedimento para la paciente, gracias a que ha obtenido la ayuda que mejor se adecuaba a sus necesidades, por lo tanto, se ha adaptado a esta nueva etapa en su vida y es capaz de seguir adelante recuperando su independencia.

Los avances a partir de un diagnóstico médico o psicológico dependerán de la habilidad del tratante para guiar al paciente y la capacidad del paciente de resiliencia, es probable que si el paciente tiene la voluntad de mejorar su estado, lo pueda hacer, pero es significativamente más fácil cuando se tiene el apoyo adecuado.

## **Recomendaciones**

Debido a que los cuidadores representan una gran influencia en los enfermos, sin importar si es una persona contratada o un familiar, estas personas son su mayor vínculo social, por lo tanto es deseable que esta relación sea de respeto mutuo para así manejar de la mejor manera las dificultades que se presenten.

Los ejercicios de terapia física serán de gran ayuda para quien padezca de Parkinson, una vez se reciban estos en conjunto con una terapia psicológica adecuada a su edad, la mejora será notoria en un menor tiempo, a diferencia de recibir sólo una de ellas.

Es de suma importancia que el terapeuta adecúe el plan terapéutico y evaluaciones según sea la edad del paciente, ya que el abordaje no puede ser el mismo, se debe determinar el estado cognitivo, la capacidad que manifiesta para afrontar una problemática y establecer de qué manera sigue las órdenes para poder brindar la mejor ayuda posible.

## Referencias

Hernández Zamora, Zoila Edith. (julio-diciembre, 2005). *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 7, núm. 2, pp. 79-100. Distrito Federal, México. Universidad Intercontinental.

Manchover K. y otros. (1996). *Compendio técnicas proyectivas menores, test del árbol, test de la familia, test de la figura humana, test gráficos para psicodiagnóstico*. Guatemala. Editorial Bienestar Estudiantil, USAC.

Querol S. y Paz M. (2011). *Test de la persona bajo la lluvia, adaptación y aplicación*. Argentina. Editorial Lugar.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. (2013). (5ª. Edición). México: Editorial Médica Panamericana.

Jarero, Ignacio. (2013). *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 5. Num. 1, 2013. ISSN: 2007-8544. Recuperado de <http://revibapst.com/data/documents/ADAPTACION.pdf>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2016, 20 de diciembre). Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación. Recuperado de [https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson\\_disease\\_spanish.htm](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm)

Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. (2017, 22 de enero). Impacto social del Parkinson. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/impacto-social-del-parkinson/2/>

Fisioterapia online. (2017). Enfermedad de Parkinson. Características y síntomas. Recuperado de <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/enfermedad-de-parkinson-caracteristicas-y-sintomas>

Noticias de la ciencia y tecnología. (2012, 6 de enero). Análisis de sangre para detectar la enfermedad de Parkinson antes de que aparezcan sus síntomas. Recuperado de <http://noticiasdelaciencia.com/not/3164/analisis-de-sangre-para-detectar-la-enfermedad-de-parkinson-antes-de-que-aparezcan-sus-sintomas/>

Psicología Clínica y de Salud. (2016, 16 de septiembre). Trastorno Adaptativo Adultos. Recuperado de <http://isepclinic.es/blog/trastorno-adaptativo-adultos/>

## Anexos

### Anexo 1

#### Tabla de Variables

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
✓ Desarrollo de la acatisia.	Trastorno de adaptación sin especificar.	1. Efectos psicomotores.	¿Cómo se relaciona la enfermedad de Parkinson con el trastorno de adaptación en una paciente de 69 años de edad?	Identificar las consecuencias que tiene la enfermedad de Parkinson en una paciente de 69 años de edad.	1. Identificar las características físicas y emocionales de la enfermedad de Parkinson.
✓ Alteración del estado de ánimo.		2. Consecuencias en el cambio de ánimo.			2. Identificar las consecuencias psicoemocionales de la enfermedad de Parkinson.
✓ Alteración de la conducta.		3. Deterioro social.			3. Describir los efectos en las relaciones sociales de la usuaria a causa del trastorno de adaptación.

Fuente: elaboración propia, septiembre 2017.



**Anexo 2**  
**Entrevista Clínica**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**ENTREVISTA ADULTOS**  
**Práctica IV**

**I Datos Generales**

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

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

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

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

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

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

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:  
\_\_\_\_\_

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

**II Motivo de Consulta**

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

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

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

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

**III Antecedentes Familiares y Ambientales**

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

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

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

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

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

#### **IV Antecedentes Personales**

¿Existió alguna condición especial durante su gestación?

---

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

---

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

---

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones):

---

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

---

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

---

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares):

---

Relaciones con compañeros y superiores:

---

Relaciones sociales y personales:

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

---

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

---

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

---

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

---

OBSERVACIONES:

---

---

Espacio para la realización de genograma

## Anexo 2

### Examen del Estado Mental

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

#### EXAMEN MENTAL

##### Práctica IV

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ No. De sesión: \_\_\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_\_

### 1. Conducta y aspecto general:

#### 1.1 Aspecto:

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

#### 1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

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

Forma en que pasa el día: \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

#### 1.3 Conducta motora:

\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_ Usa expresiones extrañas  
\_\_\_\_ Usa palabras sin sentido

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

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

Ansiedad       Temores       Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: \_\_\_\_\_

Compulsiones y rituales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fobias: \_\_\_\_\_

Ideas delirantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ideas suicidas: \_\_\_\_\_

Planes \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ futuro

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

\_\_\_\_\_

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

**5 Creencias y experiencias anormales**

**5.1.1 En relación al ambiente:**

- ilusiones     alucinaciones     delirios     ideas de referencia
- interpretaciones inadecuadas

**5.1.2 En relación al cuerpo:**  ideas     delirios

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## 5.2 Experiencias anormales:

### 5.2.1 Al medio ambiente:

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

### 5.2.2 Al cuerpo:

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

### 5.2.3 Al Yo:

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

## 6. Afectividad:

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

## 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:

- |                                   |                                      |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Simpatía | <input type="checkbox"/> Frustración | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|

Interés       Impaciencia  
 Tristeza       Enojo      Dificultad de la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Ansiedad       Otro:      Observaciones: \_\_\_\_\_

## 9. Personalidad:

### 9. 1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> dirigente	<input type="checkbox"/> seguidor
<input type="checkbox"/> responsable	<input type="checkbox"/> capaz de tomar decisiones	<input type="checkbox"/> amistoso
<input type="checkbox"/> cálido	<input type="checkbox"/> demostrativo	<input type="checkbox"/> reservado
<input type="checkbox"/> frío	<input type="checkbox"/> indiferente	<input type="checkbox"/> competitivo
<input type="checkbox"/> celoso	<input type="checkbox"/> dominante	<input type="checkbox"/> seguro
<input type="checkbox"/> sumiso	<input type="checkbox"/> sensible	<input type="checkbox"/> inseguro
<input type="checkbox"/> suspicaz	<input type="checkbox"/> pendenciero	<input type="checkbox"/> dependiente
<input type="checkbox"/> resentido	<input type="checkbox"/> autoritario	<input type="checkbox"/> independiente
<input type="checkbox"/> agresivo	<input type="checkbox"/> seductor	<input type="checkbox"/> introvertido
<input type="checkbox"/> extrovertido	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> indulgente	<input type="checkbox"/> egocéntrico	<input type="checkbox"/> vano
<input type="checkbox"/> histriónico	<input type="checkbox"/> crítico	<input type="checkbox"/> despectivo
<input type="checkbox"/> preocupado	<input type="checkbox"/> cohibido	<input type="checkbox"/> limpio
<input type="checkbox"/> minucioso	<input type="checkbox"/> escrupuloso	<input type="checkbox"/> negligente
<input type="checkbox"/> descuidado	<input type="checkbox"/> se autovalora	
<input type="checkbox"/> Satisfacción consigo mismo		

Ambiciones y metas: \_\_\_\_\_

Actitudes hacia su salud: \_\_\_\_\_

Actitud hacia éxitos y fracasos: \_\_\_\_\_

### 9. 3 Actitudes morales y religiosas:

<input type="checkbox"/> comprometido	<input type="checkbox"/> no comprometido	<input type="checkbox"/> crítico
<input type="checkbox"/> disoluto	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> permisivo
<input type="checkbox"/> escrupuloso	<input type="checkbox"/> conformista	<input type="checkbox"/> rebelde
<input type="checkbox"/> flexible	<input type="checkbox"/> rígido	

