

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



TITULO

“CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA, CICLO I Y II 2022”

PRESENTADO POR:

CARNÉ

Alba Luz Cortez Claros

(CC15050)

Abdi Abisua Peña López

(PL16008)

Linda Esmeralda Pleitez Arévalo

(PA16038)

**INFORME FINAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSICOLGIA PARA
OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

DOCENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:

DOCTORA MERCY ASUNCIÓN VIERA PINEDA.

LICENCIADA DIANA LOURDES MIRANDA GUERRERO.

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO:

MAESTRO ISRAEL RIVAS.

**CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SAN SALVADOR,
EL SALVADOR, CENTROAMERICA, DICIEMBRE DEL 2022**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

VICERECTOR ACADEMICO:

Doctor Raúl Ernesto Azcúnaga López

VICERECTOR ADMINISTRATIVO:

Ingeniero Juan Rosa Quintanilla

SECRETARIO GENERAL

Ingeniero Francisco Antonio Alarcón Sandoval

FISCAL GENERAL:

Licenciado Rafael Humberto Peña Marín

AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO:

Maestro Oscar Wuilman Herrera Ramos

VICEDECANA

Maestra Sandra Lorena Benavides Serrano

SECRETARIO

Maestro Yupiltsinca Rosales Castro

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

JEFE:

Maestro Bartolo Atilio Castellanos Arias

COORDINADOR GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADO:

Maestro Israel Rivas

Índice

Abstract.....	6
Resumen.....	7
1. Entrevista En El Área Clínica/ Entrevista En El Área Forense.....	8
1.1 Diferencias Entre Entrevista Clínica Y La Forense.....	8
1.2 Instrumentos De Evaluación.....	10
1.3 Control De Simulación/Disimulación Y Detección Del Engaño.....	11
1.4 Casos De Análisis Y Evaluación: Menores, Violencia, Discapacidad, Trastornos Mentales Y Agresión Sexual.....	13
Casos De Análisis Y Evaluación: Casos Forenses De Violencia Y Agresión Sexual	13
Casos De Análisis Y Evaluación: Casos Clínicos Y Trastornos Mentales.....	45
Casos De Análisis Y Evaluación: Casos De Discapacidad.....	125
2. Entrevista En El Área Laboral.....	135
2.1 Tipos De Entrevista: Individual, Panel Y Grupo.....	135
2.2 Formas De Evaluación.....	136
2.3 Casos De Análisis Y Evaluación: Básico, Técnico, Especialista, Directivos	137
Casos De Análisis Y Evaluación: Casos De Selección De Personal	137
3. Entrevista En El Área Pedagógica	151
3.1 Modelos De Evaluación Psicopedagógica.....	151
3.2 Técnicas E Instrumentos De Evaluación Psicopedagógica.....	152
3.3 La Observación	155
3.4 Casos De Análisis Y Evaluación: Médico, Atributos Y Dinámico.....	156
Casos De Análisis Y Evaluación: Casos Médicos	156
4. Informe Psicológico.....	161
4.1 Evaluación Psicológica.....	161
4.2 Métodos De Evaluación	161
4.3 Conceptos Y Objetivo Del Informe Psicológico.....	163
4.4 Contenidos Y Áreas Del Informe.....	165
Devolución De Resultados Bajo Informe Y Manejo Ético de Resultados	168
5. Tipos De Informes.....	170
5.1 Tipos De Informes Psicológicos	170
5.2 Informe Clínico	172
5.3 Informe Forense.....	172

5.4 Informe Educativo.....	174
5.5 Informe Psicopedagógico.....	175
5.6 Equipos Multidisciplinarios.....	177
6. Elementos Claves Del Informe Psicológico.....	178
6.1 Elementos Claves Del Informe Psicológico.....	178
6.2 Cualificación Del Evaluador.....	180
6.3 Derechos Del Evaluado/Evaluador.....	181
6.4 Documentos Relacionados Con El Contenido Del Informe.....	184
6.5 Estilo De Redacción Del Informe.....	185
6.6 Consentimiento Informado.....	186
6.7 Resguardo Y Protección De La Documentación.....	189
7. Conclusiones Y Recomendaciones.....	191
7.1 Conclusiones.....	191
7.2 Recomendaciones.....	193
Referencias Bibliográficas.....	195
Anexos.....	197
Anexo 1: Normas Éticas Del Profesional De Psicología En El Salvador Referentes Al Informe. (Sandoval, 2011).....	197
Anexo 2: Pruebas Psicológicas Revisadas En El Módulo III.....	199

Abstract

This paper concisely shows the development of the contents studied during the course, reflecting in a theoretical and practical way, which are the premises that make up the work of the psychologists, what resources they use and how they use the study of clinical cases, as well as the realization of reports, expert opinions, and the kind of evaluation tools they use in their daily work. It also presents practical cases and examples related to the clinical, pedagogical, and forensic labor in psychology with their respective evaluation and reports; likewise, different psychological tests are reflected, explaining their usefulness and to the kind of population they should be applied, being these of clinical type in children, neuropsychological, and fir forensic use for cases. Moreover, this paper also presents the legal bases and protection that the law gives to the practice of psychology. This document projects the duality between theory and practice, since it is based on the theoretical content, psychological evaluation and the elaboration of diagnostic reports where different models of structure are evidenced, as it is lived in the reality of psychotherapeutic work.

Key words: Clinical cases, psychological report, psychological assessment tools, legal and forensic psychology, psychological tests.

Resumen

El presente trabajo manifiesta de manera concisa el desarrollo de los contenidos estudiados en el transcurso del curso, reflejando de manera teórica y práctica, cuáles son las premisas que conforman la labor del psicólogo, a que recursos recurre y de qué forma emplea el estudio de casos clínicos, como la realización de informes, peritajes y a qué tipo de herramientas de evaluación recurre en su labor diario. Así también, se presentan casos prácticos y ejemplos relacionados a la psicología clínica, pedagógica, forense y psicología laboral con sus respectiva evaluación e informes; de igual manera se reflejan distintas pruebas psicológicas, explicando la utilidad y a qué tipo de población deben ser aplicadas, siendo estas de tipo clínico en niños, neuropsicológicas, de uso forense y para casos en particular; y presentando también las bases legales y amparo que la ley da al ejercicio de la psicología. El documento proyecta la dualidad entre teoría y práctica, ya que se basa en el contenido teórico, evaluación psicológica y la elaboración de informes diagnósticos donde se evidencio diferentes modelos de estructura, tal cual se vive en la realidad del trabajo psicoterapéutico.

Palabras claves: Casos clínicos, informe psicológico, herramientas de evaluación psicológica, psicología jurídica y forense, pruebas psicológicas.

1. Entrevista En El Área Clínica/ Entrevista En El Área Forense.

1.1 Diferencias Entre Entrevista Clínica Y La Forense

Para entrar en materia, principalmente hay que definir en si en que consiste la entrevista psicológica, nos referimos al instrumento o técnica fundamental del método clínico, y es, por lo tanto, un procedimiento de investigación científica de la psicología. En cuanto a técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no solo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica.

La entrevista psicológica, es entendida como aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, etc.), quedando de esta manera limitado nuestro objetivo, pero no sólo para señalar algunas de las reglas prácticas que posibilita su empleo eficaz y correcto, sino que también para desarrollar en cierta medida el estudio psicológico de la entrevista psicológica.

Entrevista en el área clínica.

La entrevista clínica es el medio a través del cual se obtienen datos significativos y aclaratorios a la hora de realizar un diagnóstico psicológico clínico. Además de la información recabada, permite definir el tipo de tratamiento que el paciente necesita, así como tomar las decisiones y juicios clínicos oportunos. Por tanto, a través de la entrevista clínica se pretende llegar a los siguientes objetivos:

- Ψ Obtener un diagnóstico o juicio clínico.
- Ψ Conocer a la persona.
- Ψ Crear y mantener la relación interpersonal.
- Ψ Comprometer al paciente en el tratamiento.
- Ψ Respetar el tiempo.
- Ψ Responder a las expectativas del paciente.

En la mayoría de las ocasiones, la entrevista clínica se establece durante las primeras tomas de contacto entre terapeuta-paciente, donde además de obtener información significativa,

se crean los primeros lazos y vínculos, que afianzarán el trabajo posterior. Por eso, durante la realización de dicha entrevista se deberá crear un clima de confianza, empatía y apertura que favorezca la comunicación interpersonal desde las primeras tomas de contacto.

Durante la entrevista clínica, el terapeuta deberá mantener un nivel óptimo de atención, que le permita seleccionar la información más importante, reconducir la entrevista en los momentos que se salgan de los límites marcados y reformular preguntas de manera que se aclaren datos que quedan inconclusos o que generan dudas en el terapeuta, todo esto con el fin de recopilar la mayor cantidad de información verídica.

Entrevista en el área Forense.

La entrevista forense la realiza un profesional de la salud mental experto en el área jurídica y forense, debe de cumplir con el modelo científico ideal propuesto para tal fin. Se emplean protocolos, técnicas e instrumentos de evaluación psicológica que respondan a las necesidades de la labor encomendada. Este tipo de entrevista cumple con 3 objetivos los cuales son:

1. Obtención de datos para formular hipótesis.
2. La planificación de otras pruebas a emplear para refutación o verificación de las hipótesis planteadas.

Si bien es cierto la entrevista forense se debe de adaptarse según el caso y objetivo de esta. Soria y Cols (2006 en lobo,2016:78) Proponen 3 Fases que posee la entrevista forense.

FASE INICIAL	FASE INTERMEDIA	FASE DE CIERRE.
Presentación de profesional. Explicación del objetivo de la entrevista. Contestar inquietudes, preguntas y Rapport.	Obtención de información necesario para el caso (según motivo de exploración) Escucha activa, elaboración de hipótesis, realizar preguntas adecuadas para profundizar.	Resolver puntos finales. Explicación del procedimiento a seguir.

La evaluación psicológica clínica y la forense comparten un interés común por la valoración del estado mental del sujeto evaluado. La primera posee como objetivo primordial de su actuación, poder llevar a cabo una posterior intervención terapéutica o un tratamiento psicoterapéutico basado en cualquier corriente psicológica, mientras que la segunda, su objetivo primordial es analizar las repercusiones jurídicas de los trastornos mentales.

Las diferencias en relación con el contexto de aplicación (clínico o judicial) y al objeto de la demanda (asistencial o pericial) marcan las características propias que adquiere el proceso de evaluación psicológica en cada uno de los dos ámbitos (Acherman 2010). Por lo que es importante mantener en claro los objetivos y el contexto en que se realiza la evaluación psicológica.

1.2 Instrumentos De Evaluación.

Los instrumentos psicológicos son construidos en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano. Los resultados de los mismos, se integran al proceso evaluativo y a la toma de decisiones en relación a la persona en estudio; de forma tal, que la aplicación de los instrumentos de medida se constituye en la fase más importante del proceso de evaluación psicológica; igual ocurre en cualquier otro campo de la actividad humana, donde el uso correcto o incorrecto de los instrumento de medida, determinan la calidad de información que se obtiene, y por ende, de las conclusiones finales a las que se arriban partiendo de dichos datos.

Los instrumentos de evaluación se clasifican como los siguientes:

- 1. Pruebas psicométricas:** son los instrumentos que miden o evalúan las características, habilidades, rasgos de personalidad y valores de la persona, entre ellos existen una gran variedad, entre los cuales podemos mencionar:
 - a. Pruebas psicológicas de personalidad (16pf, MMPI.)
 - b. Pruebas psicológicas psicométricas o de inteligencia (Raven, domino)
 - c. Pruebas psicológicas proyectivas (Rorschach, Zulliget, test gráficos)

- 2. Entrevista Psicológica:** por medio de un dialogo estructurado, dependiendo del objetivo, la entrevista en función de herramienta cumple un rol significativo ya que se encarga de recolectar y comprobar aquella información necesaria sobre la vida del sujeto, aspectos

personales, familiares que están relacionados a su desarrollo, traumas y experiencias, por medio de la entrevista, se puede contrarrestar información obtenida por otras fuentes como test aplicados al sujeto.

Dichas entrevistas pueden ser realizadas en un formato establecido según el propósito de su aplicación, en algunos casos se utilizan entrevista abiertas o cerradas.

- 3. Anamnesis clínica:** es un instrumento de exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

El contenido de la historia del paciente se ordena mediante el esquema: Informante, Datos de identificación, Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Historia psicosocial e Interrogatorio por sistemas. Se abordan los datos pertinentes que se recolectan en cada sección.

- 4. Guías Observación:** la observación como tal, es un proceso de consolidación de un diagnóstico, es muy importante ya que se encarga de estudiar el comportamiento del sujeto tanto en condiciones artificiales, por ejemplo, durante la ejecución de pruebas; en situaciones experimentales, como en las condiciones naturales y cotidianas de su vida: hogar, escuela, trabajo, etcétera. El psicólogo plantea estímulos al sujeto como: Pruebas, preguntas, etc., y debe registrar tanto las respuestas como los comportamientos que este manifiesta.

La peculiaridad de esta técnica es que no se provocan o elicitadas respuestas en los sujetos observados, simplemente los fenómenos se dan de forma natural y el experto u observador lo observa y estudia.

1.3 Control De Simulación/Disimulación Y Detección Del Engaño.

Dentro del campo jurídico o forense, el dictamen de un peritaje forense debe de tomar en cuenta que hay aspectos fundamentales que pueden generar cierto impacto a la hora de obtener hipótesis basadas en relatos, sobre todo si queremos detectar pruebas de lesiones y daños a nivel psicológicos, por tal razón existen ciertos fenómenos que pueden afectar la credibilidad de un

testimonio, como la manipulación de la información con el objetivo de engañar y obtener algún beneficio a su favor.

Desde la psicología jurídica, específicamente la evaluación del daño, la búsqueda del engaño se ha centrado fundamentalmente en la evaluación de la simulación, entendida ésta como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos motivada por incentivos externos (American Psychiatric Association, 2005; Cobo, 2004).

Existen ciertos tipos de simulación:

Según Gisbert (2005) distingue 6 formas de trastornos simulados:

- Ψ La enfermedad provocada (en donde la dolencia es real pero producida por el mismo sujeto para engañar utilitariamente).
- Ψ La alegada (que se reclama como existente, pero sin ningún tipo de manifestación).
- Ψ La imitada (la más típica, en la que el sujeto simula síntomas de una enfermedad).
- Ψ La exagerada (la sintomatología existente se exagera para obtener mayores beneficios).
- Ψ La imputada (un trastorno existente se atribuye a un origen distinto del real).
- Ψ La disimulada (ocultamiento de síntomas).

Este mismo autor plantea diversas motivaciones para esta conducta, entre las que se encuentran el chantaje y la venganza, explotar la caridad pública, reclamar indemnizaciones, alcanzar beneficios oficiales, alegar irresponsabilidad penal, escapar de obligaciones oficiales y eximirse del servicio militar. Por lo cual es importante tomar en cuenta dichos elementos al momento de dar credibilidad o no al testimonio de la presunta víctima o victimario.

Detección de engaño.

Dentro del campo forense, la parte más importante, que es el estudio de los hechos por medio del interrogatorio policial, o en el caso de una entrevista realizada por el perito a través de cámara Gesell, surgen estrategias fundamentales que ayudan a determinar la credibilidad de un relato con el fin de la detección de mentiras, o en algunos casos, desmentir expresiones verbales a través de actitudes; la observación de determinados indicios conductuales, indicativos de un discurso simulado o disimulado.

Las investigaciones de autores como Zuckerman, DePaulo, Rosenthal, Buller, Burgoon o Ekman, han puesto de manifiesto tradicionalmente que la mentira puede detectarse a partir de una serie de indicadores visibles: micro expresiones faciales, sonrisas, movimientos faciales, transparencia del rostro o cuerpo, variaciones de la voz y dilatación pupilar, filtraciones emocionales, distanciamiento verbal y no verbal.

1.4 Casos De Análisis Y Evaluación: Menores, Violencia, Discapacidad, Trastornos Mentales Y Agresión Sexual.

Casos De Análisis Y Evaluación: Casos Forenses De Violencia Y Agresión Sexual

La práctica referente a casos forenses de violencia y agresión sexual fue puesta en práctica basado en el estudio y ejercicio de análisis del libro “Violencia intrafamiliar, testimonio de un grito silencioso”¹, según los perfiles de las víctimas y el agresor tomados como un caso real, donde los estudiantes retomaron la información y elaboraron sus respectivos diagnósticos, en base a los métodos de análisis psicológico forense.

A continuación, se presentan ciertos modelos construidos en clase con fines académicos:

EJEMPLO 1

ANAMNESIS TANIA

a. Motivo de consulta

Paciente femenina, madre de dos hijas, referida a la unidad de evaluación psicológica por víctima de maltrato y abuso intrafamiliar.

b. Antecedentes somáticos

Taquicardias, temblores, cefaleas

c. Psico biografía

Paciente perteneciente a una familia nuclear, madre de 4 hijos de los cuales dos de ellos fallecieron por causas naturales a temprana edad, es esposa y ama de casa, trabaja realizando labores domésticas y así generar ingresos económicos. Residía con su hija menor y su cónyuge, de quien

¹ Violencia Intrafamiliar, testimonio de un grito silencioso de Oscar Martínez Peñate y Lidia Flores Montalvo.

manifiesta haber recibido maltrato psicológico, verbal y físico; en la actualidad se encuentra viviendo con su hermano mayor y con su padre, quien ejercía el rol de cuidador de su hija mayor.

d. Antecedentes psiquiátricos familiares

No refiere antecedentes psiquiátricos.

e. Historia toxicológica

No existen antecedentes toxicológicos.

f. Enfermedad actual

La paciente no refiere evaluación médica reciente que la diagnostique con una enfermedad.

g. Exploración psicopatológica

Contacto sintónico, aspecto físico descuidado, actitud colaboradora y perpleja, presenta hipervigilancia, orientación temporal y espacial, hiperprosexia, conducta motora de agitación, inhibición, negativismo, aislamiento, voluntad sugestionable, motivación extrínseca, humor y afectividad depresiva, llanto incontrolable, ansiedad, pensamiento fluido, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, pensamientos de muerte, lenguaje empobrecido pero coherente.

h) Historia de la situación conflicto y exploración del caso

La paciente acude a terapia ya que manifiesta sufrir violencia psicológica, emocional y física por parte de su cónyuge durante varios años, dicha violencia ha llegado a ser naturalizada por la paciente y en repetidas ocasiones ha justificado el merecer este trato, presenta sentimientos de inferioridad y dependencia emocional hacia el abusador, fue el abuso sexual por parte de su cónyuge hacia su hija de 16 años, lo que la llevó a finalizar dicha relación.

i. Diagnóstico o impresión diagnóstica

- Trastorno dependiente de la personalidad
- Estrés Postraumático
- Depresión

j. Evolución clínica y tratamiento

La paciente fue remitida por el área de medicina legal para evaluación tras haber sido víctima de violencia física, psicológica por parte de su cónyuge, la violencia intrafamiliar por la cual atraviesa la paciente se ha desarrollado de manera gradual en la relación de pareja que han generado en la paciente sintomatología grave como sentimiento de vulnerabilidad, desesperanza, culpa, estado de ánimo depresivo, dependencia emocional, ideación suicida, miedo al abandono; sin embargo, su pronóstico es favorable ya que acude voluntariamente al tratamiento y muestra una actitud positiva al cambio y al proceso de manera general. Se recomienda un tratamiento especializado que favorezca a la disminución o erradicación de los síntomas actuales, y en desarrollar en la paciente adecuadas redes de apoyo, desarrollo o introducción al mundo laboral fomentando la independencia y autonomía favoreciendo la autoestima.

ANAMNESIS CARLOS

a) Motivo de consulta:

Paciente masculino, referido por orden judicial, en donde se establece recibir atención psicológica como medida provisional, por violación sexual, homicidio doloso y conducta violenta.

b) Antecedentes somáticos

Temblores en las manos, taquicardia, sudoración.

c) Psico biografía

El paciente proviene de una familia de origen con dinámica disfuncional y bajo un estilo de crianza autoritaria. Desde la adolescencia presenta abuso de alcohol y eventualmente consumo de otras sustancias psicoactivas tales como cocaína y crack. Actualmente miembro de una familia nuclear, con educación a nivel básico, electricista, esposo y padre de tres hijos, con antecedentes de violencia intrafamiliar donde se manifiesta agresividad, impulsividad, conductas de riesgo y apatía hacia la esposa e hija.

d) Antecedentes psiquiátricos familiares.