Creencias religiosas que profesa: \_\_\_\_\_

### 9. 4 Humor y ánimo:

<input type="checkbox"/> estable	<input type="checkbox"/> cambiante	<input type="checkbox"/> optimista	<input type="checkbox"/> pesimista
<input type="checkbox"/> irritable	<input type="checkbox"/> preocupado	<input type="checkbox"/> tenso	<input type="checkbox"/> práctico
<input type="checkbox"/> inhibido	<input type="checkbox"/> abierto	<input type="checkbox"/> expresivo	
<input type="checkbox"/> habilidad para expresar y controlar emociones			

### 9. 5 Intereses y actividades:

---

---

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

**9. 6 Fantasías:**

\_\_\_\_ sueños repetitivos      \_\_\_\_ sueños impresionantes      \_\_\_\_ sueña despierto

---

---

---

**9. 7 Reacción a situaciones críticas:**

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

**9. 8 Rasgos del carácter:**

\_\_\_\_ pasivo      \_\_\_\_ agresivo      \_\_\_\_ pasivo- agresivo      \_\_\_\_ esquizoide  
\_\_\_\_ neurótico      \_\_\_\_ paranoide      \_\_\_\_ psicopático      \_\_\_\_ asténico  
Otro: \_\_\_\_\_

## Anexo 3

### Protocolo del Test de la Persona Bajo la Lluvia

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**Protocolo de Calificación/Test persona bajo la lluvia**  
**Práctica IV**

Nombre:  
F. aplicación:

Sexo:  
Edad cronológica:

#### A) ANÁLISIS DE RECURSOS EXPRESIVOS

##### A-1) DIMENSIONES

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

##### A-2) EMPLAZAMIENTO

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



### A-3) TRAZOS

LINEA ARMÓNICA, ENTERA, FIRME	Persona sana	
LINEA ENTRECORTADA	Ansiedad, inseguridad. En algunos casos indica problemas respiratorios, fatiga, estrés. Necesidad de detenerse a analizar y revisar lo ya hecho. Desintegración. Posible derrumbe.	
LINEA REDONDEADA O CURVA	Rasgos femeninos. Sentido estético. Dependencia. Espíritu maternal, femineidad. Conciliador. Diplomático. Afectivo y sensible	
LINEAS TIRANTES	Tensión	
LINEAS FRAGMENTADAS O ESBOZADAS	Ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. En algunos casos representan enfermedad orgánica.	
LINEAS DESCONECTADAS	No tienen dirección intencional. Tendencias psicóticas. Dispersión del pensamiento.	
LINEA RECTA	Fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, capacidad de análisis.	
LINEA RECTA CON ONDULACIONES	Tensión, ansiedad	
LINEA RECTA CON TEMBLOR	Se asocia a cuadro orgánico, persona de avanzada edad, personas con gran angustia, adictos. El temblor es siempre un signo de decadencia de funciones.	
LINEA RECTA DEFINIDA PERO TOSCA	Tendencias agresivas	
LINEA CON ÁNGULOS, GANCHOS O PICOS	Agresividad, impaciencia, vitalidad, independencia. Dureza, tenacidad, obstinación.	
LINEAS CON ANGULOS MUY AGUDOS	Excesiva reacción emocional, hiperemotivo	
LINEAS CON CONTROL O QUE ESCAPAN DEL CONTORNO DEL DIBUJO (EN ZIGZAG)	Imposibilidad de controlar impulsos. Descontrolado. Para Bender, rasgos Psicopáticos. Agresividad violenta.	
LINEAS PEGADAS AL PAPEL (SIN LEVANTAR EL LÁPIZ) Y FORMANDO PUNTAS	Rasgo epileptoide	
LINEAS CIRCULARES CON ADORNOS	Narcisismo	
LINEAS CURVAS QUE SE RECTANGULARIZAN	No se permiten emociones, bloqueo afectivo, supresión de afectos.	

### A-4) PRESIÓN

PRESIÓN NORMAL	Equilibrado, adaptado, elaborador, constante. Armonioso	
PRESION DEBIL	<b>Ejecutado con velocidad y simplificación:</b> representa rapidez mental, originalidad, agilidad, intuición, hipersensibilidad, poco contraste, creativo, vehemente. Si se trata de un adolescente hay que compararlo con el resto de las producciones para determinar si no es por atropello (característica de esta etapa).  <b>Ejecutado con lentitud:</b> Representa ansiedad, timidez, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos.	
PRESION FUERTE	<b>Línea pesada y pigmentada</b> (con mucho apoyo sobre la hoja, dejando relieve en el reverso de la hoja): Representa fuerza física, energía vital, seguridad, extraversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza, excitabilidad (diferenciar entre presión fuerte y muy fuerte). En individuos con cierto grado de evolución determina personalidad tipo líder; buenos conductores de grupo o creadores de grandes ideales. Artistas, escultores. En individuos con poca evolución indican agresividad o falta de respeto si existen problemas de psicomotricidad, ese apoyo sobre el papel es una manera de aferrarse, como buscando seguridad.	

	<b>-Línea pesada y empastada</b> (con poco apoyo sobre la hoja, sin dejar relieve): individuos lentos, que disfrutan de la vida, sensuales, rutinarios, de poca iniciativa, poco creativos, estáticos. Según el área del dibujo que presenta desarmonía respecto al resto, ya sea por mayor o menor presión, por empastamiento o cualquier otra característica, debe ser interpretado según el área y el significado de la misma.	
PRESION MUY FUERTE	Agresividad	

#### A-5) TIEMPO

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

#### A-6) SECUENCIA

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

#### A-7) MOVIMIENTO

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

#### A-8) SOMBREADOS

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

## B) ANÁLISIS DE CONTENIDO

### B-1) ORIENTACION DE LA PERSONA

HACIA LA DERECHA (MARGEN DERECHO)	Comportamiento positivo. Avance hacia el futuro. necesidad de crecer. buena relación con el padre y/o autoridad. Relación con lo que se quiere ser y dirección hacia el futuro.	
HACIA LA IZQUIERDA (MARGEN IZQUIERDO)	Dirección hacia el pasado. Se refiere a sujetos que mantienen conflictos sin resolver. Algo del pasado que aún les pesa y frena su evolución. Conflictos con la madre. Necesidad de búsqueda interior.	
HACIA EL FRENTE	Dispuesto a enfrentar al mundo. Comportamiento presente	
CON ORIENTACIÓN DUBITATIVA	Ambivalencia. Tendencias obsesivas o paranoides. Falta de decisión. incoordinación. Observar especialmente hacia dónde se ubica la cabeza, lo mental y hacia donde se ubica el cuerpo, lo emocional y hacia donde van las piernas, que son las que determinan la acción.	
DE PERFIL	Debe tenerse en cuenta si se orienta hacia derecha o izquierda. Persona que no va de frente, que necesita buscar refugio. Evasión	
DE ESPALDAS	Deseo de no ser controlado socialmente, de pasar inadvertido, afectos e intenciones ocultas. Se apartan del medio; opositores, introvertidos. pre-psicóticos, depresivos, rasgos de psicopatía. Revela la existencia de un problema en el área de la identificación psicosexual. Deseo de ser otro. Ocultamiento.	
DIBUJOS MUY A LA IZQUIERDA	Acción bloqueada. Personalidad esquizoide. Dependencia e idealismo.	
DIBUJO MUY A LA DERECHA Y ABAJO	Decepción, resignación, depresión. Freno al crecimiento espiritual y psíquico. Hundimiento.	
PERSONA VISTA DESDE ARRIBA	Toma de distancia del entorno. Postura de investigador. Sentimientos compensatorios de superioridad. No se involucra en la búsqueda de soluciones pero si juzga las situaciones. Actitud opositora.	
PERSONA VISTA DESDE LEJOS	Aquellas que se sienten rechazadas o desvalorizadas. Sentimientos de inferioridad. Inaccesibles. No pueden hacer frente a la situación cotidiana. No se involucran, no opinan.	
PERSONA INCLINADA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.	
PERSONA INCONCLUSA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.	

### B-2) POSTURAS

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

### B-3) BORRADOS EN EL DIBUJO

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

### B-5) DETALLES ACCESORIOS Y SU UBICACIÓN:

ANTEOJOS	En la persona que no los usa habitualmente, indica ocultamiento, curiosidad sexual, voyeurismo	
BASTON, PIPA	Fantasías sexuales	

OBJETOS POR DEBAJO DE LA PERSONA	Por debajo de la persona se extiende el contenido inconsciente. Inconsciente movilizado. El sujeto es dependiente de presiones instintivas, a veces homosexualidad.	
OBJETOS A LA DERECHA DE LA PERSONA	Representan los obstáculos que él mismo se pone para avanzar en la vida. Temer o no querer asumir responsabilidades.	
OBJETOS A LA IZQUIERDA DE LA PERSONA	Indican hechos o acontecimientos que quedaron sin resolver.	
OBJETOS POR SOBRE LA PERSONA	La interpretación está especialmente asociada a la calidad de los objetos que se dibujan. Representan presiones, restricciones, ideales, fantasías, necesidades de protección, autoridad, conductas fóbicas	
DIBUJO DE VARIAS PERSONAS	En algunos casos, poco frecuentes, algunos sujetos dibujan mas de una persona, como mostrando que necesitan del apoyo de otros (objeto contrafóbico) para seguir adelante.	
PERSONA ENCERRADA ENTRE LINEAS	Necesidad de ser contenido por el medio ambiente. Poca capacidad para crecer. Bloqueado. A veces rasgos obsesivos. Poca capacidad para ocupar espacios.	
NUVES	Presión, amenaza. Hay que tener en cuenta el número de las mismas pues a veces representan figuras parentales. Pueden representar tendencias auto agresivas o dolencias psicósomáticas (nubes infladas)	
LLUVIA	Representa la hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto	
LLUVIA TORRENCIAL	Mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay defensa que alcance.	
LLUVIA ESCASA	Persona que se siente con posibilidades de defenderse frente a las presiones ambientales.	
GOTAS COMO LAGRIMAS	Angustia	
SIN LLUVIA	Oposicionismo, persona manipuladora. Tendencia a negar las presiones - y los conflictos- del medio.	
LLUVIA EN SOLO UN LUGAR	Se debe analizar sobre qué lugar dibuja la lluvia.	
RAYOS	Presión que sacude al sujeto	
CHARCO	Suele representar sufrimiento fetal y acontecimientos traumáticos ocurridos a la madre embarazada. Abarca, también, el nacimiento y los primeros años de vida, tales como nacimiento prematuro, cesárea, fórceps, convulsiones, accidentes, etc.	
CHARCO DE AGUA	Bajo los pies, a la izquierda, a la derecha. Sufrimiento fetal	
OBJETOS INNANIMADOS Y ADORNADOS	Obstáculos. Debe analizarse la ubicación de los mismos.	
ANIMALES	Objetos acompañantes, dependencia, necesidad de protección, sentimiento de soledad.	
ARBOLES, PLANTAS, FLORES	Aunque generalmente funcionan también como obstáculos, hay que detenerse en el análisis de estos dibujos	
EL SOL Y/O LA LUNA	Representan a la autoridad adulta, controladora o de apoyo parental. Fijación de límites.	

#### B-6) VESTIMENTA:

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

DETALLE DE ROPA SIN TERMINAR	Sentimientos de inadecuación.	
CORBATAS	Signo sexual. Debilidad	
ZAPATOS	Muy marcados, conflicto sexual. Con cordones: impulsos sexuales. Frecuente en adolescentes	
ZAPATOS EN PUNTA, CON TACOS	Agresión	

#### B-7) PARAGUAS COMO DEFENSA:

PARAGUAS CUBRIENDO MEDIA CABEZA	Retraimiento, escape, ocultamiento, recorte de la percepción.	
AUSENCIA DE PARAGUAS	Falta de defensas. Cuando la ausencia de paraguas se acompaña con una figura humana de anchos hombros, implica que es una persona que se defiende con su cuerpo, que "apechuga", que se expone y corre riesgos.	
PARAGUAS HACIA LA DERECHA	Se defiende del ambiente. Temor a lo social. Desconfianza hacia las personas que lo rodean. Defensa por temor al padre y/o autoridad	
PARAGUAS HACIA LA IZQUIERDA:	Se defiende de la figura materna, de los deseos edípicos y las pulsiones infantiles.	
PARAGUAS CUBRIENDO ADECUADAMENTE A LA PERSONA	Implica defensas sanas, sentimiento de adecuación, confianza en sí mismo, seguridad. Saber afrontar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, capacidad de prever.	
PARAGUAS MUY GRANDE RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Excesiva protección y defensa, aunque se encuentre bien ubicado. Recortamiento del medio y distancia con el entorno. Poco criterio	
PARAGUAS MUY CHICO RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Defensas lábiles. Deja a la persona casi expuesta a las presiones del medio. Tanto en el paraguas muy grande o muy chico respecto al tamaño de la persona, es señal de conflicto , perturbación sexual, dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad.	
PARAGUAS CERRADO	Resignación. Bajar la guardia, dejar que otro lo defienda, que tome su lugar en la defensa. Sin fuerzas para luchar. En ocasiones puede indicar que están terminándose los problemas, que se está en las últimas preocupaciones (las últimas gotas de lluvia).	
PARAGUAS CERRADO Y EN EL PISO	La persona cierra el paraguas porque siente que cuenta ya con poca energía para defenderse, que en su situación vital ya queda poco tiempo mas de lluvia -presión ambiental-, que sostener el paraguas es ya un esfuerzo excesivo. En ocasiones implica enfermedad terminal.	
PARAGUAS VOLANDO	Defensa lábil. Yo muy débil. Preocupaciones	
PARAGUAS Y NUBES FUSIONADOS	Contaminación. Índice de esquizofrenia. Ideas confusas.	
PARAGUAS CON AGUJEROS	Fabulación. Psicopatía. Enfermedad orgánica	
PARAGUAS CON DIBUJOS	En muchos casos hemos registrado que se trataba de personas con enfermedades orgánicas.	
PARAGUAS COMO SOMBRERO	Confusión de ideas.	
PARAGUAS TIPO LANZA	Recurre a la agresión como defensa	
PARAGUAS EN EL QUE SE REMARCAN LAS VARILLAS	Fabulación. Crea historias falsas. Se miente.	
MANGO DE PARAGUAS REMARCADO	Falta de plasticidad. Necesidad de aferrarse a algo aunque sin saber si le sirve como defensa.	
MANGO DE PARAGUAS DEBIL	Defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse.	

### B-8) REEMPLAZO DEL PARAGUAS POR OTROS ELEMENTOS

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

### B-9) PARTES DEL CUERPO

CABEZA	ser lo primero que se dibuje. Es la localización del yo. Centro de todos los estímulos. Poder intelectual, poder social o dominio. Si dibuja en primer término las piernas y los pies, indica desaliento, depresión	
DIBUO DE LA CABEZA SOLAMENTE	Disociación cuerpo-mente. Se defiende con el pensamiento.	
CABEZA GRANDE, DESPROPORCIONADA CON RESPECTO AL CUERPO	Indica deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseveración de ideas.	
CABEZA TRONCHADA	Limitación de la capacidad de simbolizar	
CARA	Es el contacto social, lo que se muestra. Sin dibujo de rasgos: desconocimiento de sí mismo, problemas de identidad.	
OJOS SIN PUPILAS	Inmadurez emocional, egocentrismo. Negación de sí mismo o del mundo. Dependencia materna. Vaciedad	
OJOS MUY MARCADOS	Rasgos paranoides	
OJOS BIZCOS	Rebeldía, hostilidad hacia los demás	
OJOS CERRADOS	De menor patología que el ojo sin pupila. Narcisismo.	
OJOS COMO PUNTOS	Retraimiento. Inseguridad	
OJOS CON PESTAÑAS	En hombre, afeminamiento. En mujeres, seducción	
OJOS EN V	Agresión	
<b>BOCA</b>		
UNA LÍNEA RECTA ÚNICA	Tendencia verbal sádico-agresiva.	
UNA LINEA CONVEXA ÚNICA	Amargura	
BOCA ABIERTA O ROTA	Dificultad de introyecciones adecuadas	
LABIOS MARCADOS	Dependencia oral	
LABIOS PINTADOS	Carácter femenino	
DIENTES	Agresividad oral. Conflicto sexual.	
CEJAS MUY MARCADAS	Agresividad.	
NARIZ MUY MARCADA	Virilidad, símbolo fálico. Agujeros en la nariz: agresividad, husmear. Problemas respiratorios. Alucinaciones olfativas	
OREJAS	Preocupación por críticas y opiniones de otros. Puede reflejar deficiencia en la audición, alucinaciones auditivas.	
MENTÓN	Energía de carácter	
MENTON SOMBREADO	Tendencia a dominar, a ejercer el poder	
MENTON MUY SOMBREADO	Índice de conflicto con el medio.	
CUELLO	Parte del cuerpo que coordina lo que se siente -cuerpo- con lo que se piensa -cabeza-. Puede dar sensación de comodidad y confianza.	
CUELLO ANGOSTO	Depresión	
CUELLO GRUESO	Sentimiento de inmovilidad	