Su hermano quien presentó ideación suicida, y no recibió atención psicológica ni tratamiento psiquiátrico, por lo que la sintomatología se cronifica dando como resultado la ejecución suicida.

e) Historia toxicológica

- Nicotina: consumo regular desde la adolescencia hasta la actualidad.
- Alcohol: consumo con patrón de dependencia desde la adolescencia y con mayor frecuencia en la adultez.
- Cocaína y crack: consumo regular en la adultez.

f) Enfermedad actual

El paciente no refiere evaluación médica que lo diagnostique con una enfermedad.

g) Exploración psicopatológica

Contacto distónico, aspecto descuidado, actitud hostil, defensiva y suspicaz; en hipervigilancia, consciente en tiempo y espacio, distraibilidad, disminución de la memoria, conducta motora alterada (marcha inestable), humor irritable y eufórico, labilidad emocional, aplanamiento y apatía. Pensamiento dicotómico y celotípico, lenguaje empobrecido e insultante, tono de voz elevado, conducta sexual sádica.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso.

Paciente masculino, creció en una familia nuclear bajo un estilo de crianza autoritario, educación machista, desde la adolescencia presenta el consumo de sustancias psicoactivas, y desencadenando progresivamente en la actualidad conductas desadaptativas como maltrato verbal y psicológico hacia su familia, violación sexual a su hija, conductas agresivas e impulsivas, ausencia de remordimiento y culpa. Por lo tanto, se establece que manifiesta una sintomatología de un trastorno antisocial de la personalidad lo que provoca el surgimiento de dichas afecciones comportamentales.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

- Trastorno Antisocial de la Personalidad
- Abuso de alcohol
- Agresividad e impulsividad

j) Evolución clínica y tratamiento

Paciente no refiere historial de haber recibido tratamiento psicológico y psiquiátrico. El curso de los síntomas que se presenta es crónico, debido a que, es a largo plazo y no se han evidenciado mejoras. Por lo tanto, se observa un pronóstico desfavorable y si el paciente no recibe tratamiento las conductas de agresividad y violencia pueden intensificarse y evolucionar perjudicialmente. En efecto, se sugiere que se someta a un tratamiento que tenga una duración mínima de dos años, el cual debe ser constante, que incluya un programa penitenciario, multidisciplinario y grupos de apoyo comunitarios, donde se intervenga la adicción, los pensamientos automáticos, patrones, creencias nucleares e intermedias, entrenamiento de auto instrucciones, resolución de conflictos y control de impulsos.

ANAMNESIS TIRSA

a) Motivo de consulta:

Paciente femenina de dieciséis años, asiste a consulta manifestando haber sido víctima de violencia física y de abuso sexual por parte de su padre.

b) Antecedentes somáticos

Durante su niñez experimentó constantemente síntomas gastrointestinales como dolores estomacales, diarreas, fiebres y escalofríos. En la actualidad presenta insomnio, pesadillas recurrentes acerca de los hechos vivenciados, disminución del apetito, sudoración en las manos, nerviosismo.

c) Psico biografía

La paciente es la segunda hija de 4 hermanos, miembro de una familia disfuncional, con un estilo de crianza negligente por parte de ambos padres. Durante la infancia y hasta la actualidad ha sido rechazada por su figura paterna quién además ha ejercido violencia física y psicológica, provocando un apego inseguro. Agregado a esto, experimentó dos duelos, debido a que atestiguó el suicidio de su tío paterno y la muerte de su abuela materna, quienes eran redes de apoyo significativas. Desde de los once hasta los dieciséis años su padre ha ejercido violencia sexual; además, ha estado expuesto a conductas de riesgo, ya que en la actualidad él consume sustancias psicoactivas y mantiene vínculos con grupos delincuenciales.

d) Antecedentes psiquiátricos familiares

En la familia paterna existen antecedentes de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas.

e) Historia toxicológica

No se observa.

f) Enfermedad actual

No presenta afecciones médicas.

g) Exploración psicopatológica

Contacto distónico, aspecto físico limpio y ordenado, orientada en tiempo y espacio, lenguaje verbal acorde a su edad cronológica, atención focalizada y codificada, disociación, actitud colaboradora, insomnio, abulia, motivación extrínseca, humor depresivo, ansiedad psíquica y somatizada.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso.

La paciente estuvo expuesta desde su infancia la violencia física y psicológica, además, hubo represión por parte de su padre en el establecimiento de relaciones interpersonales. Por otra parte, experimentó dos pérdidas significativas. Desde los once años hasta la actualidad el padre ejerce violencia sexual. Por lo tanto, muestra secuelas emocionales, producto de las experiencias traumáticas, desencadenando sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa e inutilidad, insomnio, pesadillas, ansiedad, sentimientos de vacío, ideación suicida, sentimientos de indefensión, estigmatización, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas de inhibición, temor, miedo al abandono, cambios de humor, tristeza, dificultades de concentración.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

- Trastorno de Estrés Postraumático
- Trastorno Distímico
- Ansiedad

j) Evolución clínica y tratamiento

La paciente presenta una afectación sintomática grave, actualmente no se encuentra en tratamiento psicológico, sin embargo, se observa un pronóstico favorable, ya que se muestra con colaboración para la atención y cuenta con redes de apoyo. Por lo tanto, se sugiere brindar un tratamiento integral, un modelo cognitivo y conductual, donde se brinde apoyo profesional para el grupo familiar, abordando el área afectiva, volitiva, cognitiva, social y sexual, por medio de la activación a la respuesta suspendida, no evocada, abordar la reinterpretación de los hechos, restablecer la imagen y sensación corporal, reconstruir las sensaciones propioceptivas vinculadas a la sensibilidad sexual excitativa, activar las partes sexuales afectadas y la sensualidad propia.

Belqui Carolina Guardado Delgado

Psicóloga

EJEMPLO 2

CARLOS

a) **Motivo de consulta:** Agresor y violador sexual.

b) **Antecedentes somáticos:**

Síntomas por consumo de sustancias: cambios en el estado de ánimo, irritabilidad y estallidos de ira, deterioro del aspecto físico.

c) **Psicobiografía**

Carlos, proveniente de una familia de baja condición social y disfuncional, conformada por 3 hermanos varones; una madre controladora, manipuladora, permisiva y negligente, parca emocionalmente y un padre ausente; tras un ambiente gobernado por el machismo, Carlos creció bajo creencias poco racionales, y un vínculo desorganizado y carente afectivamente, creó patrones conductuales desadaptativos que manifestó en su relación de pareja y en el contexto social. Durante su la adultez temprana, cuando conoció a su actual esposa, él mostraba comportamientos superficialmente encantadores dentro de su noviazgo, que cuando se casó cambio drásticamente. Tuvieron su primera hija, Tirsa, luego vino la siguiente hija la cual fallece al año debido a una enfermedad, y en el último embarazo, llegó el hijo tan anhelado por él, que muere tras una malformación congénita, por el cual culpabilizaba a su esposa e hija siempre, viviendo una frustración en sus ideales. Carlos presente patrones conductuales agresivos, impulsivos, actos de violencia, maltrato, manipulación, sometiendo así a sus víctimas a tratos inhumanos, tanto que, en un arranque de ira y celos, cometió un homicidio con arma blanca, del cual hizo parte a su esposa, que luego ayudo a mover el cuerpo. Así también cometió otros actos inmorales, que lo llevaron a la cárcel, donde solo estuvo un corto periodo de tiempo debido a que después escapo. Cabe mencionar que Carlos siempre mostró una fuerte dependencia hacia la madre, razón por la cual convivían bajo el mismo techo durante algunos años de su matrimonio.

d) **Antecedentes psiquiátricos familiares.**

- Suicidio: su hermano, provocó su muerte tras ingerir veneno de ratas, suicidándose. Pese a que se crio bajo el mismo ambiente disfuncional y conflictivo, él se caracterizaba por ser afectivo, de buen comportamiento y empático.

➤ Madre con características psicópatas y narcisistas.

e) Historia toxicológica.

El paciente comenzó ingiriendo pequeñas cantidades de alcohol, que paulatinamente fue aumentando, comenzando también a ingerir otras sustancias como son: marihuana, cocaína, crack, nicotina. Lo que siguió ingiriendo de forma regular, provocando una adicción a estas sustancias.

f) Enfermedad actual

No aplica.

g) Exploración psicopatológica.

El paciente se muestra irritable y agresivo todo el tiempo, intimidaba, manipulaba y amenazaba a la hija con matar a su madre y hermana; cuenta con antecedentes penales, ya que está involucrado en grupos delictivos, ha estado en la cárcel por invasión a propiedad privada; así también cometió homicidio. Por lo que se sugiere aplicar la escala de psicopatía de Robert Hare, el Inventario Clínico Multiaxial de Millón y la figura humana de Karen Machover. Esto debido a que es necesario conocer estas áreas para confirmar un posible diagnóstico de personalidad psicopática y trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso.

Después de casarse, el paciente comenzó a perpetrar actos de violencia intrafamiliar contra su esposa y su hija, solía trabajar como electricista, pero lo despidieron, después de eso él ya no buscó otro trabajo y pasaba tiempo fuera de casa reunido con delincuentes, para tomar y consumir drogas. Por lo que bajo estos efectos el infundía temor a toda la familia por ende ganaba el poder, control, autoridad sobre estos, desempeñando un rol de padre autoritario y ausente y en un hombre misógino y narcisista. Al llegar a casa siempre estaba molesto e irritado y cualquier cosa que hiciera la hija o la esposa lo hacía perder el control a tal grado de golpearlas hasta el cansancio. Cuando su hija comenzó la adolescencia él la percibe de manera morbosa y esto lo llevó a cometer una violación sexual contra ella durante 6 años, tanto que sentía arranque de celos por ella, no dejaba que saliera a la calle para que nadie pudiera verla, limitando su círculo social y familiar, realizando amenazas de muerte para mantener su silencio.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

- Diagnóstico primario: Personalidad Psicopática.
- Diagnóstico secundario: Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

j) Evolución clínica y tratamiento

Debido a que el tratamiento no se ha iniciado, no se tiene una evolución clínica, sin embargo, el pronóstico es desfavorable debido a las conductas y características del paciente.

Se recomienda tratar las áreas : cognitiva, afectiva, conductual, social y la adicción debido a que el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad y un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Se realizarán sesiones 1 vez por semana abordando las áreas antes mencionadas, donde se evaluará el progreso cada trimestre para identificar los cambios, avances y retrocesos del paciente, según la respuesta que tenga al tratamiento.

Firma de coordinadora:
Abdi Abisua Peña López



RESUMEN CLINICO

Motivo de consulta: Agresor y violación sexual.

Paciente masculino, casado, con 3 hijos (2 fallecidos), desempleado, demandado por violación y agresión sexual agravada ejercida hacia su hija durante 6 años. Sin indicadores orgánicos identificados y sin medicación, con antecedentes familiares psicopatológicos y con un historial de consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes penales, presenta una personalidad psicopática caracterizada por:

- Patrones conductuales agresivos
- Impulsividad
- Actos de violencia (homicidio, violencia intrafamiliar)
- Maltrato
- Manipulación

- Falta de empatía
- Intimidación
- Involucramiento en grupos delictivos.

Se sugiere aplicar la escala de psicopatía de Robert Hare, el Inventario Clínico Multiaxial de Millón y la figura humana de Karen Machover. Esto debido a que es necesario conocer estas áreas para confirmar un posible diagnóstico de personalidad psicopática y trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Se recomienda la terapia individual y tratar el control de los impulsos, manejo de la ira, asertividad, empatía, desarrollo de habilidades sociales, reestructuración cognitiva acerca de las Ideas irracionales y adicciones debido a la impresión diagnóstica.

Se realizarán sesiones 1 vez por semana abordando las áreas antes mencionadas, donde se evaluará el progreso cada trimestre para identificar los cambios, avances y retrocesos del paciente, según la respuesta que tenga al tratamiento. Sin embargo, se observa un pronóstico desfavorable debido a las conductas y características del paciente.

Firma de coordinadora:
Abdi Abisua Peña López



TANIA

- a) **Motivo de consulta:** Víctima de violencia intrafamiliar
- b) **Antecedentes somáticos:**

Síntomas de Ansiedad: Sudoración, aumento del ritmo cardiaco, hiperventilación, nerviosismo, temblor corporal.

Duelo no resuelto: alucinaciones auditivas.

- c) **Psico biografía:**

Tania nació en una familia tradicional, con padre y madre, tuvo una relación sentimental donde nació su primera hija, sin embargo, se desconoce la causa de su separación. Luego conoció a Carlos, su segunda pareja, el noviazgo se dio de manera normal donde él se comportaba de forma cariñosa, atenta y detallista, cosa que cambio en cuanto se casaron, pues comenzaron las agresiones tanto verbales, psicológicas y físicas contra Tania. Al darse cuenta de su segundo embarazo (primero en la relación con Carlos) prometió no dejar sin padre a su segunda hija y tratar de tener un matrimonio duradero. Por un tiempo estuvieron viviendo en la casa de los padres de Carlos, donde sufrió abuso verbal, físico y psicológico por parte de su suegra, quien provocaba peleas entre ellos para que Carlos la agrediera. Presencio y participo en un asesinato que realizó su esposo estando bajos los efectos de alcohol y drogas debido a celos. Sufrió la muerte de dos de sus hijos a causa de diferentes enfermedades, una niña y un niño, ambos murieron siendo bebés. Por lo que después de la muerte de sus hijos, experimento alucinaciones auditivas, escuchaba el llanto de sus hijos en el patio donde vivían. Al sufrir violencia intrafamiliar por tantos años, en múltiples ocasiones intento separarse de su esposo, sin embargo, siempre volvían a estar juntos. Así también ella era la encargada de mantener económicamente a la familia, realizando trabajos domésticos, debido a que su esposo gastaba el dinero en alcohol y otras sustancias. Por lo que, su trabajo doméstico era una forma de escape de la violencia en su hogar, dejando a su hija sola con su padre. Perdió a su madre quien murió por vejez quedándose sin el apoyo de ella; con el pasar del tiempo su segunda hija creció y fue víctima de abuso sexual por parte de Carlos, su propio padre, en reiteradas ocasiones. La violencia en contra de ella y su hija se mantuvo durante un tiempo hasta su hija le conto que su padre la violaba, por lo que decidió poner fin a esta situación y denunciar ante las autoridades.

d) Antecedentes psiquiátricos familiares:

No se tiene información.

e) Historia toxicológica:

No aplica.

f) Enfermedad Actual:

No se tiene información.

g) Exploración psicopatológica:

La paciente muestra preocupación, miedo al abandono, nerviosismo, tristeza, grandes fluctuaciones del estado de ánimo, enojo, frustración e irritabilidad y sentimientos de culpa o inutilidad, no posee relaciones interpersonales. Por lo que se sugiere aplicar las escalas de depresión y ansiedad de Beck y la figura humana de Karen Machover. Esto debido a que es necesario conocer estas áreas para confirmar un posible diagnóstico de trastorno de la personalidad dependiente, trastorno distímico y trastorno de ansiedad.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso.

Mujer víctima de violencia física, económica, verbal y psicológica principalmente por parte de su cónyuge a lo largo de los años, ha sufrido diversos golpes, fracturas, moretones en todo el cuerpo y humillaciones, vivenciando así un ciclo repetitivo de violencia, donde ella lo dejaba y el pedía perdón hasta convencerla que iba a hacer un cambio en su conducta, por lo que volvían a estar juntos.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica:

- Diagnóstico primario: Trastorno de la personalidad dependiente.
- Diagnóstico secundario: Trastorno distímico.
- Diagnóstico terciario: Trastorno de ansiedad.

j) Evolución clínica y tratamiento:

Debido a que el tratamiento no se ha iniciado, no se tiene una evolución clínica, sin embargo, se observa un pronóstico favorable según la conducta mostrada por la paciente.

Se sugiere trabajar las áreas afectiva, cognitiva, social y conductual para intervenir el trastorno de la personalidad dependiente, el trastorno distímico y el trastorno de ansiedad.

Se realizará una sesión por semana por aproximadamente seis meses, esto dependerá de la disponibilidad y aceptación del tratamiento.

Firma de coordinadora:
Abdi Abisua Peña López



RESUMEN CLINICO

Motivo de consulta: Violencia intrafamiliar

Paciente femenina, casada, con 4 hijos (2 fallecidos), esposa del demandado y madre de la víctima, empleada doméstica, sin indicadores orgánicos identificados, sin antecedentes familiares psicopatológicos y sin medicación. Presenta indicadores de un trastorno de personalidad dependiente ya presenta:

- Violencia intrafamiliar por parte de su esposo
- Conductas de sumisión
- Preocupación excesiva
- Miedo al abandono
- Nerviosismo
- Fluctuaciones del estado de ánimo (tristeza, enojo, irritabilidad)
- Frustración
- Sentimientos de culpa o inutilidad

Desarrollando a su vez un trastorno distímico y de ansiedad.

Por lo que se sugiere aplicar las escalas de depresión y ansiedad de Beck y la figura humana de Karen Machover para confirmar la presencia de estos trastornos

PLAN DE INTERVENCIÓN

Se sugiere trabajar una terapia individual, abordando las ideas irracionales referente al amor y las relaciones de pareja, la inteligencia emocional, asertividad, la comunicación, relaciones interpersonales, autoestima y autoconcepto.

Se realizará una sesión por semana por aproximadamente seis meses, esto dependerá de la disponibilidad y aceptación del tratamiento. Por lo que se proyecta que el avance de la paciente será favorable y mostrará cambios positivos en los primeros meses de tratamiento, según la conducta observada.

Firma de coordinadora:
Abdi Abisua Peña López



TIRSA

a) Motivo de consulta: Víctima de violación y agresión sexual agravada en modalidad continuada.

b) Antecedentes somáticos

Se presenta disociación que genera un equilibrio emocional ante la situación de violencia que vive. Así también manifiesta síntomas ansiosos como dolor de estómago, dolores de cabeza, sudoración, nerviosismo.

c) Psico biografía

La paciente provenía de una familia disfuncional, por un lado, con una madre con características dependientes, y con un padre agresivo y violento, provocando así que ella adoptara patrones de conducta pasivos debido a la violencia intrafamiliar ejercida por el padre hacia la madre y ella. Violencia que en un inicio se caracterizaba como psicológica, verbal y física, principalmente hacia la madre, y posteriormente hacia ella. Situación que fue aumentando hasta finalizar en una violación sexual hacia ella a la edad de 11 años.

Segunda hija, de una familia con 4 hijos, de los cuales una murió debido a una enfermedad y el siguiente por una malformación en la gestación. Presenta una muy estrecha relación con su hermana mayor (hermana por parte de la madre) y sus abuelos maternos. De parte de su familia paterna, solamente cercana a su tío.

d) Antecedentes psiquiátricos familiares

- Padre con trastorno antisocial, psicopatía y trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias.
- Suicidio por parte de su tío (paterno)
- Abuela (paterna) con características psicópatas y narcisistas
- Madre con trastorno de personalidad dependiente

e) Historia toxicológica

No aplica

f) Enfermedad actual

No se tiene información.

g) Exploración psicopatológica

La paciente presenta un aislamiento social, temor a la figura masculina, así como una represión de emociones, ideas suicidas, dificultades para relacionarse con el sexo opuesto, revictimización del abuso, sobrevigilancia.

Por lo que sugiere aplicar la escala de habilidades sociales (EHS), escalas de medición de ansiedad y de depresión de Beck, la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post traumático-revisada (EGS-R) y la aplicación de la figura humana de Karen Machover. Esto debido a que es necesario conocer estas áreas para confirmar un posible diagnóstico de estrés post trauma por abuso sexual prolongado, trastorno de depresión y trastorno de ansiedad.

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso.

Desde temprana edad, la paciente sufrió violencia psicológica y física de parte de su padre, provocando sentimientos de tristeza, desolación, aislamiento y represión de las emociones. Situación que empeoró al morir su tío (paterno) y posteriormente su abuela materna, quienes eran importantes redes de apoyo en la vida de la paciente. Todo esto sumado a que en ese periodo de tiempo (desde los 11 años a los 16 años) comenzó a sufrir violaciones repetidamente por parte de su padre, quien de igual forma cortó lazos de amistad con sus compañeros de clases y aun su familia materna, a quienes prohibía visitar y/o hablar. Todo esto provocó un temor a la figura masculina, inhibición, ideaciones suicidas, resignación, sobrevigilancia, ansiedad y depresión.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

- Diagnóstico primario: Estrés post trauma (violación y agresión sexual agravada en modalidad continuada)
- Diagnóstico secundario: Trastorno Depresivo
- Diagnóstico terciario: Trastorno de Ansiedad

j) Evolución clínica y tratamiento

Las áreas que se sugiere trabajar son las siguientes: área afectiva, cognitiva social, conductual y sexual para enseñar a la paciente a lidiar con el estrés post trauma, el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad.