CUELLO LARGO	Arrogancia. Desarmonía entre el intelecto y la emoción. Incoordinación.	
CUELLO INMOVILIZADO POR COLLAR, POLERA O YESO	Inhibición sexual	
CABELLO	Potencia sexual, vitalidad. Signo de virilidad, de apasionamiento y seducción.	
CABELLO MUY SOMBREADO O SUCIO	Regresión anal-expulsiva	
CABELLOS EN PUNTA	Agresión	
CABELLO CON RAYA AL MEDIO	Indicador de identificación femenina y resolución del conflicto por medio de mecanismos compulsivos-obsesivos y narcisistas	
ADORNOS EN EL CABELLO (MOÑOS, HEBILLAS, ETC.)	Indicador de control.	
CUERPO CUADRADO	Primitivismo, debilidad mental	
CUERPO ESTRECHO	Disconforme con su propio cuerpo. Conflicto en el esquema corporal. En algunos casos, astigmatismo	
DIBUJO DEL CUERPO CON PALOTES	Signo de evasión. Falta de compromiso. Infantilismo. No darse a conocer.	
OMISIÓN DE TRONCO	Necesidad de reprimir o negar impulsos corporales.	
HOMBROS	Fachada de seguridad, sobre compensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario.	
HOMBROS MUY GRANDES Y MUSCULOSOS:	Ambivalencia sexual	
CADERAS	En la mujer, deseo de maternidad. En el hombre, conflicto homosexual.	
CINTURA	Es la frontera entre lo sexual y lo emocional. Cinturones y adornos que remarcan la cintura, intento de controlar lo instintivo. Seducción.	
CINTURA ESTRECHA	Es común en adolescentes. Significa restricción forzada de impulsos.	
ASIMETRÍA DE	Impulsividad, coordinación pobre. Falta de equilibrio.	
BRAZOS LARGOS Y FUERTES	Expresión de ambición. Deseo de incorporar el mundo, de aprisionarlo, de contenerlo.	
.BRAZOS ONDULANTES	Sujetos con problemas respiratorios	
SIN BRAZOS	Abandono del mundo objetal. Retracción de la libido. Según el resto del dibujo, puede implicar tendencia al hurto. Esquizofrénicos y depresiones severas	
BRAZOS PEGADOS AL CUERPO	Dificultad para contactarse. Reservado, retraído. Rigidez, falta de plasticidad. Temor a manifestar impulsos hostiles. Control excesivo sobre los impulsos. Falta de adaptación. En el caso de psicóticos, lo hacen para protegerse de ataques del ambiente.	
MANOS Y DEDOS	Manipulación, contacto con objetos, confianza, agresividad, eficiencia, culpa. Las manos indican la capacidad de tomar el mundo, de orientarse hacia él. La ausencia de manos indica lo contrario: represión de impulsos, retracción	
MANO DIBUJADA EN FORMA INCONCLUSA	Sentimiento de culpa	
MANOS OCULTAS	Evasión de problemas	
SIN MANOS	Negación de dar y/o recibir. Egoísmo	
DIBUJO DE LA PALMA DE LA MANO Y LOS DEDOS	En adultos, regresión	
MANOS ENGUANTADAS	Indicador de control. Frecuente en adolescentes. Disimulo	
DEDOS UNIDOS COMO MANOPLAS:	Torpeza. Falta de sutileza	
DEDOS TIPO GARRA	Forma aguerrida de enfrentar al mundo. Agresión, egocentrismo, Posesividad.	
DEDOS DIBUJADOS COMO LÍNEAS RECTAS	Agresión por falta de amor	
PUÑO CERRADO	Fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas. Beligerancia, retracción	
PIES	Símbolo sexual	
SIN PIES	Desaliento, abatimiento, falta de ilusión. Tristeza, resignación. Es el que "no llega nunca". Falta de confianza en sí mismo. Inseguridad.	

PIES PEQUEÑOS	Inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas	
DESARMONÍA EN LOS PIES	Cuando en los hombres coincide la desarmonía pie izquierdo - brazo izquierdo respecto al lateral derecho, indica conflicto homosexual	
PIES DESCALZOS	Deseo de mantenerse infantil. No querer realizar esfuerzos	
ARTICULACIONES VISIBLES	Sentimiento de desintegración. Deficiencias orgánicas en el área correspondiente.	
PIERNAS LARGAS	Lucha por la autonomía, deseo de independencia	
PIERNAS RELLENAS O GRUESAS	Sentimiento de inmovilidad	
DOBLE LINEA DE APOYO DEBAJO DE LOS PIES	Signo de obsesividad. Puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado. Exagerada necesidad de apoyo.	
DIBUJO ALTO, ESBELTO	Deseo de sobresalir, de mejorar. Orgullo, vanidad, soberbia.	
FIGURA CON MUCHA MUSCULATURA	Narcisismo	

**B-10) IDENTIDAD SEXUAL:**

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

**B-11) EL DIBUJO DE UN PERSONAJE Y NO DE UNA PERSONA**

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



## Anexo 4

### Protocolo del Test del Árbol

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**Protocolo de Calificación/Test del árbol**  
**Práctica IV**

Nombre:  
F. aplicación:

Sexo:  
Edad cronológica:

Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
Espacio		
Zona superior A	Alto	Se relaciona con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra individual).
Zona media I-C-D	Del corazón, de los afectos, de lo consciente individual, de la sensibilidad. En nuestro sistema occidental escribimos de izquierda a derecha, por lo que:	I-C: representa el pasado, el YO, que se encamina hacia lo que fue.
		C-D: el futuro, el tú, el mundo exterior.
		I-D: línea del YO hacia el tú, del egoísmo-altruismo, del pasado hacia el futuro, de lo materno-familiar hacia lo paterno-independiente.
Zona inferior B	De lo material.	Instintivo, en el cuerpo, los órganos y miembros inferiores, el infierno, infraconsciente, línea de tránsito de lo consciente a lo inconsciente.
Trazo		
Débil	Con escasa presión. El dibujante apenas osa 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. (Fig. 2d)	Inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, incertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad.
Entrecortado	Dejando espacios (Fig. 3e)	Sensibilidad explosiva, humor variable.
Recto	(Fig. 2c, d) (Fig. 3c, d)	Predominio de la razón, frialdad, por menos exterior, claridad.
Curvo	(Fig. 2b) (Fig. 3b)	Imaginación, dulzura.
Anguloso		Preocupación de ser claro, señal de resistencia.

	Anguloso activa	Con presión fuerte.	Indica espíritu de lucha, actividad, tenacidad, claridad.
	Anguloso pasiva	Con presión débil o trazo poroso.	Señala terquedad, obstinación o impertinencia, imposición caprichosa, susceptibilidad.
Tamaño (valor del YO)			
	Dibujo pequeño	Pequeño	Sentimiento de inferioridad o modestia.
	Dibujo grande	Grande	Orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad.
El suelo			
	Árbol sin suelo	(Fig. 8)	Significa estar desarraigado, fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad.
	Suelo en forma de colina	Se evidencia y se ve mejor lo que está arriba de una colina. (Fig. 5)	La colina aparta, hace dominar la planicie, permite ver a quien llega, tranquiliza la desconfianza. Egocentrismo.
	Suelo circunscrito	(Fig. 7) (Fig. 15) (Fig. 21)	Otra forma de egocentrismo menos ostensible. Desconfianza, separación, retraimiento. Fue encontrada esta forma en adolescentes con tendencia a la mentira.
	Horizonte lejano	Normalmente el suelo está en la base del árbol. Cuando la línea del horizonte está sobre ella (sobre la cual está la realidad exterior). (Fig. 10)	El sujeto se alerta de la realidad, hay pasividad. D'Alfonso considera esta señal como predominio de las fuerzas vegetativas, inconscientes: instintividad. La zona inferior invade las zonas superiores.
	Suelo ascendente	Subir es penoso y crea distancia. (Fig. 11)	Reserva, distancia, difícil adaptación.
	Suelo descendente	Dificultad de mantenerse en línea recta.	Voluntad débil, falta firmeza.
	Suelo al margen		Infantilidad, inmadurez.
Las raíces			
	Las raíces	En general, quedan debajo de la tierra y no se ven, si se dibujan es acentuar fijación al suelo. Cuanto más fuertes y profundas sean las raíces, mayor será la intensidad del rasgo. (Fig. 1)	Pesadumbre, inhibición, inmovilidad, instintividad. Tradicionalismo.
El tronco			
	Base ancha	Mayor fijación de la tierra. (Fig. 5) (Fig. 6)	Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aún hasta física (obesidad).
	Delgado	(Fig. 9) (Fig. 17)	Sentido de debilidad o delicadeza, tiene analogía con los trazos finos en la escritura.
	Grueso	(Fig. 6)	Fuerza (autoafirmación) natural o por compensación del sentido de impotencia, tendencia a la brutalidad, violencia, primitivismo.

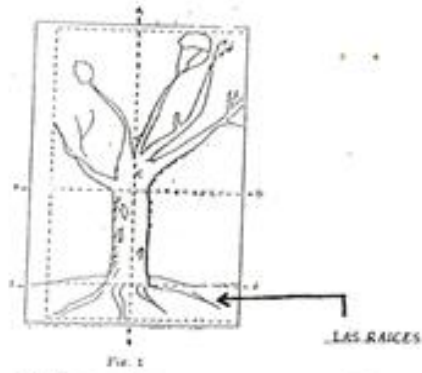
	En una sola pieza	Desde lo alto a lo bajo (Fig. 7)	Primitivismo, indiferenciación, falta de fineza, de tacto, eventualmente, falta de inteligencia, tipo más práctico que teórico, frecuente necesidad de compensar la inseguridad interior.
	Formado por líneas rectas	Cuando está bien desarrollado.	Corrección, claridad, capacidad de abstracción. Rigidez, artificialismo.
	De líneas onduladas (se toma en cuenta la combinación de la curva y de la recta, según las zonas derecha e izquierda)	Si las dos líneas del tronco se presentan así, esas cualidades son interiores y hasta pueden manifestarse exteriormente.	Sociabilidad, dulzura, contacto fuerte.
		Si la línea izquierda es ondulada y la de la derecha es recta.	Representa sensibilidad interior, cubierta por rigidez y frialdad exterior.
		Línea derecha ondulada y la izquierda recta.	Representa rigidez y frialdad interiores, cubierta por aparente sociabilidad.
El tronco con irregularidades			
	Del lado izquierdo		Traumas íntimos, vulnerabilidad interior, inhibición.
	Del lado derecho		Dificultad de contacto, de adaptación, conflictos con el ambiente.
	Sombreado del lado derecho		Facilidad de contacto, mayor sociabilidad.
	Sombreado del lado izquierdo	(Fig. 8)	Subjetividad, ensoñación, introversión.
Manchas varias (a veces simple adorno, se debe de tener en cuenta el tipo de trazo)			
	Anguloso	(Fig. 11) (Fig. 13) (Fig. 18)	Dificultad en el contacto (corteza ruda).
	Predominando la curva	(Fig. 13) (Fig. 17)	Facilidad de contacto con el ambiente.
	Solo trazo	(Fig. 9)	Señal de primitivismo, inhabilidad general y debilidad propia de la edad.
Dilatación o reducción de diámetro			
	Dilatación o reducción de diámetro	(Fig. 13)	En ambos casos significa: inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones. A veces ese estancamiento puede tener expresión física, por ejemplo estreñimiento.
Cercos alrededor del tronco			
	Cercos alrededor del tronco	(Fig. 15)	Protección, apoyo, falta de confianza en sí, desconfianza en los demás, temor.
Ramas en el tronco debajo de la copa			
	Ramas en el tronco debajo de la copa	Es algo ajeno, fuera de lugar.	Denota infantilidad, incongruencia.
		Si la rama se presenta cortada:	Acentuación de esa tendencia eventualmente obstinación infantil.
Tronco abierto			
	Tronco abierto	(Fig. 4) (Fig. 10)	Explosividad, impulsividad, impresionabilidad. Carga y descarga instantáneas.

Copa		
Pequeña	Hasta 9 o 10 años es normal. Sobre esa edad es: (Fig. 14)	Infantilidad, inmadurez, regresión, neurótica.
Grande	“ Balón ”. (Fig. 5)	Fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición.
Yuxtapuesta al tronco sin continuidad	Falta de desarrollo normal del tronco hasta la copa, hay una interrupción, un corte, entre tronco y copa. Las energías no fluyen normalmente del tronco hacia las ramas. (Fig. 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	(Fig. 18)	Dulzura, imaginación, compensación afectiva.
En espiral		Elasticidad en la comunicación y adaptación, movilidad, demasiada conversación, buen gusto, delicadeza
En arcadas	(Fig. 12) (Fig. 18)	Sentido de la forma, presentación.
Dividida en trozos	Las ramas envuelven para evitar el choque. (Fig. 12) (Fig. 13)	Ocultamiento de los propósitos, protección de sí mismo. Diferenciación, riqueza interior.
En forma de rayos o varas	Es la forma opuesta a la anterior, las ramas se extienden, rígidas, en todas direcciones. (Fig. 15) (Fig. 6) (Fig. 16)	Agresión, atrevimiento, exigencia, terquedad, multiplicación de intereses, superficialidad, distracción.
Hecha con línea en serrucho (dientes)	La mayor acentuación del ángulo dará el significado respectivo (Fig. 19)	Nerviosismo, irritabilidad.
Por un conjunto más o menos discordante de líneas	(Fig. 19)	Actividad, agitación, ansia de vivir, capricho, espontaneidad, inconsecuencia, improvisación, ambivalencia, confusión, irrealidad.
Sombreada	(Fig. 8)	Impresionabilidad, indeterminación, irresolución, confusión, irrealidad.
Ramas abiertas	(Fig. 13) (Fig. 15)	Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación, a la iniciativa.
Ramas en punta	(Fig. 9) (Fig. 13) (Fig. 15)	Crítica, agresividad.
Ramificación delgada	(Fig. 9)	Sensitividad, alta sensibilidad, impertinencia, susceptibilidad.
Ramas en líneas simples	(Fig. 9)	Normas en la infancia, después, por menos, una débil falta de madurez intelectual o afectiva.
Ramas en estratos	(Fig. 16) (Fig. 12)	Domesticación, corrección forzada, tendencia a la sistematización y a la técnica, rigidez.
Ramas cortadas	(Fig. 11)	Desarrollo detenido, impedido: inhibición, sentimiento de inferioridad; terquedad, resistencia, timidez.
Copa aplastada		Estar debajo de un peso, depresión, sumisión, resignación. Inhibición, falta de desarrollo.
Copa centrípeta	(Fig. 18)	Auto-centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente: armonía, plenitud interior y firmeza.