Si la paciente se somete al tratamiento y tiene disposición al cambio, se infiere que su evolución será favorable y logrará cambios positivos en los primeros meses de tratamiento, visualizando un tratamiento de duración: 1 vez por semana durante 1 año.

Al cumplir los 6 meses de tratamiento, volver a realizar una evaluación para identificar en que áreas ha mejorado y reforzar las áreas deficientes. Es importante mantener un seguimiento de su situación después de darle el alta.

Firma de coordinadora:
Abdi Abisua Peña López

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Abdi Abisua Peña López', written over a grid pattern.

RESUMEN CLINICO

Motivo de consulta: Victima de violación y agresión sexual agravada en modalidad continuada.

Paciente femenina de 16 años, soltera, estudiante, sin indicadores orgánicos identificados, con antecedentes familiares psicopatológicos. Presenta indicadores de trastorno de estrés post trauma debido a la violación sexual ejercida por su padre durante 6 años y con un historial de violencia psicológica y física del mismo, lo que provocó:

- Sentimientos de tristeza
- Desolación
- Aislamiento
- Represión de las emociones
- Temor
- Dificultades para relacionarse con el sexo opuesto
- Inhibición
- Ideaciones suicidas
- Resignación
- Sobrevigilancia
- Indefensión aprendida

➤ Revictimización del abuso

Lo que a su vez provocó un trastorno depresivo y de ansiedad. Por lo que se sugiere aplicar la escala de habilidades sociales (EHS), escalas de medición de ansiedad y de depresión de Beck, la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post traumático-revisada (EGS-R) y la aplicación de la figura humana de Karen Machover para confirmar la presencia de estos trastornos.

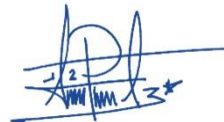
PLAN DE INTERVENCIÓN

Se sugiere comenzar a tratar las ideas irracionales en cuanto a las relaciones con el sexo opuesto y la sexualidad, inteligencia emocional, asertividad, habilidades sociales.

Si la paciente se somete al tratamiento y tiene disposición al cambio, se infiere que su evolución será favorable y logrará cambios positivos en los primeros meses de tratamiento, visualizando un tratamiento de duración: 1 vez por semana durante 1 año aproximadamente.

Al cumplir los 6 meses de tratamiento, volver a realizar una evaluación para identificar en que áreas ha mejorado y reforzar las áreas deficientes. Es importante mantener un seguimiento de su situación después de darle el alta.

Firma de coordinadora:
Abdi Abisua Peña López



EJEMPLO 3

Paciente: Tirsa

- a) **Motivo de consulta:** “*Abuso sexual*”

- b) **Antecedentes somáticos:** Mecanismo de disociación para diluir el sufrimiento físico (golpes) y psicológico del cual es víctima, mediante el personaje imaginario, llamado Flor, por lo que presenta síntomas somáticos de ansiedad ante el contexto estresante y marginal como dolores de estómago, nerviosismo, sudoración y dolores de cabeza.

- c) **Psico biografía:** Proveniente de una familia disfuncional (madre dependiente y padre violento, agresivo y sádico) inmersa en maltrato psicológico, verbal y físico lo que genera en ella conductas de sumisión e inseguridad. Segunda hija de una fratria de 4 hermanos, dos de ellos fallecidos a temprana edad (Cecilia por enfermedad al año de nacimiento) y Mauricio, quien falleció por malformación en el periodo de gestación horas después de nacer; mantiene una relación muy estrecha con su hermanastra mayor Carolina (hija por parte de la madre) su tío paterno y sus abuelos maternos. Cambios constantes de domicilio y centro educativo durante infancia y adolescencia, en última instancia víctima de abuso sexual (desde los 11 a 16 años) bajo amenazas en reiteradas ocasiones por su padre. Sin embargo, tiempo después Tirsa logra alcanzar estudios universitarios desempeñándose en su adultez como jueza en casos de familia.

- d) **Antecedentes psiquiátricos familiares:** La abuela paterna y el padre poseen características de personalidad antisocial (psicopáticas), agregando en el padre un historial de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, crack, cocaína y alcohol), además de la muerte del tío paterno por suicidio (consumo de veneno para ratas). Así mismo, una madre con características de personalidad dependiente y síntomas de distimia y ansiedad.

- e) **Historia toxicológica:** No aplica
- f) **Enfermedad actual:** No aplica
- g) **Exploración psicopatológica:** Ante la afectación emocional producto de su ambiente familiar presenta pesadillas, sensación de persecución, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, miedo

al abandono, ideas suicidas, mecanismos de disociación ante el maltrato; así como también dificultades para relacionarse con el sexo opuesto con temor a la figura paterna, dificultad para concentrarse, autoestima desfavorable (autoconcepto) síntomas de ansiedad. Para una mayor exploración sobre el nivel de afectación en las diferentes áreas en la paciente se, recomienda usar los siguientes instrumentos de evaluación psicológica:

- Entrevista semi estructurada
- Observación dirigida
- Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover
- Escala de Depresión de Hamilton
- Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso: Tirsa constantemente sufrió violencia intrafamiliar, por parte de su padre, y hacia su madre. Durante esa misma etapa, vivencio el fallecimiento su abuela materna y su tío, quienes eran sus principales figuras de apoyo. Y desde la edad de los 11 hasta los 16 años, fue abusada sexualmente por su padre, recibiendo constantes amenazas de muerte.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

Trastorno primario: Abuso sexual histórico prolongado

Trastorno secundario: Trastorno de Estrés postraumático

Trastorno terciario: Trastorno depresivo

j) Evolución clínica y tratamiento: Según las características de personalidad de la paciente, se observa un pronóstico favorable y una disposición a participar activamente en el proceso psicoterapéutico con el objetivo de mejorar los síntomas relacionados con su diagnóstico.

En relación al tratamiento, se sugiere retomar en primer lugar la terapia individual bajo el modelo cognitivo conductual con la identificación de esquemas erróneos sobre sí misma, como resultado de los comentarios despectivos que realizaba su padre, también evocar un proceso de catarsis (exteriorización de emociones reprimidas) ante los hechos de violencia física, emocional, y sexual sufridos a lo largo de su vida, potenciando un mejor autocontrol emocional en conjunto con técnicas de relajación cognitivas y físicas.

Dentro de la misma directriz de trabajo, lograr una identificación de los estímulos que generan perturbación emocional y conflictos internos consigo misma, que afectan su desarrollo óptimo. En conjunto, se fortalecerá la confianza en sí misma, conllevando al desarrollo de una adecuada autoestima, reflejándose en una óptima adaptación e interacción con su entorno, de igual manera, cuando el terapeuta considere pertinente se deberá incluir a la madre en el proceso terapéutico para favorecer la relación entre ambas.

Resumen clínico de la paciente.

Tirsa Dinarte proveniente de una familia disfuncional, víctima de agresión física, verbal, psicológica, añadiendo en última instancia el abuso sexual desde los 11 a 16 años por parte de su padre. Presenta mecanismo de disociación creando un personaje imaginario llamado Flor, presenta síntomas de ansiedad tales como dolor de estómago, nerviosismo, sudoración y dolores de cabeza, pesadillas, sensación de persecución, dificultad para relacionarse con el sexo puesto y baja autoestima, desde el inicio de las agresiones aparecen sentimientos de venganza, culpabilidad e ideas suicidas.

Basado en el diagnóstico de abuso sexual histórico prolongado, se sugiere validarlo a través de entrevista semi estructurada, observación dirigida apoyada con la prueba proyectivo de la figura humana de Karen Machover y la escala de depresión de Hamilton. Se sugiere basarse en un tratamiento desde el enfoque del modelo cognitivo conductual, centrándose en primer lugar en la terapia individual con la finalidad de que la paciente pueda entender, integrar y resolver aquellas experiencias traumáticas que actualmente afectan su desarrollo de interacción con el entorno y, a la seguridad personal de sí misma, además de la reestructuración cognitiva que permita a la paciente el manejo de pensamientos negativos y creencias irracionales, llevando a la expresión emocional a través de diversos mecanismo de desahogo que promuevan nuevas expectativas de vida y fomentar hábitos de autocuidado, El pronóstico con la paciente es favorable ya que se infiere disposición para participar en el proceso psicoterapéutico con resultados positivos que le generen cambios a corto y largo plazo.

Definición del plan de intervención:

Diagnostico.

- **Trastorno primario:** Abuso sexual histórico prolongado
- **Trastorno secundario:** Trastorno de Estrés postraumático
- **Trastorno terciario:** Trastorno depresivo

ÁREAS SUGERIDAS PARA TRABAJAR BAJO EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.

✚ Cognitiva: Tiempo: (Aproximadamente 2 meses según evolución del caso)

- Realizar una psicoeducación para abordar los pensamientos de desvalida personal, y una resignificación de los hechos.
- Identificación y manejo de creencias irracionales (hacia sí misma, los demás y el mundo)
- Desarrollar técnicas de reestructuración cognitiva (Detención del pensamiento, auto instrucciones, etc.)
- Psicoeducación sobre el estilo atribucional.

✚ Emocional: Tiempo: (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso)

- Desarrollar estrategias de auto valía, fomentando así, el desarrollo de una autoestima y un autoconcepto favorable.
- Autorregulación emocional (técnicas cognitivas)
- Promover el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas, fomentadas en un apego seguro.
- Propiciar el reconocimiento y expresión emocional a través de diferentes mecanismos de desahogo emocional, como la evocación del llanto, y verbalizaciones sobre sus sentimientos y emociones sobre el hecho.

✚ Conductual: Tiempo: (Aproximadamente 4 meses según evolución del caso)

- Relajación muscular progresiva
- Abordar hábitos saludables, como forma de autocuidado
- Fomentar la práctica de actividades recreativas, así como la actividad física.

- Elaboración de un proyecto de vida, que favorece la instalación de la esperanza, la visión a futuro y aumenta las expectativas positivas
- Actividades de dominio y agrado para generar sentimientos de autoeficacia y gratificación.

✚ **Social: Tiempo:** (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso)

- Resolución de conflictos
- Actividades relacionadas a desarrollar sus habilidades sociales que le permitan expresar sus pensamientos y emociones
- Comunicación asertiva
- Integración a un grupo psicoterapéutico que le permita recibir aceptación, apoyo y contención emocional de los demás miembros del grupo.



F. Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

Evaluadora.

Paciente: Tania

- a) **Motivo de consulta:** “*Violencia Intrafamiliar*”
- b) **Antecedentes somáticos:** Manifiesta incapacidad para expresar sus emociones y pensamientos, por lo que opta por reprimir sus emociones y sentimientos, que con el paso del tiempo los desborda, manifestándose en somatización, por lo cual se deriva sintomatología como: dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza, náuseas, fuertes dolores de estómago y falta de apetito. síntomas somáticos de ansiedad ante el contexto estresante y marginal como aumento del ritmo cardíaco, sudoración, nerviosismo y dolores de cabeza. Así como se reflejan mecanismos de disociación ante la pérdida de sus dos hijos menores como alucinaciones auditivas provenientes de objetos de su entorno.
- c) **Psico biografía:** Mujer ama de casa y soporte económico del hogar, madre de cuatro hijos, la mayor (Carolina) producto de su relación pasada, con su pareja actual tres hijos de los cuales

dos fallecieron a temprana edad (Cecilia al año por problemas de salud y Mauricio malformación en el periodo de gestación falleciendo horas después de nacer), inmersa en violencia física, verbal y psicológica por parte de su esposo desde el momento del matrimonio y constantemente a lo largo de toda la relación, en donde busca refugio en su familia pero siempre su pareja la convence y regresa (ciclo de la violencia).

d) Antecedentes psiquiátricos familiares: No aplica.

e) Historia toxicológica: No aplica

f) Enfermedad actual: No aplica

g) Exploración psicopatológica: Presenta diversa sintomatología como afectación emocional, dependencia afectiva, baja autoestima, ideas segmentadas acerca de la familia, actitudes pasivas ante el maltrato, delirio auditivo (por pérdida de hijos), así como también síntomas ansiosos como aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, nerviosismo y dolores de cabeza. Se sugiere una exploración de dicha afectación por medio de los siguientes instrumentos de evaluación psicológica:

- Entrevista semi estructurada
- Observación dirigida
- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997)
- Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover

h) Historia de la situación/conflicto y exploración del caso:

Su familia de origen (padres, hermanos) relatados como personas humildes y de buenos principios, sin embargo, desde el momento en que se casa y forma su nuevo hogar tiende a distanciarse de ellos y verlos al tiempo cuando los visita y/o busca refugio en ellos.

La relación en la etapa de noviazgo con Carlos fue normal hasta después de casarse donde se tornó una relación de dependencia, abuso, manipulación, infidelidades, maltrato físico, verbal y psicológico constante, además durante su matrimonio vivenció la pérdida de dos hijos a temprana

edad lo que generó en ella luto, llanto constante y disociación mediante alucinaciones auditivas. A pesar del maltrato recibido Tania no se separaba de él debido al temor de que su hija Tirsa se quedará sin padre lo que generaba que soportará todo tipo de maltrato y con ello su hija también, incluso convertirse en cómplice de un asesinato cometido por su esposo, generando un ataque de pánico en ella, manifestando síntomas como agitación en el pecho, sudoración, nerviosismo, desborde emocional.

La relación continuó de la misma manera durante años, hasta la confesión de su hija sobre el abuso sexual siendo este el detonante para tomar la decisión de separarse definitivamente y denunciarlo junto con su hija.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica.

Trastorno primario: Trastorno dependiente de la personalidad.

Trastorno Secundario: Trastorno de Estrés Postraumático

Trastorno terciario: Trastorno de ansiedad.

j) Evolución clínica y tratamiento: Basado en las características de personalidad de la paciente, se observa un pronóstico favorable y disposición a participar activamente en el proceso psicoterapéutico, en donde se podría inferir un cumplimiento satisfactorio con las tareas psicológicas designadas, para fomentar una autoestima favorable, que le permita desenvolverse de manera funcional ante la sociedad, ya sea en el área laboral, o en nuevos intereses particulares; buscando no afectar su imagen personal, sino aprender un oficio, o actividad particular en un centro de apoyo; y por ende, promulgando su estabilidad emocional en acciones que denotan su interés por retomar su vida personal y social a través de incursionar como parte de grupos de apoyo para víctimas de violencia intrafamiliar

Por otra parte, respecto al tratamiento se sugiere retomar el área cognitiva (abordando los esquemas mentales), ya que es necesario identificar las ideas irracionales acerca del ciclo de violencia, en el cual ha estado inmersa, así como las causas y consecuencias a corto y largo plazo; en cuanto al área emocional se sugiere evocar catarsis en ella debido a la afectación emocional con la cual ha vivido durante años, potenciar técnicas de autocontrol emocional para un adecuado manejo de las mismas mediante la identificación y expresión de emociones, así mismo la identificación de

fortalezas que permitan potenciarlas a fin de alcanzar seguridad en sí misma y lograr sentimiento de autoeficacia. Asimismo, respecto al área conductual y social se busca promover una red de apoyo, y participar en actividades extracurriculares que fomenten su integridad personal.

Resumen clínico de la paciente.

Tania mujer adulta, madre de dos hijas, actualmente vive con sus padres, remite denuncia ante la fiscalía por violencia intrafamiliar marcada por el abuso físico, verbal y psicológico por parte de su esposo a lo largo del matrimonio, producto del mismo desarrollo dependencia emocional hacia su pareja con sintomatología como baja autoestima, miedo al abandono, actitudes pasivas y tolerancia hacia los tratos abusivos e inadecuados.

En el contexto familiar su hija se encuentra sometida a iguales condiciones de maltrato por parte de su padre, ambas inmersas en condiciones negligentes marcadas por problemas económicos, malos tratos, gritos, devaluación y golpes físicos en el rostro y cuerpo. Se sugiere un seguimiento psicológico semanal con la paciente partiendo de la sintomatología presentada y para una mayor exploración del caso se sugiere la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover; de igual forma se sugiere trabajar las siguientes áreas bajo el modelo cognitivo conductual: cognitiva, afectiva, conductual y social.

En relación con el área cognitiva se sugiere identificar las creencias erróneas que mantiene respecto a las formas de relacionarse en el hogar, la familia y sobre sí misma. De igual forma, mediante la ejecución de la psicoeducación explicar e identificar la sintomatología presente para posteriormente reducir y/o eliminar síntomas. También, en el área afectiva se sugiere propiciar catarsis emocionales mediante diferentes técnicas como la escritura, dibujo o pintura y aquellas que le permitan aumentar su autoestima y seguridad en sí misma.

Por otra parte, en el área conductual promover técnicas de autocontrol como la respiración diafragmática, actividades de dominio y agrado para generar sentimientos de autoeficacia y gratificación.

En el área social se sugiere brindar las herramientas adecuadas para aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de resolución de problemas y toma de decisiones, fomentar una comunicación y habilidades sociales que permitan lograr una forma adecuada interacción. Por lo que se realiza un pronóstico favorable con la paciente ya que se infiere una disposición para participar en el proceso psicoterapéutico con resultados positivos que le generen cambios a corto y largo plazo.

Áreas sugeridas para trabajar bajo el modelo cognitivo conductual.

Diagnóstico.

Trastorno primario: Trastorno dependiente de la personalidad.

Trastorno Secundario: Trastorno de Estrés Postraumático

Trastorno terciario: Trastorno de ansiedad.

🚦 Área Cognitiva: Tiempo: (Aproximadamente 2 meses según evolución del caso)

- Psicoeducación sobre el ciclo de la violencia y las fases que lo componen.
- psicoeducación de la sintomatología presente en base al diagnóstico.
- Psicoeducación e identificación de las distorsiones cognitivas.
- Identificación y manejo de creencias irracionales (hacia sí misma, los demás y el mundo).
- Reestructuración cognitiva (Detención del pensamiento, auto instrucciones, diálogo socrático.)

🚦 Área Emocional: Tiempo: (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso)

- Identificar las emociones como la tristeza, el miedo, la vergüenza, el enojo y la culpa.
- Proporcionar a la paciente la revelación de sentimientos y emociones reprimidos (Catarsis emocional mediante técnicas como escritura, dibujo y/o pintura)
- Desarrollar estrategias de auto valía, fomentando así, el desarrollo de una autoestima y un autoconcepto favorable mediante verbalizaciones y escritura.

🚦 Área Conductual: Tiempo: (Aproximadamente 4 meses según evolución del caso)

- Técnicas de relajación (respiración diafragmática)
- Fomentar la práctica de actividades recreativas en base a las preferencias de la paciente.
- Elaboración de un proyecto de vida.

- Actividades de dominio y agrado para generar sentimientos de autoeficacia y gratificación.
- Abordar hábitos de vida saludables, como forma de autocuidado.

✚ **Área Social: Tiempo:** (Aproximadamente 3 meses según evolución del caso)

- Desarrollo de sus habilidades sociales-comunicativas por medio de una comunicación asertiva que le permitan expresar sus pensamientos y emociones.
- Integración a actividades recreativas y de habilidades para la vida.
- Asistir a un grupo psicoterapéutico que le permita recibir aceptación, apoyo y contención emocional de los demás miembros del grupo.
- Técnica de resolución de problemas.



F. Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

Evaluadora.

Paciente: Carlos

a) **Motivo de consulta:** “*Abusador sexual y agresividad*”

b) **Antecedentes somáticos:** Dependencia al alcohol y sustancias psicoactivas lo que desencadena síntomas como cambios repentinos en el estado de ánimo, irritabilidad, impulsividad e ira originada por problemas emocionales.

c) **Psicobiografía:** Hombre sin estudios académicos, proviene de una familia conformada por tres hermanos varones, Milton, Antonio y él, con la ausencia del padre, y la madre con características de manipulación, control, e inexpresividad emocional, junto a la interiorización de ideas machistas.

Respecto a su estado laboral es desempleado, a causa de problemas de consumo y adicción a sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cigarrillos, crack y cocaína). En su familia actual, es padre de cuatro hijos: Tirsa, Carolina, Cecilia y Mauricio (los últimos dos fallecieron a temprana edad por problemas de salud y malformación en el periodo de gestación). Asesino

de su vecino por celos irracionales, abusador físico y psicológico hacia su esposa, además de ejercer violencia física, psicológica y sexual hacia su hija.