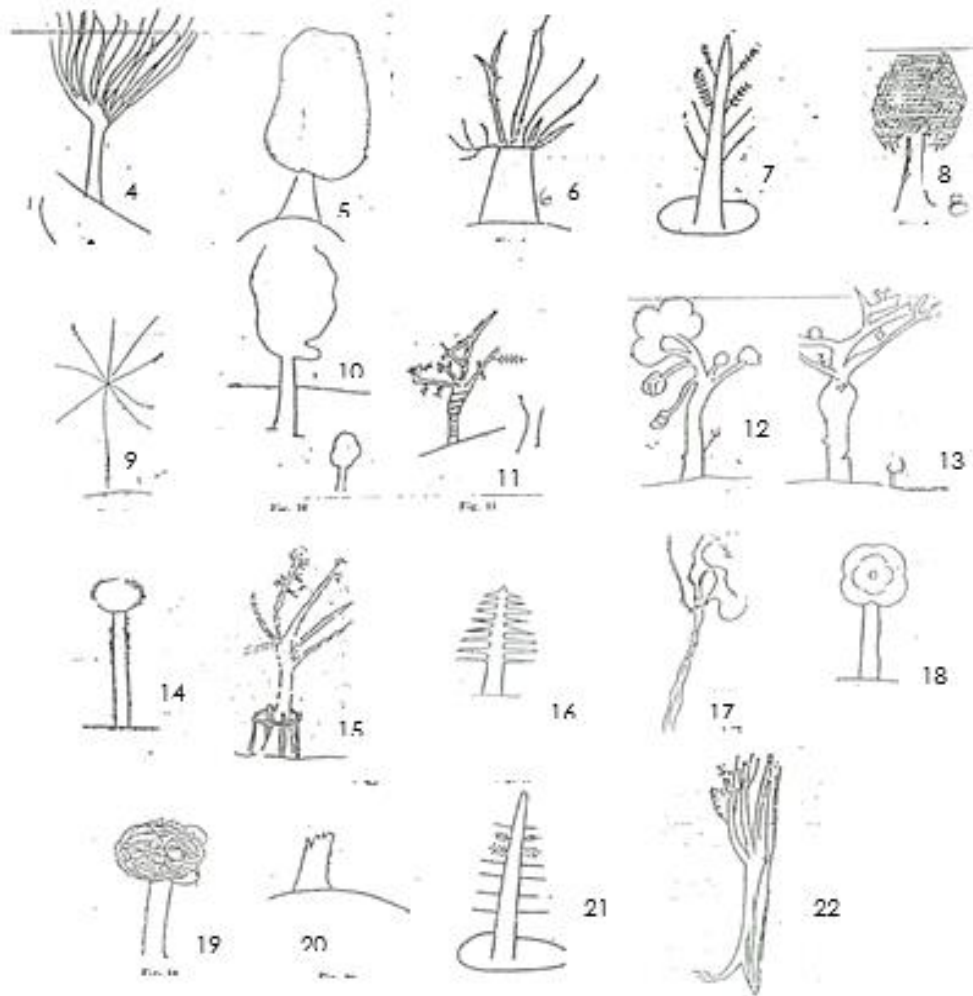
	Copa pendiente a los costados del tronco	(Fig. 8) (Fig. 9)	Cansancio, depresión, falta de energía, pasividad, indecisión.
	Ramas recubiertas como por una membrana	(Fig. 8) (Fig. 19)	Ocultamiento, impenetrabilidad, falsedad, indefinición.
	Formas contradictorias	(Fig. 11) (Fig. 13)	Contradicción, inconsecuencia, inadaptación, terquedad, desorientación.
	Ramas interrumpidas	Principalmente en líneas curvas. (Fig. 17)	Consideración, delicadeza, conceder favores a otros.
	Ramas que se engrosan hacia la punta	(Fig. 13)	Indican debilidad, contradicción, violencia, primitivismo.
	Formas muy curvas	(Fig. 17) (Fig. 18) (Fig. 14)	Reserva, artificialismo, domesticación, inhibición de afectos, obsesión neurótica.
Copa en conjunto			
	En equilibrio	(Fig. 8) (Fig. 18)	Significa calma interior, reposo, equilibrio, artificialidad.
	Lado derecho más desarrollado	(Fig. 4) (Fig. 5) (Fig. 13) (Fig. 15)	Significa iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación.
	Lado izquierdo más desarrollado		Significa introversión, recogimiento, meditación y resolución.
Hojas, frutas y flores			
	Hoja en la copa o en las ramas	(Fig. 7) (Fig. 15)	Vivacidad, exterioridad, ingenuidad.
	Hojas que caen		Sensibilidad, distracción, olvido, donación.
	Flores		Autocontemplación, ensoñación, gusto por lo efímero y accesorios.
	Frutos		Utilidad, rendimiento. En la infancia y adolescencia, interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad.
	Frutos que caen		Sacrificio, renuncia y cesión.
Accesorios			
	Accesorios	Los nidos, aves, adornos, casa, etc. (Fig. 13)	Mundo infantil, humorismo, broma, mordacidad.
Forma en tercera dimensión			
	Forma en tercera dimensión	Ramas, nudos en tercera dimensión, perspectiva. (Fig. 13)	Originalidad, capacidad productiva, atrevimiento, ambición.
Árbol partido			
	Árbol partido	(Fig. 20)	Vida partida, arruinada, falta de ánimo, depresión.
Árbol caído			

Árbol caído		Vida derrumbada
Predominio del color negro		
Predominio del color negro		Significa síntomas de angustia, eventualmente pérdida de la realidad. Frecuentemente en ciertos estados psicóticos y neuróticos.

EL ESPACIO Y SU DIMENSION IDEAL.



EL TRAZO



## Anexo 5

### Protocolo del Test de la Familia

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
**Protocolo de Calificación/Test de la familia**  
**FI, FR & F-F-D**  
**Práctica IV**

Nombre:  
 F. aplicación:

Sexo:  
 Edad cronológica:

#### PLANO GRÁFICO

FI	FR	KFD	TRAZO	
			<b>Trazo fuerte</b>	<b>Pulsiones poderosas, audacia, violencia</b>
			<b>Trazo débil</b>	<b>Delicadeza de sentimientos, timidez. Inhibición de los instintos</b>
			<b>Borraduras</b>	<b>Ansiedad en área borrada y conflictos emocionales representados en el área.</b>
			<b>Trazos amplios</b>	<b>Expansión vital y fácil extroversión de las tendencias.</b>
			<b>Trazos cortos</b>	<b>Inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo.</b>
			<b>Ritmo constante (estereotipia)</b>	<b>Ha perdido una parte de su espontaneidad; vive apegado a las reglas, y también puede indicar rasgos de carácter obsesivo.</b>
			<b>Trazo recto</b>	<b>Determinación, decisión, asertividad.</b>
			<b>Trazo curvo</b>	<b>Sentimientos, emoción, aspectos femeninos.</b>
			<b>Zig-zag</b>	<b>Agresividad.</b>
			<b>Todas direcciones</b>	<b>Impulsividad, inmadurez.</b>
			<b>Esquiciadas</b>	<b>Conflicto, desajuste emocional, inseguridad; inadecuación. Dificultades motoras.</b>
			<b>Borraduras</b>	<b>Ansiedad generalmente asociado al área que borra y conflictos emocionales.</b>
FI	FR	KFD	ESPACIO	
			<b>Sector inferior de la página</b>	<b>Instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía. Significa lo concreto, lo sólido.</b>
			<b>Sector superior de la página</b>	<b>Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas. Representa el mundo de la fantasía, las ideas y tendencias espirituales.</b>
			<b>Sector izquierdo de la página</b>	<b>Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas.</b>
			<b>Sector derecho de la página</b>	<b>Puede corresponder a las metas en relación con el futuro.</b>
			<b>Centro</b>	<b>Zona normal; se encuentra ubicado y en contacto con la realidad.</b>
FI	FR	KFD	DISPOSICIÓN DE LAS LÍNEAS	
			<b>Tipo sensorial (espontáneo)</b>	<b>Por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de la vida; características femeninas. Sensible, necesidad de aprobación, imaginativo, espontáneo e inseguro.</b>



			<b>Tipo racional</b>	<b>Dibujan líneas rectas y ángulos; dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas.</b>
--	--	--	----------------------	--

## PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES
			<b>Integración pobre de las partes. 7 â varones / 6 â niñas. Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales.</b>
			<b>Grosera asimetría de las extremidades: Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica.</b>
			<b>Inclinación de la figura en 15° o más: Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general; sistema nervioso inestable o una personalidad lábil. Al niño le falta una base firme.</b>
			<b>Transparencias: Impulsividad, inmadures y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras.</b>
<b>TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS</b>			
			<b>Grande: Responden de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente. Inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo (normal en edades tempranas).</b>
			<b>Pequeño: Se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.</b>
<b>VALORIZACIÓN / RELACIONES / JERARQUÍA</b>			
			<b>Dibujado de primero: admira, envidia o teme; se identifica con él.</b>
			<b>Dibujado con más detalles: figura valorizada.</b>
			<b>Dibujado con menos detalles o de último o a una distancia de las otras figuras: figura desvalorizada; ansiedad y problemas emocionales asociados con la figura.</b>
			<b>Miembro ausente: muerte, ausencia física /emocional, desvalorización; niega una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico.</b>
			<b>Personajes nuevos: valorización de éste personaje o personaje que se intromete al núcleo familiar.</b>
			<b>Héroe(s) en el dibujo: identificación con esta figura.</b>
			<b>Tamaño de los padres desproporcionado: sobre valoración (si son más grandes). Desvalorización si son marcadamente más pequeños.</b>
			<b>Distancia física entre los personajes: refleja la distancia emocional existente entre los mismos.</b>
			<b>Planos diferentes: falta de comunicación, al menos que se justifiquen por un número elevado de personajes y/o manejados en forma jerárquica.</b>
			<b>Personajes en contacto: comunicación entre los miembros de la familia.</b>
			<b>Poco o nada de espacio entre los miembros: "enmeshment"; falta de individuación.</b>
			<b>Familia de animalitos: inadecuación con respecto a la familia.</b>
			<b>Compartimentalización (espacios emocionales): desviación del afecto, aislamiento de los miembros, falta de comunicación, baja emocionalidad.</b>
			<b>Encapsulación ("jaula"): personaje encapsulado se protege del ambiente. Protege a los demás del personaje encapsulado. (Depende del contexto).</b>
			<b>Dobleces: ver "compartimentalización".</b>
			<b>Marginación: no involucrarse con nadie, inadecuación, inseguridad, falta de comunicación.</b>