- d) **Antecedentes psiquiátricos familiares:** Madre con características de personalidad psicópata (manipuladora, mentirosa, parca emocionalmente, sádica) y antecedente de suicidio de parte de su hermano.
- e) **Historia toxicológica:** Consumo y adicción de sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana, crack, cigarrillos y cocaína con alta frecuencia.
- f) **Enfermedad actual:** No aplica
- g) **Exploración psicopatológica:** Presenta características de un Trastorno antisocial con psicopatía, en donde, carece de culpabilidad ante sus actos violentos y delictivos, generando una satisfacción personal. Igualmente, presenta hostilidad hacia las mujeres, celotipia, agresividad, actitud defensiva ante los demás, manipulación constante, en donde utiliza un juego de humillación y descalificación hacia su esposa e hija. Además, presenta consumo recurrente de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, crack y cocaína); también posee antecedentes penales, ya que se encuentra involucrado en grupos delictivos, y fue arrestado por privación a la propiedad privada.

Para una mayor exploración sobre la sintomatología del paciente se recomienda usar:

- Escala de Calificación de Psicopatía (PCL- R) Robert D. Hare.
- STAXI-2 Inventario de expresión de ira Estado-rasgo.

- h) **Historia de la situación/conflicto y exploración del caso:** Carlos desarrolló relaciones disfuncionales con su familia de origen especialmente con su madre quien constantemente lo manipulaba, controlaba, sometía y traicionaba, así como también patrones de conducta machistas ya que ella le incitaba el maltrato, desprecio, la infidelidad y odio hacia las mujeres; se identifica una posible ausencia del padre al no ser mencionado.

A inicios de la relación sostenida con Tania (su pareja) se mostraba de una forma dulce y cuidadosa, mientras que la relación se formalizó y concibieron a Tirsia, comenzó a mostrar conductas agresivas y de desvalorización hacia Tania, ejerciendo violencia física y psicológica

hacia ella, además de conductas de manipulación y violencia hacia su hija Tirsa con castigos violentos, golpes, gritos y devaluaciones, siempre se mostraba molesto e irritado ante cualquier acto de parte de ellas y todo conllevaba a golpearlas y humillarlas en privado o público sin remordimiento alguno.

Presenta celos patológicos hacia su esposa lo que lo llevan a asesinar a su vecino con arma blanca por asegurar una traición e infidelidad entre ambos. También presenta historial de detención ante la justicia por actos inmorales, sin embargo, escapó al corto tiempo de encontrarse detenido.

A medida que su hija Tirsa inició su etapa de adolescencia, él inició con acoso y arranques de celos por ella, en donde no la dejaba salir y la percibía como de su propiedad, de tal manera que llegó al abuso sexual (desde los 11 a 16 años), y la obligaba a mantener relaciones sexo-coitales bajo amenazas de muerte hacia su madre y hermana si contaba lo sucedido entre ambos.

i) Diagnóstico o impresión diagnóstica:

Con perspectiva del área clínica: Trastorno Antisocial de la personalidad.

Con perspectiva del área forense: Psicopatía.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

j) Evolución clínica y tratamiento: De acuerdo con las características de personalidad psicópata identificadas en Carlos se evidencia la manipulación, narcisismo, es decir, la búsqueda de su propio beneficio a base del engaño; la carencia de empatía, y la violación de derechos humanos, se infiere una posible resistencia a integrarse al proceso psicoterapéutico y a modificar los síntomas relacionados con su diagnóstico, optando por desistir del proceso posiblemente en las primeras sesiones.

Resumen clínico del paciente.

Carlos Dinarte Echeverría, llevado a juicio por agresión sexual hacia su hija Tirsa Dinarte desde la edad de los 11 a 16 años, además investigado por cometer actividades delictivas. Igualmente, en sus antecedentes familiares se identifica una relación disfuncional con su madre.

Carlos es una persona agresiva, carente de empatía y falta de control de impulsos, manifestado en el ejercicio de violencia física y psicológica, caracterizado por una hostilidad hacia las mujeres,

rasgos de manipulación, sadismo, narcisismo, mentira patológica y adicción al consumo de sustancias psicoactivas. Presentando, además, conductas celotípicas, acompañado de arrogancia y un complejo de superioridad al cometer actos de vandalismo, conductas intimidantes y sostener relaciones extramatrimoniales.

Con base en la sintomatología, se determina el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la personalidad, por lo que se sugiere corroborar con la aplicación de la Escala de Calificación de Psicopatía (PCL- R) Robert D. Hare y el Inventario de expresión de ira Estado-rasgo STAXI-2. En cuanto al tratamiento, se propone trabajar a través del modelo cognitivo conductual para el manejo de la ira y la violencia, además de la gestión adecuada de las emociones y habilidades sociales. Pese a ello se infiere un resultado desfavorable al tratamiento de Carlos Dinarte Echeverría debido a las características de personalidad de este.

Áreas sugeridas para trabajar bajo el modelo cognitivo conductual.

Diagnostico.

- ✓ **Con perspectiva del área clínica:** Trastorno Antisocial de la personalidad.
- ✓ **Con perspectiva del área forense:** Psicopatía.
- ✓ Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

✚ Área cognitiva:

- Lograr en primera instancia la aceptación en cuanto a la existencia de un problema en el paciente.
- Reestructuración cognitiva identificando en primera instancia los esquemas mentales erróneos con base en sí mismo y los demás.
- La puesta en práctica de un plan de prevención de recaída, enseñándole a reconocer los detonadores y precursores de su conducta psicopática

✚ Área conductual:

- Promover un control de la impulsividad y desarrollo de autocontrol emocional mediante técnicas como manejo de emociones y respiración diafragmática con imaginación guiada.
- Modificación de las estructuras y condicionamientos que promueven las conductas antisociales.

•Desaprender conductas psicopáticas, la puesta en práctica de la negociación de alternativas a conductas delictivas cambiando el pensamiento criminal antisocial por un pensamiento prosocial.

✚ Área afectiva

• Mejorar la autoestima y desarrollar habilidades de relación interpersonales para disminuir la necesidad de exhibir superficialidad y grandiosidad.

✚ Área social:

- Desarrollo de la empatía
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en resolución de problemas

Recomendaciones: Con base a las características del caso se sugiere integrar al paciente en diferentes áreas, entre las cuales se encuentran:

- Iniciar un proceso de psicoterapia grupal como: talleres grupales de adquisición de habilidades sociales, sensibilización, habilidades laborales y resolución de conflictos.
- Integración a grupos de abstinencia (AA) con el objetivo de regular el consumo de alcohol.
- Puesta en práctica de actividades extracurriculares o de carácter recreativo como sustitutivas al deseo de consumo de sustancias psicoactivas, favoreciendo la abstinencia de drogas y alcohol.



F. Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

Evaluadora.

Casos De Análisis Y Evaluación: Casos Clínicos Y Tratarnos Mentales.

Los procesos que se llevan a cabo en el ámbito clínico, como anteriormente se mencionó, comparten ciertas similitudes con el área forense, sin embargo, en una evaluación clínica se lleva como objetivo construir un plan de intervención para el diagnóstico y darle su proceso psicoterapéutico debido.

En la práctica clínica contamos con la realización de una evaluación con enfoque psicoterapéutico, donde se ocuparon todas las herramientas de evaluación y se realizó un expediente por caso, detallado con sus apartados y anexos que deja en evidencia que toda la información es verídica. Por lo que, a continuación, se presentan una serie de casos clínicos de análisis, donde se realizó un ejercicio individual de evaluación psicológica en el transcurso de dos meses, aproximadamente, brindándole al paciente, al finalizar el proceso de evaluación, una devolución de resultados, así como una serie de recomendaciones para la intervención psicoterapéutica.

EXPEDIENTE 1

HOJA DE REGISTRO

Nombre completo: J.M.

Edad: 39 años.

Sexo: Femenino.

Fecha de nacimiento: 21/04/1983.

Lugar de nacimiento: Soyapango, San Salvador.

Estudios: Doctorado en Cirugía Dental.

Estado civil: Soltera.

Ocupación: Atención en clínica privada ejerciendo bajo su profesión Doctorado en Cirugía Dental y coordinadora de su emprendimiento de regalos.

Religión: católica.

Domicilio: -----

Teléfono: -----.

Firma Terapeuta: 

CONTRATO TERAPEUTICO

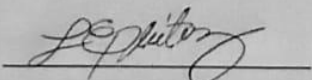
Contrato Terapéutico.

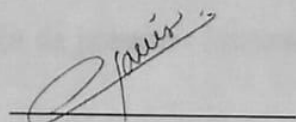
Martes 22 de Marzo del 2022

Yo [REDACTED] acepto voluntariamente iniciar mi proceso terapéutico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación:

1. Dado que asisto voluntariamente a psicoterapia para mi beneficio me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por la terapeuta.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas; si por algún motivo no podre asistir a sesión, avisare previamente a mi terapeuta.
3. Autorizo que todas las sesiones terapéuticas sean grabadas a fin de preparar las sesiones de trabajo en mi propio beneficio.
4. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
5. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, acepto que perderé el derecho a mi horario y tendré que solicitar una nueva cita.
6. Se me explico que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y por lo tanto la duración del mismo será variable.
7. El presente contrato estará vigente hasta que la terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Firman de común acuerdo:


T: Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.


P: [REDACTED]

**PRUEBAS APLICADAS
ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD**


Escala con las puntuaciones indicadas por la paciente en cada síntoma.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Humor ansioso. Inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad.	0	1	2	(3)	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.	0	1	(2)	3	4
3. Miedos A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.	0	1	(2)	3	4
4. Insomnio. Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	(3)	4
5. Funciones intelectuales. Dificultad de concentración, mala memoria.	0	1	2	3	(4)
6. Humor deprimido. Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día.	0	1	2	(3)	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares.) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura.	0	1	2	(3)	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales.) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	(4)
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares (<u>extrasístoles</u>).	0	1	(2)	3	4
10. Síntomas respiratorios. Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire.	0	1	2	(3)	4
11. Síntomas gastrointestinales. (Dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborignos, diarrea, estreñimiento).	0	1	2	3	(4)
12. Síntomas genitourinarios. (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	(3)	4
13. Síntomas. Del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	(1)	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista. - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial. - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.	0	1	(2)	3	4

¹ Revisado el 16/05/2015.

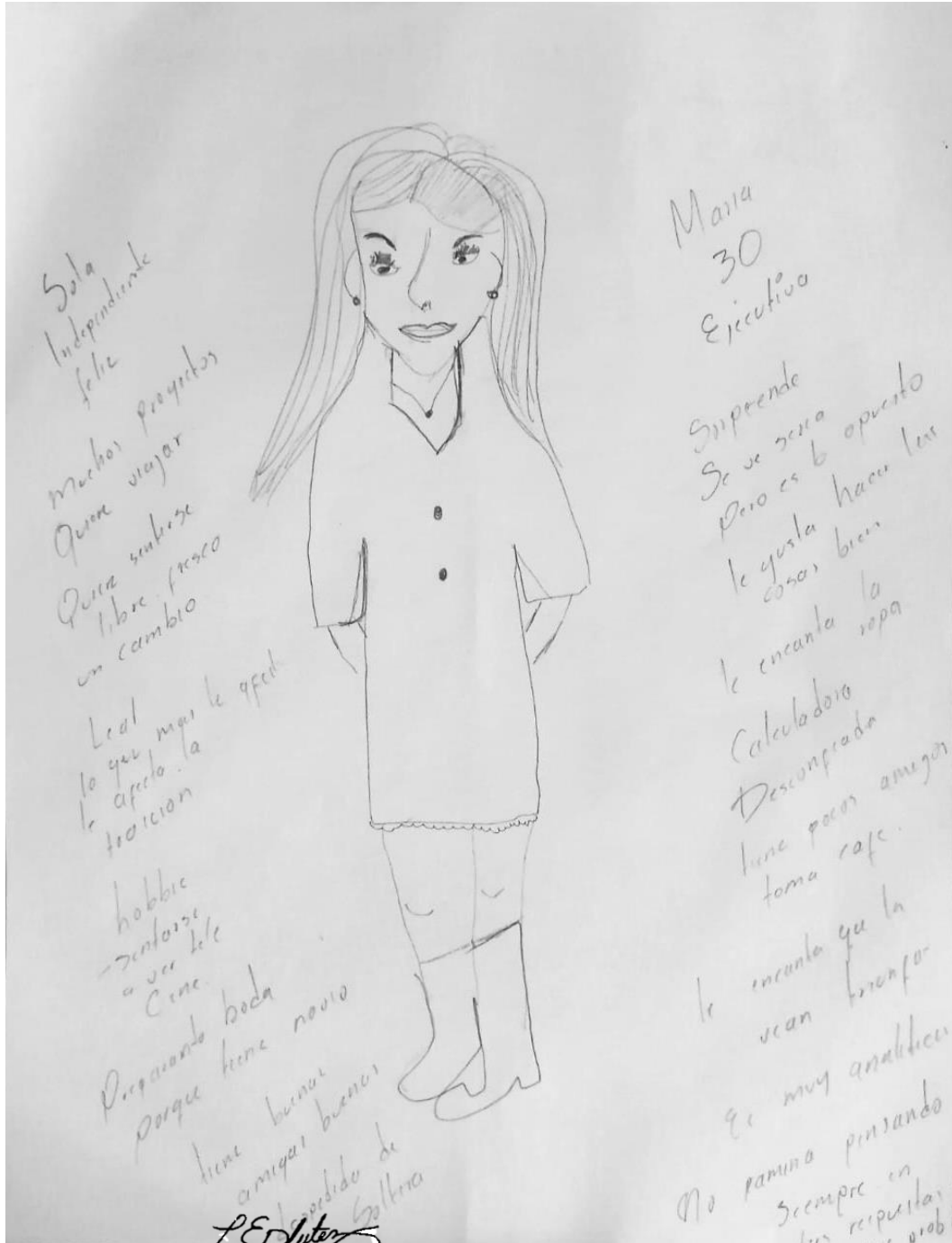
Scanned with
MOBILE SCANNER
Total: 39

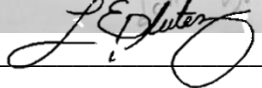
Puntuación total obtenida: 39 puntos.

Firma Terapeuta: 

PRUEBAS APLICADAS
TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Dibujo N.º 1



Firma Terapeuta: 

Dibujo N.º 2



Firma Terapeuta: *J. E. Platero*

CALIFICACIÓN DE PRUEBA/ANÁLISIS DIBUJO N.º 1

Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover.

Mecanismos de defensa	Conflictos	ambientales	Personalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento • Dominio y ataque • Energía, amenaza, tendencia agresiva • Impulso para parecer socialmente enérgico y dominante • Paranoidismo, situación de alerta • Ocultamiento • Pasividad, actividad defensiva, narcisismo, recogimiento, tensión emocional, actitud represiva, inseguridad. • Fijación, regresión, deseo de volver a edades anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por las relaciones sociales y en la apariencia externa. • Erotismo oral(pasividad, inseguridad, sensibilidad) • Congenialidad forzada • Tendencia del presentar una fachada aceptable para ocultar sentimientos menos aceptables • Sexualidad femenina precoz. • Rechazo social (personas = objetos) • Deseos de atracción sexual (dibujado por mujer) • Compensación por sexualidad inadecuada • Impotencia, rechazo, desprecio, menosprecio propio. • Deseo de virilidad, impotencia. • Intentos de suicidio. • Dificultad para controlar los impulsos instintivos por medio de collar u otro instrumento, énfasis en el control intelectual sobre el físico y/o los impulsos físicos. • Inmadurez psicosexual. • Temor a la violación. • Preocupación con respecto a la superioridad física. • Sensibilidad corpora 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a los problemas ambientales. • Actitud social agresiva. • Reacción a la opinión social. • Dificultades relacionadas en el contacto social, culpabilidad por masturbación. • Rango al que aspira, oficio con el que desea asociarse. • Grupo humano con el que se siente ligado por intereses comunes. • fuertes tendencias inhibitorias dirigidas contra la propia autocomplacencia, moralidad estricta, rigidez, falta de habilidad corporal, incapacidad para acomodarse a condiciones cambiantes. • Complejo de sumisión a la autoridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad. • Falta de asertividad. • Estético, sensible. • Necesidad fuerte de dependencia. • Inmadurez. • Narcisismo-vanidad. • Rasgos homosexuales. • Debilidad. • Compensación por debilidad. • Infantilismo. • Duda, desdén, arrogancia. • Narcisismo. • Tendencias introvertidas. • Inmadurez. • Regresión, primitivismo, desorganización. • Depresión neurótica. • Rasgos histéricos. • Sobrevigilancia, introversión, sentimiento de ser observado. • Rigidez. • Realismo, agresividad, capacidad de organización, iniciativa. • Seguridad, perseverancia en las metas.

Firma terapeuta:



	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de fortaleza, indecisión en la integridad corporal. • Impulsos sexuales (hecho por mujer) • Falta de control, incisión de personalidad, conflictos del super yo • Imagen materna 		<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos compulsivos. • Carencia de limitación, inseguridad, arbitrariedad, afectividad desenfrenada, docilidad por indecisión
--	---	--	---

Entrevista/historia en relación con el dibujo N.º 1

¿Como se llama? María

¿Qué edad tiene? 30 años

¿Cuál es tu estado civil? Sola independiente y feliz

¿Cuál es su ocupación? Es una mujer ejecutiva por eso anda ese traje, se viste muy bien.

¿Como es esa persona? Es una mujer sorprendente, leal, se ve seria, pero es lo opuesto, le gusta hacer las cosas bien, en ocasiones es calculadora, desconfiada y tiene pocos amigos.

¿Qué quiere hacer con su vida? Tiene muchos proyectos, quiere viajar, quiere sentirse libre, fresca y necesita un cambio.

¿Qué está haciendo ahorita? Está preparando su boda, porque tiene novio y tiene buenas amigas que le están preparando su despedida de soltera.

¿Qué le preocupa? Siempre camina pensando en la respuesta a sus problemas.

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? Sentarse a ver la T.V e ir al cine.

¿Que la hace feliz? Le encanta la ropa

¿Qué le afecta? La traición de las personas cercanas a ella.

¿Cuál es la parte preferida de su cuerpo? Su cabello, lo cuida mucho.

¿Le recuerda a alguien en particular? Sí, bueno quisiera ser yo.

Firma Terapeuta 

INFORME GENERAL

A. DATOS GENERALES DEL EVALUADO

Nombre: J.M.	Edad: 39 años.
Sexo: Femenino.	Fechas de evaluaciones: 22/03/2022
Fecha de nacimiento: 21/04/1983	29/03/2022
Fecha de ingreso: 22/03/22	05/04/2022
Fecha de informe: 21/05/22.	12/04/2022

B. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere que desde su etapa de adolescencia y a lo largo de su vida se ha sentido inferior e insegura en las relaciones con su familia y contexto social, manifestando como motivo de consulta principal “No me quiero morir así, siento mi autoestima demasiado pobre, no he aprendido a aceptarme”, menciona que posterior a los efectos de la pandemia hace aproximadamente dos años se intensificaron síntomas como: sensación de angustia constante por las actividades diarias, pensamientos recurrentes en relación al futuro, dificultades para concentrarse y conciliar el sueño, inseguridad sobre sus capacidades y miedo al qué dirán; síntomas físicos como: agitación en el pecho, caída del cabello, hormigueo en el cuerpo y problemas de acné.

C. PRUEBAS APLICADAS

- Escala de M. Hamilton para la Ansiedad, el cual evalúa la intensidad de la ansiedad, en base a un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.
- Test proyectivo de la figura humana de Juan A. Portuando, Karen Machover, publicado en el año 1983, el cual evalúa rasgos significativos de la personalidad mediante el dibujo de la figura humana (mecanismos de defensa, conflictos, ambiente y personalidad).

D. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Escala de Hamilton para la ansiedad.

La Escala de M. Hamilton para la Ansiedad evalúa la intensidad de la ansiedad, en base a un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Los resultados en base a los puntos de corte y puntuación obtenida de 39 indican que su intensidad de ansiedad se encuentra en un rango moderada/grave ya que sobrepasa el margen arriba de 15, en este caso se puede inferir, que la paciente presenta un trastorno de ansiedad ya que los síntomas le generan un malestar significativo en su diario vivir debido principalmente al estrés laboral y familiar al que se ve sometida ocasionándole limitaciones en los aspectos psíquicos como preocupación constante, dificultades para concentrarse, conciliar el sueño e inestabilidad emocional.

En el ámbito físico presenta sensación de tensión corporal, sensación de debilidad, problemas estomacales, micción frecuente, entre otros. En el ámbito conductual dificultades para relajarse, falta de interés, dificultades para disfrutar de sus pasatiempos; De igual forma en el desarrollo de las sesiones se observaban algunos indicadores de ansiedad en su lenguaje corporal como: movimiento constante de las piernas, manipulación de objetos en sus manos, morderse las uñas, tensión corporal y expresión de ideas demasiado rápido.

Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover.

Los resultados de la prueba de la figura humana infieren que la paciente refleja una seguridad y prevalencia en las metas, así como también capacidad de iniciativa y organización; sin embargo se determinan muchos indicadores de ansiedad como lo son los trazos entre cortados, las borraduras y los sombreados; de igual forma se refleja mucha inseguridad con respecto a sí misma, en su imagen corporal y en cuanto al ámbito social con sus semejantes, por lo que presenta una tendencia agresiva y defensiva ante los demás, debido a la importancia en cuando a la opinión de su entorno lo que genera una tendencia a mostrar una fachada socialmente aceptable, generándole dificultades para relacionarse con su medio y sentimientos de inferioridad.

En cuanto a los mecanismos de defensa tiende a presentar aptitudes regresivas como infantilismo, inmadurez, posiblemente un deseo inconsciente de volver a edades anteriores para sentirse más protegida, corroborando dichos indicadores cuando ella manifestó “Tiendo a vestirme más juvenil para encajar y busco que mi pareja me proteja en ciertas situaciones”.

Se identificaron problemas con la figura materna corroborando dicho indicador en la entrevista cuando ella menciona “la relación con mi madre siempre fue difícil, cuando estaba pequeña ella me gritaba, no me mostraba suficiente cariño y nunca me sentí en confianza con ella, además siempre se menospreciaba diciéndose que era fea y pobre”; en el ámbito sexual temor a la violación, indicador que se corrobora con el relato de la paciente al expresar que en su niñez a la edad de 12 años fue víctima de abuso sexual por parte de su padre mediante tocamientos en las zonas íntimas, posteriormente menciona tener recuerdos vagos que sus hermanos hacían lo mismo por las noches, en donde se acercaban a ella antes de dormir y la tocaban.

Por otra parte, indicadores de atracción e impulsos sexuales posiblemente encubiertos con masturbación lo que le generan sentimientos de culpabilidad y conflictos con el super yo, ante lo cual manifestó “Practico la masturbación y me siento mal por hacerlo, pero siento que es una necesidad, con mi pareja no mantenemos relaciones sexo coitales debido a los principios religiosos”. En cuanto a su personalidad rasgos de narcisismo y vanidad, posibles intentos de suicidio arraigado a una depresión neurótica, dicho factor se corrobora ya que ella expuso “En mi etapa de adolescencia luego de sufrir el abuso por parte de mi padre yo no quería vivir, tenía pensamientos constantes de querer morirme, me sentía demasiado triste y me alejaba de los demás”. Se identificaron de igual forma rasgos de personalidad dependiente asociado a la inseguridad e inmadurez.

E. DIAGNOSTICO

Trastorno primario: Abuso sexual histórico debido al abuso sufrido por parte de su padre a la edad de 12 años en donde toco sus partes íntimas.

Trastorno secundario: Trastorno de ansiedad generalizada.

F. PROPUESTA DE INTERVENCION

Dirigido a trabajar las primeras cuatro sesiones bajo el modelo cognitivo conductual. Se abordará en primero momento el área cognitiva, en base a la identificación de los pensamientos negativos y creencias irracionales, ideas segmentadas en la paciente sobre sí misma trabajando principalmente el bajo autoconcepto (sentimiento de inferioridad); logrando la identificación de sus respuestas desadaptativas emocionales, conductuales y somáticas en diversas situaciones de su diario vivir.

G. RECOMENDACIONES

- ✓ Se le recomienda a la paciente continuar con el proceso terapéutico ya que se observa un pronóstico favorable en cuanto a disposición y compromiso para mejorar su situación actual.
- ✓ Se sugiere que el proceso de intervención psicoterapéutico se desarrolle una vez por semana debido a que la problemática y sintomatología se encuentra muy marcada en el diario vivir de la paciente.



Terapeuta: Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Sesión N.º 1.

Nombre: J.M.	
Fecha de nacimiento: 21/04/1983	Edad: 39 años.
Psicoterapeuta: Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.	Fecha: 22/03/22

Objetivos de la sesión

- Establecer un ambiente ameno y de confianza con la paciente mediante el rapport.
- Explicar el que hacer del psicólogo y la importancia del contrato terapéutico.
- Identificar el motivo de consulta y las variantes implicadas como signos, síntomas y el contexto en el que se desarrolla.
- Propiciar un ambiente de empatía y escucha activa para generar catarsis emocional en la paciente.

Observaciones

Se identifico una sobrecarga emocional en la paciente a lo largo de la sesión, en cuanto a relatar el motivo de consulta y los factores implicados ya que tendía a dialogar de manera rápida expresando demasiada información, cambiando constantemente de un tema a otro y manifestando signos de ansiedad en su cuerpo como lo eran movimiento constante de sus piernas, manipulación de objetos en sus manos, cambio constante de la postura en la cual se sentaba.

Así como también salivación y desbordamiento emocional al relatar hechos específicos como la relación en su niñez con su familia de origen padres y hermanos/as “mis padres peleaban por el dinero”, de igual forma ante el estrés generado por el trabajo y las dificultades en la relación con su pareja actual; sus ojos se tornaban vidriosos y su tono de voz se quebrantaba cuando mencionaba “yo sé que él me quiere, pero le cuesta demostrarlo” refiriéndose a su novio. De igual forma se percibió una postura positiva en la paciente a integrarse en el proceso de terapéutico, firma del contrato y brindar la información y tiempo requerido para realizar en primer momento la exploración del caso.

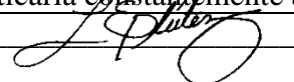
Conclusiones

Se requiere mayor indagación en áreas específicas de la vida de la paciente como lo son el ambiente familiar, relaciones e identificación de patrones en su familia de origen. De igual forma indagar sobre la relación de pareja que actualmente mantiene e identificar patrones de comportamiento con las personas más cercanas a ella.

Tarea asignada al paciente

En base al desbordamiento emocional que manifestó la paciente se tomó a bien desarrollar la técnica de respiración diafragmática para controlar los niveles de estrés y ansiedad; incentivándola a practicarla constantemente a lo largo de la semana.

Firma de terapeuta:



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Sesión N.ª 2.

Nombre: J.M.	
Fecha de nacimiento: 21/04/1983	Edad: 39 años.
Psicoterapeuta: Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.	Fecha: 29/03/22

Objetivos de la sesión

- Indagar sobre información específica de áreas significativas en la vida de la paciente en relación con el motivo de consulta.
- Aplicación de la Escala de Hamilton para la Ansiedad.
- Aplicación de la prueba proyectivo de la figura humana para conocer indicadores sobresalientes como personalidad, conflictos, mecanismos de defensa y características en relación con el ambiente.

Observaciones

En el desarrollo de la sesión tiende a mover constantemente las piernas, al hablar gesticula con las manos, en base a los relatos se denota variaciones en el tono de voz y ojos llorosos como por ejemplo cuando indico “yo quería ser como mi hermana menor, ella es bonita”, seguido de mucha expresión de ideas y rapidez al hablar, mantiene contacto visual y en ocasiones se recuesta en el sofá viendo hacia arriba en señal de cansancio y tiende a morderse las uñas. Su rostro se observa cansado, utiliza ropa cómoda, y cabello un poco desarreglado. Al momento de la aplicación de la escala de Hamilton para la Ansiedad, se observó atenta a la lectura de cada síntoma y realizados comentarios sobre su identificación con algunos apartados, completando la escala sin mayores inconvenientes.

Con respecto a la prueba de la figura humana al momento de realizar el dibujo tiende a tararear, observándose concentrada y realizando comentarios sobre el trazo, en la entrevista de esta mucha expresión de ideas (imaginación) y se observó conformidad con el resultado


Conclusiones

Se observo actitud de participación a lo largo de la sesión tanto en la disposición para relatar la información que se le solicitaba como al momento de realizar el dibujo, y posteriormente la entrevista en base a la creación de la historia de este.

Se requerirá un análisis profundo de todos los indicadores del dibujo para abonar al diagnóstico de la paciente y discutir los hallazgos más relevantes.

Tarea asignada al paciente

Se le indico a la paciente realizar un ejercicio de identificación de patrones disfuncionales en relación con su familia de origen para que logre comprender el origen de varias ideas segmentadas sobre sí misma.

Firma terapeuta: 

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Sesión N.ª 3.

Nombre: J.M.	
Fecha de nacimiento: 21/04/1983	Edad: 39 años.
Psicoterapeuta: Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.	Fecha: 5/04/22

Objetivos de la sesión

- Explicar los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y de la prueba proyectivo de la figura humana, para contrastar los resultados con la información recolectada en sesiones anteriores.
- Identificar si las hipótesis de los resultados de las pruebas son validadas por la paciente para establecer el diagnóstico.

Observaciones

La paciente se presentó con una actitud positiva y amable, ropa cómoda, cabello un poco desarreglado y manifestaciones de cansancio con suspiros y quejas de lo difícil que resulto el día laboral; en cuanto a brindar los resultados de la escala de ansiedad menciono que desde un inicio se identificó con la mayoría de los indicadores y recalco “Me identifique mucho con los síntomas ya que mis días están llenos de ansiedad de una u otra forma”.

Posteriormente se denoto mucho nerviosismo por parte de la paciente a la hora de brindar y discutir los resultados obtenidos en la prueba del dibujo, ya que adopto una postura más rígida, cruzando los brazos, moviendo constantemente las piernas y manipulando con sus manos un par de aretes en ese momento de la sesión. Por lo cual se tomó a bien abordar indicadores como el trazo, la posición y el remarcado en el cabello los cuales son relacionados con la ansiedad que ella manifiesta para continuar bajo la misma línea de resultados, y abordar en la próxima sesión los indicadores más íntimos del dibujo.

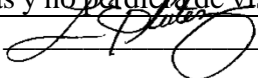
Conclusiones

No se logró abordar y contrastar todos los indicadores sobresalientes emergentes del dibujo debido a la resistencia, ansiedad y temor observados en la paciente por medio de su lenguaje corporal, concluyendo que existen temas específicos que está tratando de ocultar (violación, masturbación) ya que efectivamente son resultados del dibujo, por lo cual se retomara en la siguiente sesión el abordaje de dichos aspectos.

Tarea asignada al paciente

Se motivo a la paciente a abordar los indicadores más íntimos en relación con los resultados de la prueba en la siguiente sesión; se le solicito que en el transcurso de la semana meditara sobre dichos temas y no perdiera de vista el objetivo principal de mejorar su situación actual.

Firma terapeuta:



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Sesión N.ª 4.

Nombre: J.M.	
Fecha de nacimiento: 21/04/1983	Edad: 39 años.
Psicoterapeuta: Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.	Fecha: 12/04/22

Objetivos de la sesión

- Explicar la importancia de debatir todos los indicadores/resultados sobresalientes en la prueba y la sinceridad por parte de la paciente para obtener un diagnóstico optimo.
- Analizar la información que proporcione la paciente sobre temas ocultos y su relación con la problemática actual manifiesta.

Observaciones

Al momento de relatar los hechos vivenciados sobre el abuso sexual del cual fue víctima en su niñez (12 años) por parte de su padre y hermanos (tocamientos en zonas íntimas) se desborda emocionalmente, llanto, tono de voz exaltado e irritado, coloca sus manos sobre su cabeza en posición de ira y rabia, mirada penetrante y salivación.

Se le permitió desahogarse, generar apoyo y empatía ante los hechos vivenciados en su niñez; se identificó el malestar y la rabia, con la cual carga hasta este momento de su vida.

Por otra parte, al momento de abordar otro indicador sobresaliente de la prueba (problemas de masturbación) se observó un lenguaje corporal de timidez y auto culpabilidad, mirada baja, tono de voz más suave y cruce de manos; infiriendo que es un tema que le genera resistencia a abordar.

En dicha sesión se observó mucho desbordamiento emocional debido a los indicadores señalados, así como también indicadores de ansiedad como el movimiento constante de piernas y manipulación de objetos en sus manos.

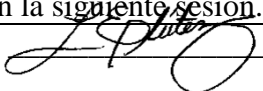
Conclusiones

Los indicadores del test relacionados a una violación fueron acertados por el hecho del abuso sexual del cual fue víctima en su niñez, lo cual le genera mucho dolor, impotencia y enojo hacia su padre y hermanos; así como también vergüenza por la masturbación que realiza ya que es una persona con principios religiosos muy arraigados, manifiesta que ese tipo de actos la llevan a pecados y de igual forma se exploró la ausencia de relaciones sexo coitales con su pareja actual, por lo cual se deberá trabajar ambos temas en la intervención.

Tarea asignada al paciente

Se le solicito a la paciente realizar un listado de pensamientos positivos y negativos a lo largo de la semana en relación consigo misma ante diferentes situaciones que se presenten para discutir las en la siguiente sesión.

Firma terapeuta:



NOTA EVOLUTIVA

Nota evolutiva y administrativas del avance/limitaciones/progresos/ del paciente.			
Nombre del paciente	J.M.	Mes: abril 2022	N.º Exp: 0001-2022
Diagnostico	-Abuso sexual histórico prolongado. -Trastorno de ansiedad generalizada.	N.º sesiones del mes: 3	N.º de nota evolutiva: 01-2022
Fecha	Martes 5 de abril.		
Indicadores relevantes para trabajar	-Identificación de rasgos significativos en el dibujo por parte de la paciente. - Confianza y sinceridad. - Autopercepción de sí misma.		
Objetivo de la sesión	-Explicar los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de Hamilton para la ansiedad y test proyectivo de la figura humana, para contrastar los resultados con la información recolectada en sesiones anteriores. -Identificar si las hipótesis de los resultados de la prueba son validadas por la paciente para establecer el diagnostico.		
Observaciones/comentario	-La paciente muestra resistencia a abordar indicadores del dibujo de la figura humana relacionados con el área sexual, en cuanto a indicadores de abuso sexual y masturbación. -Se observa ansiosa y rígida ante el análisis y discusión de los resultados de la prueba proyectivo de la figura humana.		

INFORME TERAPEUTICO DEL PACIENTE

1. Datos personales del paciente

Apellidos y nombres: J.M

Dirección: -----

Teléfonos: -----.

E-mail:

Género: Femenino.

Edad: 39 años

Fecha de nacimiento: 21/04/1983.

Estado civil: Soltera.

Situación laboral: Trabajando en Clínica privada y dirigiendo su emprendimiento.

Profesión: Doctorado en Cirugía Dental.

2. Diagnostico.

Trastorno primario: Abuso sexual histórico.

Trastorno secundario: Ansiedad generalizada.

3. Áreas de tratamiento desarrolladas.

Ninguna área de tratamiento desarrollada ya que está en proceso de evaluación.

4. Áreas sugeridas para trabajar como próximo terapeuta.

Cognitiva:

- ✓ Se sugiere potenciar los logros obtenidos por la paciente en el ámbito profesional y habilidades personales a lo largo de su vida, con el objetivo de empoderar a la paciente en la identificación de aspectos positivos.
- ✓ Se sugiere abordar los esquemas mentales, ideas segmentadas en la paciente sobre sí misma (distorsiones cognitivas), puesto que es un factor determinante en la problemática actual.

Afectiva:

- ✓ Se sugiere identificar en la paciente los estilos de dar y recibir amor como un componente positivo el cual ella es capaz de manifestar con sus seres queridos.
- ✓ Se sugiere abordar el área afectiva en cuanto al adecuado manejo emocional mediante técnicas de ventilación emocional y manejo del estrés.

Familiar:

- ✓ Se sugiere trabajar la identificación de los patrones disfuncionales segmentados en el paciente producto de su estilo de crianza en el hogar como machismo, formas de relacionarse, reglas implícitas y explícitas.
- ✓ Se sugiere trabajar el perdón en relación con su historia de vida, los hechos que marcaron su infancia con el objetivo de ayudar a la paciente a comprender y darle una explicación más racional a dichos sucesos.

Social:

- ✓ **Se sugiere trabajar actividades de dominio y agrado para potenciar las capacidades y habilidades en la paciente.**
- ✓ **Se sugiere abordar la resolución de conflictos, comunicación asertiva y técnicas de auto cuidado potenciando el establecimiento de mayores vínculos sociales en contextos de sano esparcimiento.**

5. Procedimiento de evaluación y resultados.

Escala de Hamilton para la ansiedad.

La Escala de M. Hamilton para la Ansiedad evalúa la intensidad de la ansiedad, en base a un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Los resultados en base a los puntos de corte y puntuación obtenida de 39 indican que su intensidad de ansiedad se encuentra en un rango moderada/grave ya que sobrepasa el margen arriba de 15, en este caso se puede inferir, que la paciente presenta un trastorno de ansiedad ya que los síntomas le generan un malestar significativo en su diario vivir debido principalmente al estrés laboral y familiar al que se ve sometida ocasionándole limitaciones en los aspectos psíquicos como preocupación constante, dificultades para concentrarse, conciliar el sueño e inestabilidad emocional.

En el ámbito físico presenta sensación de tensión corporal, debilidad, problemas estomacales, micción frecuente, entre otros. En el ámbito conductual dificultades para relajarse, falta de interés, dificultades para disfrutar de sus pasatiempos.

Test proyectivo de la figura humana de Juan A. Portuando, Karen Machover,

Se realizó la aplicación de la prueba proyectiva de la figura humana de Juan A. Portuando, Karen Machover, publicado en el año 1983, el cual evalúa rasgos significativos de la personalidad mediante el dibujo de la figura humana (mecanismos de defensa, conflictos, ambiente y personalidad)

En cuanto a los resultados se reflejan indicadores de ansiedad como lo son los trazos entre cortados, las borraduras y los sombreados realizados en el cabello; de igual forma se refleja mucha inseguridad con respecto a sí misma, en su imagen corporal (conflicto en el cuello, brazos) y en cuanto al ámbito social con sus semejantes, por lo que se podría presentar una tendencia agresiva y defensiva ante los demás, Otro indicador sobresaliente indica ocultamiento y evasión de la información y aptitudes regresivas como infantilismo, inmadurez.

Se visualiza problemas con la figura materna; en el ámbito sexual temor a la violación corroborado en la entrevista, atracción e impulsos sexuales posiblemente encubiertos con masturbación lo que le generan sentimientos de culpabilidad y conflictos con el super yo. En cuanto a su personalidad rasgos de narcisismo y vanidad.

6. Recomendaciones.

Se sugiere un seguimiento semanal del caso debido a que la problemática y sintomatología se encuentra muy marcada en el diario vivir de la paciente.

Se recomienda en terapia abordar el modelo cognitivo conductual ya que la paciente presenta esquemas mentales segmentados referentes a la familia y hacia sí misma que afectan directamente su problemática actual.

De igual forma se observa un pronóstico favorable en cuanto a la continuidad del proceso terapéutico ya que la paciente se muestra con una actitud de disposición e interés a mejorar su situación actual; sin embargo, se ha presentado una pausa en el seguimiento del proceso debido a compromisos laborales de la paciente por lo cual se espera retoma el proceso de intervención cuando ella se encuentre en disposición.

F.  _____

Terapeuta Linda Pleitez.

F. _____

Asesor docente Mercy Viera.

EXPEDIENTE 2

REGISTRO DEL PACIENTE JUVENIL

Nombre: XXXXX

Sexo: Masculino

Edad: 19 años

Escolaridad: 3° año de bachillerato

Lugar de nacimiento: Sonsonate

Fecha de nacimiento: 05/11/2002

Estado civil: Soltero

Teléfono: -----

Ocupación: Estudiante

Religión: cristiana

Domicilio: -----

Estado civil de los padres: casados

Religión: cristiana

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: XXXXXX

Parentesco: madre

Teléfono: -----

CONTRATO TERAPEUTICO

Sábado 26 de marzo de 2022


Yo, _____ acepto voluntariamente iniciar mi proceso terapéutico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación:

1. Dado que asisto voluntariamente a psicoterapia para mi o nuestro beneficio, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por la terapeuta.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas, si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisare previamente a mi terapeuta.
3. Autorizo que todas las sesiones terapéuticas sean grabadas a fin de preparar las sesiones de trabajo en mi propio beneficio.
4. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
5. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, acepto que perderé el derecho de mi horario y tendré que solicitar una nueva cita.
6. Se me explico que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración de este será variable.
7. El presente contrato estará vigente hasta que la terapeuta me del alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Firman de común acuerdo:



Abdi Abisua Peña López



PRUEBAS APLICADAS

Test de la Figura humana de Karen Machover

①.