			<b>Tamaño de los niños igual al tamaño de los padres: falta de jerarquía familiar.</b>
			<b>Figuras de palitos: evasión, resistencia</b> (de 6 - 7 años en adelante).
			<b>Monstruos o figuras grotescas: sentimientos de intensa inadecuación y un pobre concepto de sí mismo; tiende a percibirse distinto a los demás. Importante determinar el contenido y simbolismo de la figura. Hay que tomar en cuenta las experiencias recientes (T. V., muerte en la familia, accidente de tránsito, etc.)</b>
			<b>Figuras rotadas o por la espalda: inadecuación, sentimientos de inferioridad.</b>
			<b>Payasos o vagabundos: considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados.</b>
FI	FR	KFD	CABEZA / CARA / CUELLO
			<b>Cabeza pequeña: niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual.</b>
			<b>Cabeza grande: preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.</b>
			<b>Pelo enfatizado: preocupación por rendimiento académico intelectual.</b>
			<b>Orejas demasiado grandes: posible abuso verbal, preocupados por lo que hablan los demás.</b>
			<b>Omisión de rasgos faciales: desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales.</b>
			<b>Omisión de los rasgos faciales y dibujo pequeño: perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.</b>
			<b>Sombreado de cara: (muy inusual). Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niños manifiestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentra sombreada existe mayor patología.</b>
			<b>Omisión de ojos: aislados socialmente, niegan problemas, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantasía.</b>
			<b>Omisión de orejas: no querer oír cosas del exterior.</b>
			<b>Ojos bizcos: niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Parece indicar que para el niño las cosas están fuera de foco; no ve el mundo de misma manera que los demás.</b>
			<b>Omisión de nariz: pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas psicossomáticos. Con fuertes sentimientos de inmovilidad</b>
			<b>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.</b>
			<b>Boca grande: necesidades orales. Posible abuso verbal: "cry for help".</b>
			<b>Dientes: niños muy agresivos, es necesario sumarle otros ítems emocionales.</b>
			<b>Omisión de cuello: 10 años varones / 9 años niñas. Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.</b>
			<b>Sombreado de cuello: 8 años varones / 7 años niñas Esfuerzo por controlar impulsos. Algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación mientras que otros niños vacilan entre impulsividad el hipercontrol yendo de un extremo a otro.</b>
FI	FR	KFD	TRONCO / VESTUARIO
			<b>Omisión de cuerpo: Serio signo de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo; disfunción cerebral o una aguda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por miedo a la castración o posible abuso sexual.</b>
			<b>Sombreado de cuerpo: 8 años varones / 9 años niñas Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicossomáticos.</b>
			<b>Transparencias: ansiedad con respecto al área dibujada con transparencia (en caso de enfermedad por</b>

			ejemplo) o posible daño neurológico.
			Senos, ombligo, órganos genitales: signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos. Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual.
			Flores dibujadas en la falda: feminidad pero con cierta ansiedad hacia desarrollo sexual.
			Traje de disfraz: necesario ver de qué es el disfraz y tomar en cuenta el contexto.
			Parches: ansiedad con la parte del cuerpo en que se encuentra el parche.
FI	FR	KFD	BRAZOS Y MANOS
			Omisión de brazos: Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptadas que implican las manos o los brazos, por ejemplo robar.
			Sombreado de brazos: 8ª. Varones / 9ª. Niñas. Se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos. Robo o masturbación.
			Brazos cortos: Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Tendencia hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos.
			Brazos largos: Agresión dirigida hacia fuera. También indica que el niño logra hacer conexión con lo que lo rodea. Expansividad.
			Brazos pegados al cuerpo: Control interno rígido y dificultad 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 (robo)
			Manos seccionadas: (brazos sin manos ni dedos), dificultad en el contacto con los demás. Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de castración.
			Manos escondidas: culpa de agresión física o conductas masturbatorias.
			Dedos como garras o uñas marcadas: agresividad.
FI	FR	KFD	PIERNAS Y PIES
			Omisión de piernas: Refleja intensa angustia e inseguridad, aunque sería importante observar la manera en que se omiten las piernas. Se observa que los niños se refugian en la fantasía.
			Piernas juntas: Tensión, rigidez, dificultad en el control de los impulsos. Temor a sufrir ataque sexual (solo si existen indicadores de apoyo)
			Omisión de pies: 9ª. Varones/ 7ª. Niñas. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.
FI	FR	KFD	ASPECTOS AMBIENTALES
			Líneas sobre las figuras: presión del ambiente, preocupación, inseguridad.
			Sol: luz, calor, presencia paternal.
			Nubes tapando el sol en medio del sol: sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre: cariño y presión.
			Nubes, lluvia o nieve: Niños ansiosos que se sienten presionados por su ambiente, por sus padres. Impulso agresivo dirigido hacia sí mismo. Trastornos psicósomáticos.
			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.

			<b>Caminito: separación: separa lo que está en ambos lados del camino.</b>
			<b>Flores: amor, belleza, crecimiento.</b>
FI	FR	KFD	ANIMALES
			Inclusión de animales salvajes: <b>Necesidades orales-agresivas</b>
			Inclusión de animales domésticos: <b>Necesidades orales-pasivas.</b>
			Mariposas: <b>amor romántico y platónico; sentido estético (belleza).</b>
			Gatos (en mujeres): <b>conflictos de identificación con la madre.</b>
			Gatos peludos con garras y colmillos: <b>agresividad, conflicto de ambivalencia en el afecto.</b>
FI	FR	KFD	OTROS SÍMBOLOS
			Agua: <b>depresión, sentimientos depresivos relativos a la persona que está en el agua.</b>
			Bayas: <b>agresividad.</b>
			Bicicleta y motos: <b>masculinidad (poder).</b>
			Cama: <b>depresión.</b>
			Corazón: <b>amor.</b>
			Cortadora de grama o instrumentos punzo-cortantes: <b>agresividad o temor a ella.</b>
			Cuerda de saltar: <b>ver "encapsulación".</b>
			Cunas: <b>síndrome de recién nacido.</b>
			Escaleras: <b>tensión, pobre equilibrio.</b>
			Escoba: <b>vinculada con madre obsesiva compulsiva o la madre "bruja".</b>
			Fuego: <b>ambivalencia (amor / odio).</b>
			Globos y barriletes: <b>necesidad o deseo de libertad, independencia.</b>
			Gradas en una casa: <b>estatus, ascender, solidez y estabilidad.</b>
			Lámparas: <b>ternura y amor.</b>
			Pelota: <b>poder, agresividad.</b>
			Piedras: <b>obstáculos o línea base.</b>
			Refrigeradora: <b>privación oral.</b>
			Tambores: <b>desplazamiento de la cólera.</b>
			Tren: <b>poder.</b>
			"X": <b>zonas de prohibición.</b>

## Anexo 6

### Test Mini Mental para la tercera edad

#### MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Varón [ ] Mujer [ ]  
 Fecha: \_\_\_\_\_ F. nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estudios/Profesión: \_\_\_\_\_ Núm. Historia: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b> (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias <b>FIJACIÓN RECUERDO</b> inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		<b>ATENCIÓN CÁLCULO</b> (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		<b>RECUERDO DIFERIDO</b> (máx. 3)	
<b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. <b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. <b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. <b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. <b>COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		<b>LENGUAJE</b> (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

## Anexo 7

### Cuestionario para la evaluación de discapacidad WHODAS 2.0



WHODAS 2.0  
CUESTIONARIO PARA LA  
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 1.0

#### Versión de 36-preguntas, Administrada - Entrevista

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



## WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA  
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 1.0

Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus <u>quehaceres</u> de la casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.3	<u>Acabar</u> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
Debido a su "condición de salud", en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
D5.5	Llevar <u>a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con <u>dignidad (o respeto)</u> debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.5	Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.6	Qué <u>impacto económico</u> ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido <u>su familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días _____				
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____				
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>reconstruir o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____				

# Anexo 8

## Cuestionario BFI

**CUESTIONARIO BFI**  
**Protocolo de Administración**  
**(John, 1990)**  
**(Adaptación de Castro Solano y Casullo, 2000)**

Apellido: ..... Nombres: .....

Edad: ..... Sexo: Varón ..... Mujer ..... (marcar con una cruz)

Fecha: .....

Institución: ..... Año que cursa: .....

**Instrucciones.** Aquí tiene un listado de características que usualmente se utilizan para describir a las personas. Deberá indicar en qué medida la frase lo describe adecuadamente. Si está completamente de acuerdo con la descripción, marque con una cruz 5. Si está en completo desacuerdo marque 1. Si no está ni en acuerdo ni en desacuerdo marque 3.