- lugar futbol.
- 17
- sin casar.

[Handwritten signature]



PAUTA DE ENTREVISTA DEL TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER (ADULTOS)¹

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nor: Larpo Edad: 19 Sexo: M
Problema o caso: _____ Diagnóstico: _____

REGISTRO DE ASPECTOS RELACIONADOS AL (LOS) DIBUJO (S)

(Dibuje una persona) Comentario y manera de proceder: _____

¿Qué está haciendo?: _____ ¿Edad?: _____

¿Está casado(a)? _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Con quién vive? _____

¿A quién prefiere, a su madre o a su padre? Mamá.

¿Tienen hermanos y hermanas? Sí. 3 hermanas 1 hermano.

¿Qué tipo de trabajo realiza? Dedicarse al fútbol. ¿Qué educación ha recibido? Bachillerato.

¿Es simpático? Depende. Juzgan. ¿Es fuerte? mentalmente no. ¿Es sano? Sí.

¿Es guapo? Depende el gusto ¿Qué es lo mejor de su cuerpo? Pelo.

¿Qué es lo peor? Cejas (se las corta)

¿Es un tipo nervioso? Sí ¿En qué suele pensar? fallos que tiene,

pasado, consecuencias. ¿Qué es lo que teme? que las cosas no salgan como quiere.

¿Qué es lo que le entristece? Situaciones familiares, personal. ¿Por qué se enfada? amor.

cuando las cosas no salen bien. ¿Cuáles son sus tres deseos principales? Triunfar

en la vida en ese momento, desahogarse en el fútbol, unidad familiar.

¿Cuáles son sus tres mejores cualidades? Alegre, Noble, Amigable.

¿Cuáles son sus tres defectos principales? Incaricia rápido, pensar positivo siempre,

operar cambiar de opinion a las personas.

¿Qué prefiere: estar solo o acompañado? Acompañado.

¿Qué dice la gente de él? Es alegre, inmaduro, callado.

¿Es un tipo suspicaz? No.

¿Qué tal se lleva con su mujer (o con sus padres, si es soltero)? Buena relación, comunicación, confianza

¿A quién le recuerda? A él mismo.

¿Le gustaría parecerse a él (o ella)? Sí.

[Handwritten signature]

Nombre y ap:	Carpio		
N°	Sexo: <u>VARÓN</u> MUJER	Edad: <u>19 años</u>	Fecha de hoy: <u>18</u> / <u>04</u> / <u>22</u>
Procedencia: <u>Apapa.</u>	Entrevistador: <u>Abisón Peña.</u>		

SCL-90-R

Cuestionario de 90 síntomas

El presente cuestionario forma parte de su historia clínica y está sujeto a estricto secreto profesional

INSTRUCCIONES

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodée con un círculo el **cero 0** si no ha tenido esa molestia en absoluto; el **uno 1** si la ha tenido un poco presente; el **dos 2** si la ha tenido moderadamente; el **tres 3** si la ha tenido bastante y el **cuatro 4** si la ha tenido mucho o extremadamente.



SCL-90-R by Leonard R. Derogatis Ph.D. - Adaptación española de J. L. González de Rivera y cols. 1988.
Copyright © 1977, 1983, 1994 Leonard R. Derogatis Ph.D. - Todos los derechos reservados.

Publicado por NCS Pearson, Inc., Minneapolis, Minnesota, U.S.A.

Copyright de la edición española © 1988, 2000, 2002 Leonard R. Derogatis Ph.D. - Todos los derechos reservados.
Publicado por TEA Ediciones, S. A., Madrid, España.

Prohibida la reproducción, total o parcial. Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegítima. En el ámbito de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien .	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo..	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada.	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera .	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4


FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.

MUY IMPORTANTE

NO ESCRIBA NADA EN ESTE RECUADRO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO.

[Handwritten signature]

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI)



MMPI-2
Inventario Multifásico
de Personalidad
de Minnesota - 2

S.R. Hathaway
J.C. McKinley

Nombre y apellido: p10

Edad: 19 Sexo: Masculino Estado civil: Soltero

Profesión: Estudiante

Titulación académica: 9º grado

Centro:

Fecha: 30 de abril de 2022

Al contestar, compruebe que el número de la frase es igual en Cuadernillo y Hoja

1	41	81	121	171	221	271	321	371	421	471	521	122	172	222	272	322	372	422	472	522	123	173	223	273	323	373	423	473	523	124	174	224	274	324	374	424	474	524	125	175	225	275	325	375	425	475	525	126	176	226	276	326	376	426	476	526	127	177	227	277	327	377	427	477	527	128	178	228	278	328	378	428	478	528	129	179	229	279	329	379	429	479	529	130	180	230	280	330	380	430	480	530
---	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Autores: S.R. Hathaway y J.C. McKinley - Comité de aplicación del MMPI-2: J.N. Butcher, W. Grant Dabstrom, J.R. Graham, A. Tellegen y B. Kaemmer.
 Adaptación española: Alejandro Avila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez (1992, 1998).
 Copyright © 1942, 1943, 1989 by The Regents of The University of Minnesota.
 Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Editor: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DCs TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En demérito de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.


 2022

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Test de la figura humana de Karen Machover

Mecanismos de defensa	Conflictos	Ambiente	Personalidad
Fantasia activa	Culpabilidad	Rechazo de problemas ambientales	Normalidad psicológica
Evasión	Preocupación en las relaciones sociales y apariencia externa	Dificultades relacionadas en el contacto social	Paranoide
Evasión del contacto social	Agresión oral de naturaleza infantil	Protección ante el ambiente amenazador	Refinamiento y cuidado personal
Retraimiento	Alcoholismo	Inadaptación social	Falta de inhibición
Regresión	Reacción a la opinión social		Esquizoide
Compensación de inseguridad	Susceptible a la ofensa		Capacidad de asumir responsabilidad
Humor	Falta de control		Egocentrismo
Impulso para parecer socialmente enérgico y dominante	Conflictos del super yo Yo hinchado		Infantilismo
Resistencia a la autoridad	Culpabilidad por masturbación		Rigidez
Virilidad	Sentimiento de inseguridad		Moralidad estricta
Narcisista por la ropa	Deseo de independencia		Rasgos obsesivos
Liberación del amor protector	Deseo de conseguir dominio y aprobación social		Impulsividad
Sociabilidad superficial	Desajuste sexual		Rasgos histéricos
Extroversión superficial	Incapacidad para acomodarse a condiciones cambiantes		Ansiedad
Tendencias inhibitoras contra la propia autocomplacencia	Repugnancia para enfrentarse a los conflictos		Rigidez ética
Control rápido y frágil de los conflictos	Sentimiento de ser observado		Capacidad intelectual
Sobre control	Escaso discernimiento		
Precavido y/o compulsivo	Inestabilidad, Incertidumbre		
Sobrevigilancia	Insuficiencia corporal		
Control mediante evasión	Influencia de los afectos por ausencia de mecanismos defensivos		
Tendencia de actuar	Rasgos obsesivos relacionados con los impulsos sexuales		

Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R

Resultados cuantitativos

Baremo utilizado: tabla 17 DTM Pacientes con difusión psicósomática témporo-mandibular

<i>Índices</i>	<i>PD</i>	<i>PC</i>
<i>Somatización</i>	2.25	90
<i>Obsesión-compulsión</i>	3.40	99
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	2.44	95
<i>Depresión</i>	2.30	90
<i>Ansiedad</i>	1.90	90
<i>Hostilidad</i>	1.00	70
<i>Ansiedad fóbica</i>	1.85	90
<i>Ideación paranoide</i>	2.33	95
<i>Psicoticismo</i>	1.70	95
<i>Escala adicional (ítems adicionales ADI)</i>	1.85	--
<i>Índice Sintomático General (GSI)</i>	2.16	95
<i>Total, de Síntomas Positivos (PST)</i>	81	90
<i>Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI): 2.40</i>	PT: 58	

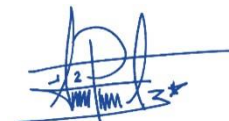
Resultados cualitativos

- ψ **Somatización:** la dimensión comprende 12 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 90 puntos centilares, con lo cual podría inferirse que el paciente experimenta una alta presencia de alteraciones psicósomáticas y/o funcionales, incluyendo síntomas con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular.
- ψ **Obsesión-compulsión:** la dimensión comprende 10 síntomas que describen conductas, pensamientos e impulsos de los cuales el paciente obtuvo 99 puntos centilares, con lo cual podría inferirse que el paciente experimenta una alta presencia de intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar además de otras vivencias y fenómenos cognitivos que pueden provocar y son característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.
- ψ **Sensibilidad interpersonal:** la dimensión comprende 9 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 95 puntos centilares, con lo cual podría inferirse que presenta un alto nivel de timidez

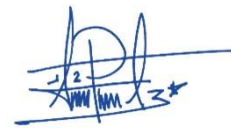


y vergüenza; además de una tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales,

- ψ **Depresión:** la dimensión comprende 13 síntomas que recogen signos y síntomas clínicos propios de este trastorno donde el paciente obtuvo 90 puntos centilares por lo que podría inferirse que el paciente experimenta vivencias disfóricas, de desánimo, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras características cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.
- ψ **Ansiedad:** la dimensión comprende 10 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 90 puntos centilares por lo cual se infiere que experimenta signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas como nerviosismo, miedo, arritmia, ataques de pánico entre otros.
- ψ **Hostilidad:** la dimensión comprende 6 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 70 puntos centilares por lo cual podría inferirse que el paciente experimenta moderadamente pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.
- ψ **Ansiedad fóbica:** la dimensión comprende 7 síntomas donde el paciente obtuvo 90 puntos centilares por lo que se puede inferir que presenta un alto nivel de miedo persistente, irracional u desproporcionado a alguna cosa, persona o animal determinado e incluso a algún evento específico, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida.
- ψ **Ideación paranoide:** la dimensión comprende 6 síntomas que recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación en donde el paciente obtuvo 95 puntos centilares por lo que se infiere que tiene un nivel alto en características propias del pensamiento proyectivo como suspicacia, hostilidad, centralismo autorreferencial e ideación delirante, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
- ψ **Psicoticismo:** la dimensión comprende 10 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 95 puntos centilares por lo cual se puede inferir que tiene un nivel alto respecto a los sentimientos de alineación social.
- ψ **Escala adicional (ADI):** comprende 7 síntomas los cuales son indicadores de la gravedad del estado del paciente y constituyen un claro referente de depresión melancólica.



- ψ **Índice Sintomático General (GSI):** en este índice el paciente obtuvo una puntuación de 95 puntos centilares por lo que se puede inferir que tiene un alto nivel de intensidad de sufrimiento psíquico y psicossomático global.
- ψ **Total, de Síntomas Positivos (PST):** en este índice el paciente obtuvo una puntuación de 90 puntos centilares por lo que se puede inferir que existe la presencia de un estilo de respuesta aumentador; además que, según su puntuación, posee una muy alta amplitud y diversidad de síntomas psicopatológicos.
- ψ **Índice de Distrés de síntomas positivos (PSDI):** en este índice el sujeto obtuvo una puntuación de 80 puntos centilares por lo que se puede inferir que existe la presencia de un estilo de respuesta aumentador; además que, según su puntuación, presenta un alto sufrimiento o distrés global e intensidad sintomática.



Nombre y apellidos: _____
Nº _____ Sexo: Varón Mujer Edad: 19 años Fecha de hoy: 18 / 04 / 22
Procedencia: Apopa Entrevistador: Abisua Peña

SCL-90-R

Cuestionario de 90 síntomas

El presente cuestionario forma parte de su historia clínica y está sujeto a estricto secreto profesional

HOJAS DE CORRECCIÓN



SCL-90-R by Leonard R. Derogatis Ph.D. - Adaptación española de J. L. González de Rivera y cols. 1988.
Copyright © 1977, 1983, 1994 Leonard R. Derogatis Ph.D. - Todos los derechos reservados.
Publicado por NCS Pearson, Inc., Minneapolis, Minnesota, U.S.A.
Copyright de la edición española © 1988, 2000, 2002 Leonard R. Derogatis Ph.D - Todos los derechos reservados.
Publicado por TEA Ediciones, S. A., Madrid, España.
Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en blanco es una reproducción ilegal. En ejercicio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.



[Handwritten signature]
12
1/22

- TRASLADAR LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- LUEGO SUMAR LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- SUMAR TAMBIÉN LAS PUNTUACIONES DE LOS ÍTEMS ADICIONALES Y TRASLADAR LA SUMA AL CUADRO CORRESPONDIENTE.
- FINALMENTE REALIZAR LAS OPERACIONES INDICADAS PARA OBTENER EL TOTAL Y LOS INDICES GENERALES.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI
1	2				3				0 1 2 3 4
2									0 1 2 3 4
3		4							0 1 2 3 4
4	2			2					0 1 2 3 4
5			1					2	0 1 2 3 4
6									0 1 2 3 4
7							1		0 1 2 3 4
8									0 1 2 3 4
9		4							0 1 2 3 4
10		4							0 1 2 3 4
11						3			0 1 2 3 4
12	2								0 1 2 3 4
13							3		0 1 2 3 4
14				4					0 1 2 3 4
15				0					0 1 2 3 4
16								0	0 1 2 3 4
17					0				0 1 2 3 4
18								1	0 1 2 3 4
19	ÍTEM ADICIONAL								
20					3				0 1 2 3 4
21			1						0 1 2 3 4
22				1					0 1 2 3 4
23					1				0 1 2 3 4
24						1			0 1 2 3 4
25							3		0 1 2 3 4
26				1					0 1 2 3 4
27	2								0 1 2 3 4
28		4							0 1 2 3 4
29									0 1 2 3 4
30				2					0 1 2 3 4
31				3					0 1 2 3 4
32				4					0 1 2 3 4
33				2					0 1 2 3 4
34					1				0 1 2 3 4
35			4						0 1 2 3 4
36								4	0 1 2 3 4
37			4						0 1 2 3 4
38			4						0 1 2 3 4
39		2							0 1 2 3 4
40					1				0 1 2 3 4
41	2								0 1 2 3 4
42			1						0 1 2 3 4
43	3								0 1 2 3 4
44	ÍTEM ADICIONAL								
45		4						4	0 1 2 3 4

[Handwritten signature]

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI						
46		3								0	1	2	3	4	
47							1			0	1	2	3	4	
48	1									0	1	2	3	4	
49	2									0	1	2	3	4	
50							2			0	1	2	3	4	
51		3								0	1	2	3	4	
52	2									0	1	2	3	4	
53	3									0	1	2	3	4	
54				4						0	1	2	3	4	
55		4								0	1	2	3	4	
56	3									0	1	2	3	4	
57					3					0	1	2	3	4	
58	3									0	1	2	3	4	
59	ITEM ADICIONAL										0	1	2	3	4
60	ITEM ADICIONAL										0	1	2	3	4
61		1								0	1	2	3	4	
62								2		0	1	2	3	4	
63						0				0	1	2	3	4	
64	ITEM ADICIONAL										0	1	2	3	4
65		2								0	1	2	3	4	
66	ITEM ADICIONAL										0	1	2	3	4
67						0				0	1	2	3	4	
68								3		0	1	2	3	4	
69		2								0	1	2	3	4	
70							0			0	1	2	3	4	
71			3							0	1	2	3	4	
72					2					0	1	2	3	4	
73		4								0	1	2	3	4	
74						2				0	1	2	3	4	
75							3			0	1	2	3	4	
76								3		0	1	2	3	4	
77									2	0	1	2	3	4	
78					4					0	1	2	3	4	
79			1							0	1	2	3	4	
80					2					0	1	2	3	4	
81						0				0	1	2	3	4	
82							1			0	1	2	3	4	
83								2		0	1	2	3	4	
84									1	0	1	2	3	4	
85									2	0	1	2	3	4	
86					2					0	1	2	3	4	
87									2	0	1	2	3	4	
88									0	0	1	2	3	4	
89	ITEM ADICIONAL										0	1	2	3	4
90									2	0	1	2	3	4	
TOTAL	27	34	22	30	19	6	13	14	17	13	= 195 / Nº ítems = 2.16				
	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	ITEM ADICIONAL	TOTAL				
	12	10	9	13	10	6	7	6	10	7	GSI				
PD	2.25	3.40	2.44	2.30	1.90	1.00	1.85	2.33	1.70						

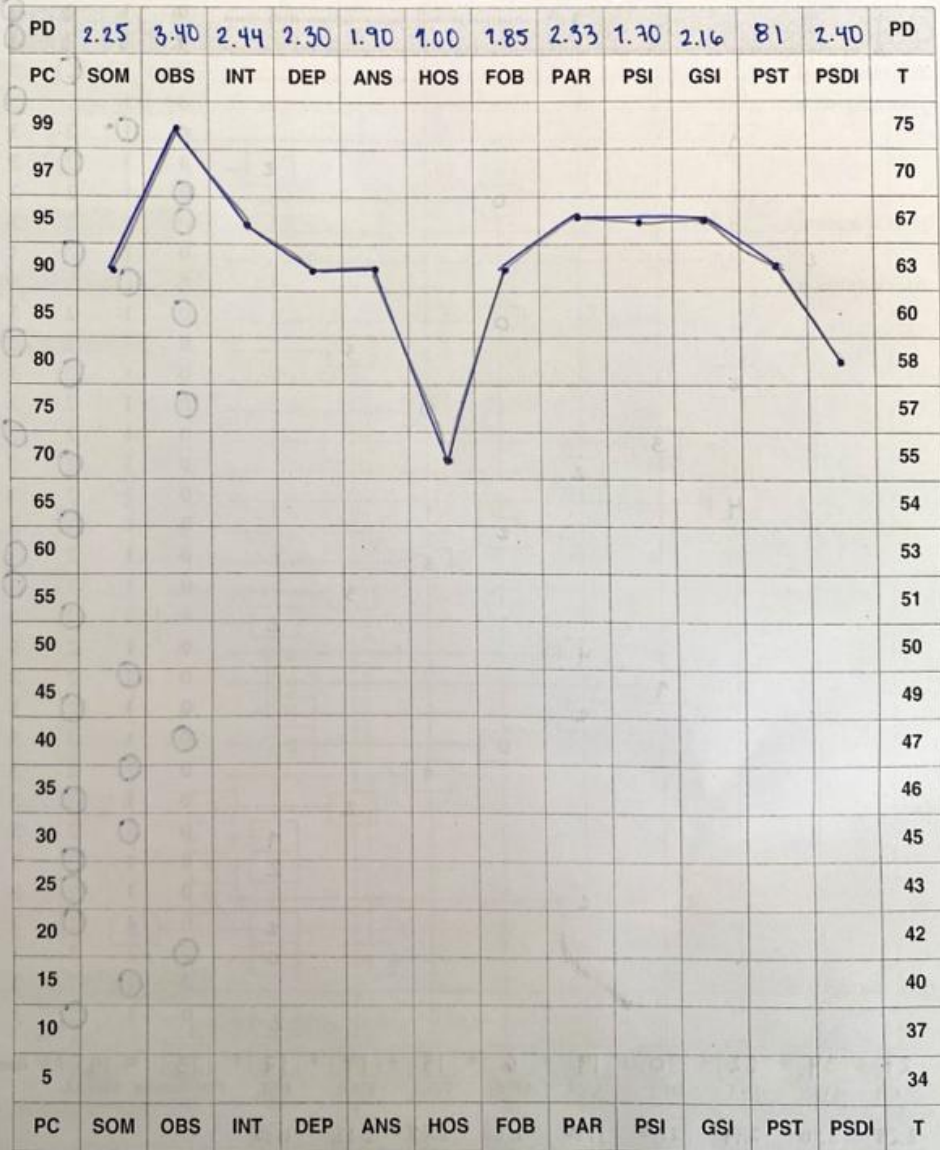
CS PST: 61 (E) EST: 20 SIT: VAS CS: 216 (90) PST: 61 = PSDI 2.40 → CONVERTIR A PUNTAJONES T 58

[Handwritten signature]

Perfil

- Traslade las puntuaciones directas (PD) de la fila que se encuentra en la base al dorso de esta página a la fila PD de ésta.
- Consulte el baremo que haya decidido emplear y trace las líneas del perfil.

Baremo utilizado: 17. DTM Pacientes con difonía psicosomática temporomandibular



[Handwritten signature]

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI)

Resultados cuantitativos

ESCALAS DE VALIDEZ Y ESCALAS CLINICAS

Escalas	L	F	K	Hs.	D.	Hy.	Pd.	Mf.	Pa.	Pt.	Sc.	Ma.	Si.
Numero				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Puntuaciones directas	5	11	12	18	35	27	21	30	15	39	38	21	38
Puntuaciones T	51	56	44	71	76	60	54	61	61	86	75	57	62

Codificación del perfil: 7''281'+0563-94 F L/K

ESCALAS DE CONTENIDO

Escalas	Puntuaciones directas	Puntuaciones T
ANX (Ansiedad)	19	73
FRS (Miedos)	16	77
OBS (Obsesividad)	11	64
DEP (Depresión)	20	72
HEA (Preocupaciones por la salud)	15	64
BIZ (Pensamiento extravagante)	9	66
ANG (Hostilidad)	9	57
CYN (Cinismo)	18	64
ASP (Conductas antisociales)	13	58
TPA (Comportamiento tipo A)	15	67
LSE (Baja autoestima)	11	60
SOD (Malestar social)	16	68
FAM (Problemas familiares)	7	52
WRK (Interferencia laboral)	27	79
TRT (Indicadores negativos de tratamiento)	15	66

Resultados cualitativos

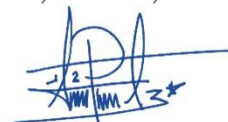
ESCALAS DE VALIDEZ

ψ **Escala L (Mentira):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 51, lo que es inferior al promedio, lo que indica que estuvo completamente libre de la tendencia a colocarse a sí mismo en una posición inusualmente favorable. Por lo que la utilidad del perfil es válida, se infiere que sus puntuaciones estarán dentro de la media y el evaluado está conforme con su propia imagen.

- ψ **Escala F (Incoherencia):** el evaluado obtuvo una puntuación T de 56, por lo que la utilización del perfil es válida ya que el registro es aceptable.
- ψ **Escala K (Corrección):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 44 lo que indica una tendencia a fingir “hacerse el enfermo”, exageración de sus propios desajustes y contestar a todo como falso, por lo que se podría inferir que el evaluado esta confuso, es autocrítico, conformista, introvertido y/o cínico, suspicaz.

ESCALAS CLÍNICAS

- ψ **Escala 1 (Hs: Hipocondría):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 71 que indica preocupaciones somáticas, reacción exigente a cualquier problema real, exageración de problemas físicos, trastornos del sueño, falta de energía, exigente, insatisfecho y quejas variables y múltiples.
- ψ **Escala 2 (D: Depresión):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 76 lo que demuestra una depresión clínica severa, reservado, afectado seriamente por los problemas, desesperado, culpabilizado, con sentimientos de inutilidad e inadecuación, preocupado por la muerte, suicida, abatido, lento en el pensar y en el actuar.
- ψ **Escala 3 (Hy: Histeria de conversión):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 60 lo que denota síntomas somáticos, trastornos del sueño, ausencia de comprensión acerca de las causas de los síntomas, negatividad, inmadurez, centrado en sí mismo, exigente, absorbente, sugestionable y cariñoso.
- ψ **Escala 4 (Pd: Desviación psicopática):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 54 lo que muestra puntuaciones medias, persona sincera, confiado, responsable y persistente.
- ψ **Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 61 lo que revela conflictos sobre la identidad sexual, afeminado, ausencia de intereses masculinos tradicionales, intereses intelectuales, sensible y empático.
- ψ **Escala 6 (Pa: Paranoia):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 61 lo que implica una predisposición paranoide, excesivamente sensible, suspicaz, airado, resentido, reservado, con una marcada sensibilidad interpersonal como una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros.
- ψ **Escala 7 (Pt: Psicastenia):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 86, la puntuación más alta de todas las escalas, lo que apunta un miedo extremo, ansiedad, tensión, trastornos del



pensamiento, percepción defectuosa, falta de concentración, rumiaciones, rituales rígidos, fobias supersticiosas y sentimientos de culpa.

- ψ **Escala 8 (Sc: Esquizofrenia):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 75 lo que indica un esquizoide de estilo libre, confusión, miedo, pesadillas en los sueños, reservado, no comprometido, fantasía y ensueños excesivos.
- ψ **Escala 9 (Ma: Hipomanía):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 57 lo que demuestra puntuaciones medias, sociable y amistoso, responsable, realista, entusiasta y equilibrado.
- ψ **Escala 0 (Si: Introversión social):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 62 lo que muestra que es una persona introvertida, reservado, tímido, depresivo, culpable, bajo ritmo personal, ausencia de seguridad en sí mismo, ausencia de intereses, super controlado, sumiso, condescendiente, persona de confianza, formal y responsable en el trabajo.

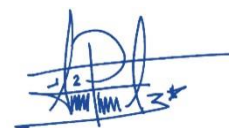
ESCALAS DE CONTENIDO

- ψ **ANX (Ansiedad):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 73 lo que indica síntomas generales de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (problemas cardiacos y respiración entrecortada), problemas de insomnio, preocupaciones y escasa concentración. Teme perder el juicio, vive en tensión y tiene dificultades para tomar decisiones. Es consciente de estos síntomas y problemas y los admite libremente.
- ψ **FRS (Miedos):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 77 lo que indica que es un sujeto con muchos temores específicos, puede incluir: ver sangre, lugares altos, relacionados con el dinero, temores a los animales como las serpientes, ratones o arañas, a salir de casa, al fuego, a las tormentas y a los desastres naturales, al agua, a la oscuridad, a los lugares cerrados o a la suciedad.
- ψ **OBS (Obsesividad):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 64 por lo que indica que es un sujeto con dificultades para tomar decisiones y que son propensos a rumiar excesivamente sus preocupaciones y problemas, impacientando a los demás. Le molesta hacer cambios y tienen algunas conductas compulsivas como contar o coleccionar cosas sin importancia. Están excesivamente preocupados, tanto que frecuentemente están asfixiados por sus propios pensamientos.
- ψ **DEP (Depresión):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 72 por lo que se puede inferir que tiene pensamientos significativamente depresivos. Se siente melancólico, con incertidumbre



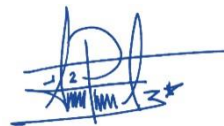
acerca de su futuro y sin intereses por su vida. Da muchas vueltas a las cosas, esta triste, llora con facilidad y sienten desesperanza y vacío. Puede desear estar muerto, creer que está condenado o que ha cometido pecados imperdonables y no suele ver a los demás como fuente de ayuda.

- ψ **HEA (Preocupaciones por la salud):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 64 por lo que se infiere que puede presentar algunos síntomas físicos en varios sistemas orgánicos. Puede incluir síntomas gastro-intestinales (náuseas, vómitos, problemas de estómago), problemas neurológicos (convulsiones, vértigos y amagos de desmayos y parálisis), problemas sensoriales (visión o audición deficientes), síntomas cardiovasculares (dolores pectorales o cardiacos), problemas dermatológicos (de cabeza o de cuello) y dificultades respiratorias (tos, alergia, asma). Es posible que se preocupe por su salud y se enferme más que el promedio de las personas.
- ψ **BIZ (Pensamiento extravagante):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 66 por lo que se puede inferir una presencia de una ideación paranoide (como creencia de que están siendo objeto de conspiración o que alguien intenta envenenarlos).
- ψ **ANG (Hostilidad):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 57 por lo que se infiere que existe una baja presencia de problemas con el control de la ira.
- ψ **CYN (Cinismo):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 64 por lo que se infiere pueden estar presente la espera de ocultas motivaciones negativas tras los actos de los demás. Desconfía de los demás porque cree que la gente usa a los otros y establece amistades solo por razones egoístas y tiende a tomar actitudes negativas hacia las personas cercanas a ellos.
- ψ **ASP (Conductas antisociales):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 58 lo que sugiere una baja aparición de conductas problemáticas durante los años de escolarización, así como disfrute de fechorías de los criminales.
- ψ **TPA (Comportamiento tipo A):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 67 por lo que se puede inferir que es un sujeto que trabaja duramente, se mueve rápidamente y es orientado al trabajo, frecuentemente se impacienta, irrita y molesta.
- ψ **LSE (Baja autoestima):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 60 por lo que se puede inferir que tiene una mala opinión de sí mismo, no cree que los demás lo aprecien ni se considera importante. Adopta múltiples actitudes negativas hacia si mismos (pensamiento que no es atractivo, que es desmañado, torpe, inútil y una carga para los demás). También puede



presentar una clara carencia de autoconfianza y le cuesta aceptar cumplidos y se siente abrumado por todos los errores que ve en sí mismo.

- ψ **SOD (Malestar social):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 68 por lo que se puede inferir que el sujeto se siente intranquilo cuando está rodeado de gente y prefiere estar solo. Cuando se encuentra en situaciones sociales, suele sentarse solo en vez de hacerlo con gente del grupo y se ve a sí mismo como tímido y no le gustan las fiestas y actos sociales.
- ψ **FAM (Problemas familiares):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 52 por lo que se puede inferir que presenta una baja presencia de discordias familiares, así como carencia de amor, constantes riñas.
- ψ **WRK (Interferencia labora):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 79 por lo que se puede inferir conductas o actitudes que probablemente contribuyen a una deficiente ejecución del trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con baja autoconfianza, dificultades de concentración, Obsesividad, problemas en la toma de decisiones, tensión y presión.
- ψ **TRT (Indicadores negativos de tratamiento):** El evaluado obtuvo una puntuación T de 66 por lo que se infiere la presencia de actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental. No se siente cómodo discutiendo sus problemas con otros, puede no querer cambiar nada en su vida, ni cree que sea posible el cambio. Por lo que podría darse por vencido frente a las crisis o las dificultades.



VARON

T	L	F	K	1.No	2.D	3.Hy	4.Pd	5.Mi	6.Pa	7.Pi	8.Sc	9.Ma	0.Si	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT	T
120		47		57		57				71																			120
119		46		56		56		54	35	70		83	49																119
118		45		55		55		53	34	68		81	48																118
117		44		54		54		52	33	67		80	47																117
116		43		53		53		51	32	66		78	46																116
115		42		52		52		50	32	65		77	45																115
114		41		51		51		49	31	64		76	44																114
113		40		50		50		48	30	63		75	44																113
112		39		49		49		48	30	62		73	43																112
111		38		48		48		47	29	61		72	42																111
110		37		47		47		46	28	60		71	42																110
109		36		46		46		45	28	59		70	41																109
108		35		45		45		44	27	58		69	41																108
107		34		44		44		43	26	57		68	40																107
106		33		43		43		42	25	56		67	39																106
105		32		42		42		41	24	55		66	38																105
104		31		41		41		40	23	54		65	37																104
103		30		40		40		39	22	53		64	36																103
102		29		39		39		38	21	52		63	35																102
101		28		38		38		37	20	51		62	34																101
100		27		37		37		36	19	50		61	33																100
99		26		36		36		35	18	49		60	32																99
98		25		35		35		34	17	48		59	31																98
97		24		34		34		33	16	47		58	30																97
96		23		33		33		32	15	46		57	29																96
95		22		32		32		31	14	45		56	28																95
94		21		31		31		30	13	44		55	27																94
93		20		30		30		29	12	43		54	26																93
92		19		29		29		28	11	42		53	25																92
91		18		28		28		27	10	41		52	24																91
90		17		27		27		26	9	40		51	23																90
89		16		26		26		25	8	39		50	22																89
88		15		25		25		24	7	38		49	21																88
87		14		24		24		23	6	37		48	20																87
86		13		23		23		22	5	36		47	19																86
85		12		22		22		21	4	35		46	18																85
84		11		21		21		20	3	34		45	17																84
83		10		20		20		19	2	33		44	16																83
82		9		19		19		18	1	32		43	15																82
81		8		18		18		17	0	31		42	14																81
80		7		17		17		16	0	30		41	13																80
79		6		16		16		15	0	29		40	12																79
78		5		15		15		14	0	28		39	11																78
77		4		14		14		13	0	27		38	10																77
76		3		13		13		12	0	26		37	9																76
75		2		12		12		11	0	25		36	8																75
74		1		11		11		10	0	24		35	7																74
73		0		10		10		9	0	23		34	6																73
72		0		9		9		8	0	22		33	5																72
71		0		8		8		7	0	21		32	4																71
70		0		7		7		6	0	20		31	3																70
69		0		6		6		5	0	19		30	2																69
68		0		5		5		4	0	18		29	1																68
67		0		4		4		3	0	17		28	0																67
66		0		3		3		2	0	16		27	0																66
65		0		2		2		1	0	15		26	0																65
64		0		1		1		0	0	14		25	0																64
63		0		0		0		0	0	13		24	0																63
62		0		0		0		0	0	12		23	0																62
61		0		0		0		0	0	11		22	0																61
60		0		0		0		0	0	10		21	0																60
59		0		0		0		0	0	9		20	0																59
58		0		0		0		0	0	8		19	0																58
57		0		0		0		0	0	7		18	0																57
56		0		0		0		0	0	6		17	0																56
55		0		0		0		0	0	5		16	0																55
54		0		0		0		0	0	4		15	0																54
53		0		0		0		0	0	3		14	0																53
52		0		0		0		0	0	2		13	0																52
51		0		0		0		0	0	1		12	0																51
50		0		0		0		0	0	0		11	0																50
49		0		0		0		0	0	0		10	0																49
48		0		0		0		0	0	0		9	0																48
47		0		0		0		0	0	0		8	0																47
46		0		0		0		0	0	0		7	0																46
45		0		0		0		0	0	0		6	0																45
44		0		0		0		0	0	0		5	0																44
43		0		0		0		0	0	0		4	0																43
42		0		0		0		0	0	0		3	0																42
41		0		0																									

INFORME GENERAL

A. DATOS GENERALES DEL EVALUADO

Nombre: XXXXX	Edad: 19 años	Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 05/11/2002	Fecha de evaluaciones:	
Nivel académico: 3 año de bachillerato	26/03/2022	02/04/2022
Fecha de ingreso: 26/03/2022	11/04/2022	18/04/2022
Fecha de informe: 13/05/2022	30/04/2022	

B. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere que desde hace 2 meses sufre de “ataques” cada vez que toma el transporte público, específicamente microbuses, situación que se da, solamente cuando pasan por un lugar en específico (paso desnivel de Apopa). Estos “ataques” provocan un deterioro significativo en actividades cotidianas, debido al miedo intenso de pasar por el lugar (paso desnivel) ya que es la única manera de llegar a su casa en el transporte público (microbuses) ocasionan reacciones físicas como: temblor en el cuerpo, sudoración, aceleración del corazón; que suscitan una actitud de evitación de la situación, como por ejemplo bajarse del microbús antes de pasar por el paso desnivel, y pasar caminando, luego tomar otro microbús y dirigirse a su destino.

Sin embargo, esta situación, dos semanas después de su ingreso, “desapareció”.

C. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

PRUEBA PSICOLOGIA	QUÉ EVALÚA
La Figura Humana, test proyectivo de Juan A. Portuando, Karen Machover, publicado en el año 1983	Evalúa la personalidad a través del dibujo de la figura humana, proyectando toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico. Identificando mecanismos de defensa, conflictos, ambiente y personalidad.

<p>SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas 2002</p>	<p>Apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar</p>
<p>Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMPI-2, 1999</p>	<p>Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad a través de tres grupos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Contiene también un grupo de escalas referentes a la validez, y otras adicionales como las subescalas de Harris-Lingoes.</p>

D. INTERPRETACION DE RESULTADOS

Figura humana de Karen Machover

Los resultados de la prueba de la figura humana infieren que el paciente tiene capacidad de asumir responsabilidades, capacidad intelectual, sin embargo, existe un grado de incapacidad para acomodarse a condiciones cambiantes, rechazo de problemas ambientales, repugnancia para enfrentarse a los conflictos, lo que genera inestabilidad, incertidumbre y un control rápido y frágil de los conflictos mediante la evasión y la tendencia a actuar precavidamente y/o compulsivamente.

A su vez se identifica una fantasía activa que da paso al retraimiento, regresión, tendencias inhibitoras contra la propia autocomplacencia, con un sentimiento de ser observado, con rasgos paranoicos, esquizoides, histéricos y obsesivos. Que puede ser ocasionado por un desajuste sexual, culpabilidad por masturbación y rasgos obsesivos relacionados con los impulsos sexuales. Lo que lo lleva a los conflictos con el super yo en relación con el deber ser y el querer ser, un yo hinchado, que se ve disfrazado por un narcisismo por la ropa, con un refinamiento y cuidado personal que es una compensación por los sentimientos de inseguridad en cuanto a la insuficiencia corporal; con una moralidad estricta y rigidez ética.

Presenta un deseo de conseguir dominio, aprobación social, y preocupación en las relaciones sociales y apariencia externa, con una reacción a la opinión social y una susceptibilidad a la ofensa, así como dificultades relacionadas con el contacto social provocando una inadaptación social; por

lo anterior existe una protección ante el ambiente amenazador por medio del humor, con un impulso para parecer socialmente enérgico y dominante, sociabilidad y extroversión superficiales, una constante sobrevigilancia y tendencia a la evasión del contacto social

Así también presenta un deseo de independencia, escaso discernimiento e influencia de los afectos por ausencia de mecanismos defensivos con una agresión oral de naturaleza infantil, lo que genera un sobre control, resistencia a la autoridad por la falta de inhibición, egocentrismo, impulsividad, infantilismo y ansiedad.

SCL-90-R

Debido a que el paciente puntuó un centil superior a 80 en más de dos dimensiones sintomáticas, para la calificación se acudió a la tabla de baremos de pacientes con disfunción psicósomática témporo-mandibular.

<i>Índice</i>	Resultados
<i>Somatización</i>	La dimensión comprende 12 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 90 puntos centilares, con lo cual podría inferirse que el paciente experimenta una alta presencia de alteraciones psicósomáticas y/o funcionales, incluyendo síntomas con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular.
<i>Obsesión-compulsión</i>	La dimensión comprende 10 síntomas que describen conductas, pensamientos e impulsos de los cuales el paciente obtuvo 99 puntos centilares, con lo cual podría inferirse que el paciente experimenta una alta presencia de intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar además de otras vivencias y fenómenos cognitivos que pueden provocar y son característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	La dimensión comprende 9 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 95 puntos centilares, con lo cual podría inferirse que presenta un alto nivel de timidez y vergüenza; además de una tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las

	opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales,
<i>Depresión</i>	La dimensión comprende 13 síntomas que recogen signos y síntomas clínicos propios de este trastorno donde el paciente obtuvo 90 puntos centilares por lo que podría inferirse que el paciente experimenta vivencias disfóricas, de desánimo, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras características cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.
<i>Ansiedad</i>	La dimensión comprende 10 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 90 puntos centilares por lo cual se infiere que experimenta signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas como nerviosismo, miedo, arritmia, ataques de pánico entre otros.
<i>Hostilidad</i>	La dimensión comprende 6 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 70 puntos centilares por lo cual podría inferirse que el paciente experimenta moderadamente pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.
<i>Ansiedad fóbica</i>	La dimensión comprende 7 síntomas donde el paciente obtuvo 90 puntos centilares por lo que se puede inferir que presenta un alto nivel de miedo persistente, irracional u desproporcionado a alguna cosa, persona o animal determinado e incluso a algún evento específico, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida.
<i>Ideación paranoide</i>	La dimensión comprende 6 síntomas que recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación en donde el paciente obtuvo 95 puntos centilares por lo que se infiere que tiene un nivel alto en características propias del pensamiento proyectivo como suspicacia,

	hostilidad, centralismo autorreferencial e ideación delirante, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
<i>Psicoticismo</i>	La dimensión comprende 10 síntomas de los cuales el paciente obtuvo 95 puntos centilares por lo cual se puede inferir que tiene un nivel alto respecto a los sentimientos de alineación social.
<i>Escala adicional (ítems adicionales ADI)</i>	Comprende 7 síntomas los cuales son indicadores de la gravedad del estado del paciente y constituyen un claro referente de depresión melancólica.
<i>Índice Sintomático General (GSI)</i>	En este índice el paciente obtuvo una puntuación de 95 puntos centilares por lo que se puede inferir que tiene un alto nivel de intensidad de sufrimiento psíquico y psicosomático global.
<i>Total, de Síntomas Positivos (PST)</i>	En este índice el paciente obtuvo una puntuación de 90 puntos centilares por lo que se puede inferir que existe la presencia de un estilo de respuesta aumentador; además que, según su puntuación, posee una muy alta amplitud y diversidad de síntomas psicopatológicos.
<i>Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)</i>	En este índice el sujeto obtuvo una puntuación de 80 puntos centilares por lo que se puede inferir que existe la presencia de un estilo de respuesta aumentador; además que, según su puntuación, presenta un alto sufrimiento o distrés global e intensidad sintomática.