	Completo desacuerdo	Ni de acuer- do ni en desacuerdo	Completo acuerdo		
Yo me veo a mí mismo/a como alguien....	1	2	3	4	5
1. A quien le gusta hablar.					
2. Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás.					
3. Que tiene capacidad para finalizar una tarea.					
4. Que es depresivo/a o triste.					
5. Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas.					
6. Que es reservado/a.					
7. Que ayuda a los demás y no es egoísta.					
8. Que puede ser un poco descuidado/a.					
9. Que es relajado/a y que maneja bien los problemas.					
10. Que es curioso/a respecto de las cosas.					
11. Que está lleno/a de energía.					
12. Que emplea peñas con los demás.					
13. Que es un trabajador/a confiable.					
14. Que puede ser tenso/a.					
15. Que es ingenioso/a.					
16. Que siempre genera mucho entusiasmo.					
17. Que tiene una naturaleza por la cual puede perdonar.					

	Completo desacuerdo	Ni de acuer- do ni en desacuerdo	Completo acuerdo		
Yo me veo a mí mismo/a como alguien....	1	2	3	4	5
18. Que tiende a ser desorganizado/a.					
19. Que se preocupa mucho por todo.					
20. Que tiene una imaginación muy activa.					
21. Que tiende a ser callado/a.					
22. Que generalmente es muy confiable.					
23. Que tiende a ser perezoso/a.					
24. Que es emocionalmente estable y que no se altera fácilmente.					
25. Que es imaginativo/a.					
26. Que tiene una personalidad asertiva.					
27. Que puede ser frío/a y distante.					
28. Que persevera hasta que las tareas estén terminadas.					
29. Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo.					
30. Que tiene valores artísticos y disfruta de las experiencias estéticas.					
31. Que a veces es tímido/a e inhibido/a.					
32. Que es muy considerado/a y amable con los demás.					
33. Que hace las cosas de modo eficiente.					
34. Que permanece calmado/a en situaciones tensas.					
35. Que prefiere el trabajo rutinario.					
36. Que es sociable.					
37. Que a veces puede tratar mal a los demás.					
38. Que puede fijarse metas y seguirías.					
39. Que se pone nervioso/a fácilmente.					
40. A quien le gusta pensar y reflexionar.					
41. Que tiene pocos intereses artísticos.					
42. A quien le gusta cooperar con los demás.					
43. Que se distrae fácilmente.					
44. Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura.					

© 2006, de todas las ediciones, Editorial Paidós.  
 Quedan rigurosamente prohibidas la reproducción total o parcial de este protocolo, por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía o tratamiento informático, y su distribución mediante alquiler o préstamo público.



Matriz de llenado

Extraversión:	Agradabilidad:	Responsabilidad:
1-	2R-	3-
6R-	7-	8R-
11-	12R-	13-
16-	17-	18R-
21R-	22-	23R-
26-	27R-	28-
31-	32-	33-
36-	37R-	38-
	42-	43-
Total =	Total =	Total =
Neuroticismo:	Apertura a la experiencia:	
4-	5-	
9R-	10-	
14-	15-	
19-	20-	
24R-	25-	
29-	30-	
34R-	35R-	
39-	40-	
	41R-	
	44-	
Total =	Total =	

	Puntaje	Percentil
Extraversión	_____	_____
Agradabilidad	_____	_____
Responsabilidad	_____	_____
Neuroticismo	_____	_____
Apertura a la Experiencia	_____	_____

Perfil del Rasgo:

99  
95  
90  
75  
50

Ausencia del Rasgo:

25

Baremos de BFI (población civil).

Percentil:	Extraversión:	Agradabilidad:	Responsabilidad:	Neuroticismo:	Apertura a la Experiencia:
<b>99</b>	34	42	43	33	44
<b>95</b>	33	38	38	30	42
<b>90</b>	32	36	37	29	40
<b>75</b>	30	34	36	28	38
<b>50</b>	28	31	33	26	35
<b>25</b>	25	28	30	24	31
<b>10</b>	23	26	28	22	28
<b>05</b>	21	24	24	20	27

Perfil del Rasgo:

99  
95  
90  
75

50 puede considerarse tendencia al rasgo:

Ausencia del rasgo:

25

## Anexo 9

### Escala de Hamilton para la depresión

Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

#### ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN (HAM-D)

La escala HAM-D consiste en 17 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos de ellos son calificados numéricamente entre un rango del 0 al 4 mientras que otros obtienen una calificación de 0 a 2. Generalmente, y de acuerdo con el criterio del entrevistador, si el síntoma está ausente recibe una calificación de 0, pero si su expresión es severa o incapacitante amerita un 2 ó 4 según el rango específico. Los síntomas leves o moderados reciben una calificación intermedia. Además, existen 4 rubros adicionales que no son tan frecuentes en el cuadro clínico de la depresión pero que su presencia es de gran valor pronóstico. Su versión original fue publicada en 1960, y se incluyeron síntomas ansiosos a pesar de encontrarse una relación negativa con los síntomas depresivos. El alto contenido somático de la escala la hace de valor dudoso cuando se usa en pacientes médicamente enfermos. A partir de ésta se han derivado la escala endogenomórfica de la depresión y la subescala de melancolía (que evalúa, sobre todo, las manifestaciones de retardo psicomotor), así como una autoaplicable: la escala de Carroll.

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
1. Ánimo deprimido	0-4	(0 = ausente; 1 = lo indica sólo si se le pregunta; 2 = lo indica de manera espontánea; 3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto; 4 = expresión verbal y no verbal).	
2. Sentimientos de culpa	0-4	(0 = ausentes; 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente; 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados; 3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa; 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes).	
3. Suicidio	0-4	(0 = ausente; 1 = siente que no vale la pena vivir; 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte; 3 = ideas o gestos suicidas; 4 = intentos de suicidio).	
4. Insomnio inicial	0-2	(0 = sin dificultad para dormirse; 1 = dificultad ocasional para dormirse p. ej. más de media hora; 2 = dificultad para dormirse cada noche).	
5. Insomnio medio	0-2	(0 = sin dificultad, 1 = inquieto y alterado por la noche; 2 = se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño).	
6. Insomnio terminal	0-2	(0 = sin dificultad; 1 = se despierta en la madrugada pero regresa a dormir; 2 = incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama).	
7. Trabajo y actividades	0-4	(0 = sin dificultad; 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones; 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades); 3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades; 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda).	
8. Retardo	0-4	(Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora, 0 = habla y pensamiento normales; 1 = ligero retraso; 2 = retraso obvio en la entrevista; 3 = entrevista difícil; 4 = completo estupor).	

**Wyeth**

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
9. Agitación	0-4	(0 = ninguna; 1 = intranquilidad; 2 = "juega" con las manos, el cabello, etc.; 3 = continuo movimiento, no puede quedarse quieto; 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios).	
10. Ansiedad psíquica	0-4	(0 = sin dificultad, 1 = tensión e irritabilidad subjetivas; 2 = se preocupa por detalles; 3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla; 4 = expresa sus temores sin que se los pregunten).	
11. Ansiedad somática	0-4	(Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, cólicos, eructos. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Otros: Micción frecuente, sudoración. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).	
12. Somático gastrointestinal	0-2	(0 = ninguno; 1 = pérdida del apetito pero come sin estímulo por parte del personal, sensación de pesadez abdominal; 2 = dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales).	
13. Somático general	0-2	(0 = ninguno; 1 = pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil; 2 = cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2).	
14. Genital	0-2	(Disminución de la libido y alteraciones menstruales; 0 = ninguno; 1 = leves; 2 = severos).	
15. Hipocondriasis	0-4	(0 = ausente; 1 = auto-absorción corporal; 2 = se preocupa por su salud; 3 = se queja frecuentemente, solicita ayuda; 4 = delirios hipocondríacos).	
16. Insight (intuición)	0-2	(0 = reconoce estar deprimido y enfermo; 1 = reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc.; 2 = niega por completo estar enfermo).	
17. Pérdida de peso	0-2	(0 = sin pérdida de peso; 1 = pérdida de peso ligera o dudosa; 2 = pérdida de peso obvia o severa).	
<b>TOTAL</b>			
Variación diurna	0-2	(0 = sin variación; 1 = presencia dudosa de variación diurna; 2 = presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la tarde).	
Despersonalización y desrealización	0-4	(Sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).	
Síntomas paranoides	0-4	(0 = ninguno; 1 = sospechoso; 2 = ideas de referencia; 3 = delirios de referencia; 4 = delirios de persecución).	
Síntomas obsesivos	0-2	(0 = ausentes; 1 = leves; 2 = severos).	

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros. De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Por otro lado, conviene destacar que ésta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos. En estos casos, es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un periodo determinado de tratamiento. Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción del 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

Wyeth