Según los resultados del cuestionario de 90 síntomas, las dimensiones en las que el paciente presento puntajes muy altos son: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo por lo que se infiere que experimenta muchas alteraciones en el sistema cardiovascular, gastrointestinal; así también presenta **conductas, pensamientos e impulsos indeseados** que **generan intensa angustia**, lo que genera ansiedad aguda y signos de tensión emocional, existiendo a su vez un **estilo de respuesta aumentador**, por lo que el paciente experimenta un alto nivel de sufrimiento y diversidad de síntomas psicopatológicos, provocando a su vez desanimo, falta de energía, impotencia y miedo ante la pérdida de autonomía y necesidad de control.

A su vez, experimenta tendencia a sentirse inferior ante los demás e hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, lo que genera desesperanza y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos; reforzado por el sentimiento de alineación social y pensamiento proyectivo como ideación delirante.

En la dimensión donde el paciente presenta puntaje bajo es hostilidad por lo que se infiere que, aunque el paciente viva situaciones estresantes, no tiene pensamientos, sentimientos y conductas con estados de agresividad, ira, irritabilidad.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2, MMPI

ESCALA	INTERPRETACION
<i>ESCALAS DE VALIDEZ</i>	
Escala L (mentira)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 51, lo que es inferior al promedio, lo que indica que estuvo completamente libre de la tendencia a colocarse a sí mismo en una posición inusualmente favorable. Por lo que la utilidad del perfil es válida, se infiere que sus puntuaciones estarán dentro de la media y el evaluado está conforme con su propia imagen.
Escala F (incoherencia)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 56, por lo que la utilización del perfil es válida ya que el registro es aceptable.
Escala K (corrección)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 44 lo que indica una tendencia a fingir “hacerse el enfermo”, exageración de sus propios desajustes y contestar a todo como falso, por lo que se podría inferir que el evaluado esta confuso, es autocritico, conformista, introverso y/o cínico, suspicaz.
<i>ESCALAS CLINICAS</i>	
Escala 1 (Hs: Hipocondría)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 71 que indica preocupaciones somáticas, reacción exigente a cualquier problema real, exageración de problemas físicos, trastornos del sueño, falta de energía, exigente, insatisfecho y quejas variables y múltiples.

Escala 2 (D: Depresión)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 76 lo que demuestra una depresión clínica severa, reservado, afectado seriamente por los problemas, desesperado, culpabilizado, con sentimientos de inutilidad e inadecuación, preocupado por la muerte, suicida, abatido, lento en el pensar y en el actuar.
Escala 3 (Hy: Histeria de conversión)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 60 lo que denota síntomas somáticos, trastornos del sueño, ausencia de comprensión acerca de las causas de los síntomas, negatividad, inmadurez, centrado en sí mismo, exigente, absorbente, sugestionable y cariñoso.
Escala 4 (Pd: Desviación psicopática)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 54 lo que muestra puntuaciones medias, persona sincera, confiado, responsable y persistente.
Escala 5 (Mf: Masculinidad- Feminidad)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 61 lo que revela conflictos sobre la identidad sexual, afeminado, ausencia de intereses masculinos tradicionales, intereses intelectuales, sensible y empático.
Escala 6 (Pa: Paranoia)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 61 lo que implica una predisposición paranoide, excesivamente sensible, suspicaz, airado, resentido, reservado, con una marcada sensibilidad interpersonal como una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros.
Escala 7 (Pt: Psicastenia)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 86, la puntuación más alta de todas las escalas, lo que apunta un miedo extremo, ansiedad, tensión, trastornos del pensamiento, percepción defectuosa, falta de concentración, rumiaciones, rituales rígidos, fobias supersticiosas y sentimientos de culpa.
Escala 8 (Sc: Esquizofrenia)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 75 lo que indica un esquizoide de estilo libre, confusión, miedo, pesadillas en los sueños, reservado, no comprometido, fantasía y ensueños excesivos.

Escala 9 (Ma: Hipomanía)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 57 lo que demuestra puntuaciones medias, sociable y amistoso, responsable, realista, entusiasta y equilibrado.
Escala 0 (Si: Introversión social)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 62 lo que muestra que es una persona introvertida, reservado, tímido, depresivo, culpable, bajo ritmo personal, ausencia de seguridad en sí mismo, ausencia de intereses, super controlado, sumiso, condescendiente, persona de confianza, formal y responsable en el trabajo.

ESCALAS DE CONTENIDO

ANX (Ansiedad)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 73 lo que indica síntomas generales de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (problemas cardiacos y respiración entrecortada), problemas de insomnio, preocupaciones y escasa concentración. Teme perder el juicio, vive en tensión y tiene dificultades para tomar decisiones. Es consciente de estos síntomas y problemas y los admite libremente.
FRS (Miedos)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 77 lo que indica que es un sujeto con muchos temores específicos, puede incluir: ver sangre, lugares altos, relacionados con el dinero, temores a los animales como las serpientes, ratones o arañas, a salir de casa, al fuego, a las tormentas y a los desastres naturales, al agua, a la oscuridad, a los lugares cerrados o a la suciedad.
OBS (Obsesividad)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 64 por lo que indica que es un sujeto con dificultades para tomar decisiones y que son propensos a rumiar excesivamente sus preocupaciones y problemas, impacientando a los demás. Le molesta hacer cambios y tienen algunas conductas compulsivas como contar o coleccionar cosas sin importancia. Están excesivamente preocupados, tanto que frecuentemente están asfixiados por sus propios pensamientos.

DEP (Depresión)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 72 por lo que se puede inferir que tiene pensamientos significativamente depresivos. Se siente melancólico, con incertidumbre acerca de su futuro y sin intereses por su vida. Da muchas vueltas a las cosas, esta triste, llora con facilidad y sienten desesperanza y vacío. Puede desear estar muerto, creer que está condenado o que ha cometido pecados imperdonables y no suele ver a los demás como fuente de ayuda.
HEA (Preocupaciones por la salud)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 64 por lo que se infiere que puede presentar algunos síntomas físicos en varios sistemas orgánicos. Puede incluir síntomas gastro-intestinales (náuseas, vómitos, problemas de estómago), problemas neurológicos (convulsiones, vértigos y amagos de desmayos y parálisis), problemas sensoriales (visión o audición deficientes), síntomas cardiovasculares (dolores pectorales o cardiacos), problemas dermatológicos (de cabeza o de cuello) y dificultades respiratorias (tos, alergia, asma). Es posible que se preocupe por su salud y se enferme más que el promedio de las personas.
BIZ (Pensamiento extravagante)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 66 por lo que se puede inferir una presencia de una ideación paranoide (como creencia de que están siendo objeto de conspiración o que alguien intenta envenenarlos).
ANG (Hostilidad)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 57 por lo que se infiere que existe una baja presencia de problemas con el control de la ira.
CYN (Cinismo)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 64 por lo que se infiere pueden estar presente la espera de ocultas motivaciones negativas tras los actos de los demás. Desconfía de los demás porque cree que la gente usa a los otros y establece amistades

	<p>solo por razones egoístas y tiende a tomar actitudes negativas hacia las personas cercanas a ellos.</p>
ASP (Conductas antisociales)	<p>El evaluado obtuvo una puntuación T de 58 lo que sugiere una baja aparición de conductas problemáticas durante los años de escolarización, así como disfrute de fechorías de los criminales.</p>
TPA (Comportamiento tipo A)	<p>El evaluado obtuvo una puntuación T de 67 por lo que se puede inferir que es un sujeto que trabaja duramente, se mueve rápidamente y es orientado al trabajo, frecuentemente se impacienta, irrita y molesta.</p>
LSE (Baja autoestima)	<p>El evaluado obtuvo una puntuación T de 60 por lo que se puede inferir que tiene una mala opinión de sí mismo, no cree que los demás lo aprecien ni se considera importante. Adopta múltiples actitudes negativas hacia si mismos (pensamiento que no es atractivo, que es desmañado, torpe, inútil y una carga para los demás). También puede presentar una clara carencia de autoconfianza y le cuesta aceptar cumplidos y se siente abrumado por todos los errores que ve en sí mismo.</p>
SOD (Malestar social)	<p>El evaluado obtuvo una puntuación T de 68 por lo que se puede inferir que el sujeto se siente intranquilo cuando está rodeado de gente y prefiere estar solo. Cuando se encuentra en situaciones sociales, suele sentarse solo en vez de hacerlo con gente del grupo y se ve a sí mismo como tímido y no le gustan las fiestas y actos sociales.</p>
FAM (Problemas familiares)	<p>El evaluado obtuvo una puntuación T de 52 por lo que se puede inferir que presenta una baja presencia de discordias familiares, así como carencia de amor, constantes riñas.</p>
WRK (Interferencia labora)	<p>El evaluado obtuvo una puntuación T de 79 por lo que se puede inferir conductas o actitudes que probablemente contribuyen a una deficiente ejecución del trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con baja autoconfianza,</p>

	dificultades de concentración, Obsesividad, problemas en la toma de decisiones, tensión y presión.
TRT (Indicadores negativos de tratamiento)	El evaluado obtuvo una puntuación T de 66 por lo que se infiere la presencia de actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental. No se siente cómodo discutiendo sus problemas con otros, puede no querer cambiar nada en su vida, ni cree que sea posible el cambio. Por lo que podría darse por vencido frente a las crisis o las dificultades.

Es de resaltar que su puntuación más alta fue la escala de Psicastenia, que es un término clínico asociado a fobias, obsesiones, compulsiones y trastornos de ansiedad.

El análisis escala por escala de este perfil, revela una caracterización del paciente: formal y responsable en el trabajo, cariñoso, sensible y empático, exigente, introvertido, reservado; con ciertas tendencias la **exageración de problemas** con preocupaciones somáticas lo que apunta a una percepción defectuosa de la realidad provocando una cadena de **pensamientos excesivos, negativos y repetitivos** sobre preocupaciones actuales, problemas, experiencias pasadas o preocupaciones sobre el futuro, tanto que frecuentemente puede estar asfixiado por sus propios pensamientos, lo que genera **pensamientos significativamente depresivos**, melancólicos, con lloro fácil, desesperanza, un vacío, predisposición paranoide y una marcada sensibilidad interpersonal con una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros lo que a su vez refuerza la confusión, fantasías, ensueños excesivos y síntomas generales de ansiedad con algunos temores específicos (como viajar en microbuses al pasar por un puente)

Esto añadido a un conflicto sobre la identidad sexual lo que provoca una confusión, miedo, y una actitud reservada, culpable y ausencia de seguridad en sí mismo. Aunque no existen características de hostilidad y problemas con el control de la ira, tiende a impacientarse frecuentemente, con irritación y molestia; principalmente con sentimientos de intranquilidad al estar rodeado de personas.

En cuanto a su percepción de sí mismo, posee una mala opinión de sí mismo, con actitudes negativas y carencia de autoconfianza provocando actitudes que contribuyen a una deficiente ejecución del trabajo por dificultades de concentración, toma de decisiones y tensión.

E. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de la Figura Humana, el Cuestionario de 90 Síntomas y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2, se presume un **Trastorno de Ansiedad Generalizada**, que se manifiesta con una tendencia a la exageración de problemas con pensamientos excesivos, negativos y repetitivos sobre preocupaciones actuales y/o pasadas, lo que genera intensa angustia y signos de tensión emocional, así como sentimientos y pensamientos de desamino, falta de energía, impotencia y miedo ante la pérdida de control, así como una predisposición paranoide, rasgos obsesivos y una marcada sensibilidad interpersonal con una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros. Provocando así inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Situación que ha provocado un deterioro significativo en las áreas sociales y educativas del paciente, con la presencia de dos episodios de crisis de angustia, con un tiempo de un mes y dos meses respectivamente.

Sin embargo, no se encontraron indicadores en las pruebas aplicadas que el trastorno fuera de origen orgánico; de igual forma en la prueba proyectiva no se encontraron indicadores que el origen del trastorno fuera por situaciones de abuso, maltrato, u otras situaciones afines, tampoco se encontró evidencia en las entrevistas aplicadas de alguna situación desencadenante.

F. RECOMENDACIONES

Por lo que se sugiere una evaluación en psiquiatría para determinar la presencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada por origen orgánico y la medicación de este en caso de ser necesaria.

Al ser realizada la evaluación psiquiátrica, se sugiere realizar un proceso de intervención psicoterapéutica, con el fin de aliviar el malestar emocional y la adaptación al medio.



Abdi Abisua Peña Lopez
Terapeuta practicante
Clínica escuela.

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: XXXXXX	
Fecha de nacimiento: 05 de noviembre de 2002	Edad: 19 años
Psicoterapeuta: Abdi Abisua Peña López	Fecha: 26/03/2022

Objetivo de la sesión: establecer un ambiente de confianza entre la terapeuta y el consultante con el fin de ofrecer un servicio terapéutico óptimo y que cumpla las demandas y expectativas terapéuticas, fijando aspectos generales y motivo de consulta.

- Explicar por medio de la psicoeducación la labor del psicólogo.
- Detallar el contenido del contrato terapéutico
- Aplicar la prueba de la figura humana de Karen Machover.

Observaciones:

El paciente se presentó a la sesión con buena presentación personal, denotaba disposición y entusiasmo para iniciar el proceso terapéutico. Al momento de describir el momento de consulta se mostró inquieto, jugaba con las manos, y mostraba cierta descompensación al recordar el suceso que le genera malestar emocional.

Durante la prueba, en un principio se mostró inseguro, sin embargo, comenzó a dibujar una vez se le explicó que no era una prueba de habilidades de dibujo. Se tardó 6 minutos aproximadamente en dibujar y se mostró abierto y dispuesto a contar detalles e historia de la persona que dibujo.

Conclusiones:

- Se infiere que el paciente podría estar experimentando crisis de angustia, sin embargo, se necesita indagar acerca de acontecimientos o eventos traumáticos que pudieron desencadenar estas crisis, y cuál es el desencadenante u origen.
- Por lo que se necesita realizar en la segunda sesión, una entrevista a profundidad, indagando principalmente en historia de su infancia y adolescencia, relaciones familiares y sociales.

Tarea asignada al paciente:

- Se oriento al paciente a realizar técnicas distractoras, a fin de aliviar el malestar emocional ocasionado.



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: XXXXX	
Fecha de nacimiento: 05 de noviembre de 2002	Edad: 19 años
Psicoterapeuta: Abdi Abisua Peña López	Fecha: 02/04/2022

Objetivo de la sesión: explorar factores psicosociales y familiares implicados en el desarrollo de la persona, con la finalidad de buscar explicaciones del contexto y la crianza.

- Explicar los resultados de la prueba de la figura humana de Karen Machover
- Indagar aspectos personales no patológicos que han incidido en el malestar mental del paciente.
- Explorar el tiempo e inicio del malestar emocional (crisis de angustia)
- Indagar aspectos de la historia de infancia de paciente, así como sus relaciones familiares y el contexto en el que se ha desarrollado.

Observaciones:

El paciente manifestó que el malestar debido a las crisis de angustia ha disminuido al aplicar técnicas distractoras, por lo que se le motivo a seguir implementándolas.

Se discutieron los resultados de la prueba de la figura humana, donde el manifestó estar de acuerdo con los resultados, por lo que se prosiguió a indagar un poco más en su historia familiar, su conducta en situaciones sociales, donde se mostró tenso e irritado al hablar de los problemas con sus compañeros de clase.

Con relación a las crisis de angustia, el paciente manifestó que comenzaron hace dos meses aproximadamente, sin embargo, manifiesta que no es la primera vez, ya que hace cuatro años fue cuando experimento la primera crisis en esa situación, sin embargo, desapareció alrededor de un mes.


En cuanto a su historia familiar, mostro disposición al hablar de su infancia, donde su lenguaje corporal se mostró relajado y entusiasmado al hablar de sus abuelos y principalmente su madre.

Conclusiones:

- No se encontraron evidencias de que el malestar tenga origen en su familia de origen o estilo de crianza, sin embargo, falta indagar un poco más acerca de la muerte de sus abuelos y la terminación de sus amistades cercanas en el instituto.
- Por el momento no se han identificado en la entrevista ni en los resultados de la prueba evidencia de origen orgánico para la explicación del malestar.

Tarea asignada al paciente:

- Se incentivo a seguir realizando las técnicas distractoras al momento de estar en la situación que genera los ataques de pánico y el malestar emocional.



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: XXXXX	
Fecha de nacimiento: 05 de noviembre de 2002	Edad: 19 años
Psicoterapeuta: Abdi Abisua Peña López	Fecha: 11/04/2022

Objetivo de la sesión: explorar factores familiares implicados en el desarrollo de la persona, con la finalidad de buscar explicaciones en eventos traumáticos y/o de gran impacto emocional.

- Explorar acerca del manejo del duelo ante la muerte de sus abuelos.
- Explorar acerca de sus relaciones interpersonales: amigos y relaciones de pareja.

Observaciones:

Se indago acerca de la continuidad de las crisis de angustia y el paciente expreso que han desaparecido por completo, puesto que ya no experimenta ninguno de los síntomas que anteriormente le generaban el malestar emocional.

El paciente se observó inquieto, melancólico y con ojos vidriosos al recordar la muerte de su abuela hace 6 años y el reciente fallecimiento de su abuelo hace una semana; así también mostro las mismas reacciones al hablar de perder a su madre.

Expreso también haber sufrido acoso escolar desde kínder hasta cuarto grado.

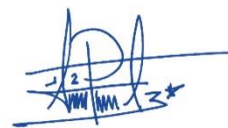
Así también el paciente expreso haber sufrido un “pequeño ataque de pánico” al ver caer a su hermano, donde experimento ataque de nervios, temblor corporal, sudoración, miedo extremo, desesperación, pensamientos catastróficos y corazón acelerado.

Conclusiones:

- Se identifica en el paciente un apego inseguro, pensamientos rumiantes y paranoides (leer la mente, adivinar las intenciones de otros), ideas fantasiosas, rasgos obsesivos.
- Debido a que no se identificaron causas familiares ni de contexto que den respuesta a la problemática, se aplicara la prueba de los 90 síntomas para identificar otras causantes.

Tarea asignada al paciente:

Se oriento al paciente a identificar el proceso de duelo ante la perdida de sus abuelos.



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: XXXXX	
Fecha de nacimiento: 05 de noviembre de 2002	Edad: 19 años
Psicoterapeuta: Abdi Abisua Peña López	Fecha: 18/04/2022

Objetivo de la sesión: aplicar el cuestionario de 90 síntomas

- Explorar acerca de sus relaciones interpersonales: relaciones de pareja.

Observaciones:

El paciente mostro disposición al momento de la aplicación de la prueba.

Al terminar la aplicación, se prosiguió a indagar acerca de las relaciones de pareja del paciente, quien expreso nunca haber tenido una relación, solamente “coqueteos que no llegaban a nada”. Sin embargo, expreso que siempre lo “ilusionaban”. También expreso sentir un miedo a enamorarse y escoger pareja debido a que no quiere escoger a la “incorrecta”.

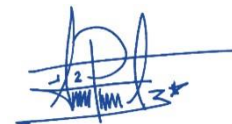
Algo a tomar en cuenta es que el paciente expreso que ha tenido un malestar emocional debido a que una muchacha lo rechazo, sin embargo, al indagar como fue el suceso, el paciente expreso que nunca se habían hablado, solo habían sido miradas en la iglesia que le habían “insinuado” que ella gustaba de él, por lo que el comenzó a “enamorarse” y comenzó a experimentar pensamientos recurrentes sobre ella, por lo que manifestó no haber podido concentrarse en la escuela.

Conclusiones:

- No existe una explicación relacionada con las relaciones sociales y de pareja que respondan al malestar inicial
- Es posible que el paciente presente una psicopatología, debido a las explicaciones y narraciones del paciente.

Tarea asignada al paciente:

Se oriento al paciente mediante la técnica de detención de pensamiento a identificar los esquemas erróneos que suscitan de situaciones del entorno.



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: XXXXXX	
Fecha de nacimiento: 05 de noviembre de 2002	Edad: 19 años
Psicoterapeuta: Abdi Abisua Peña López	Fecha: 30/04/2022

Objetivo de la sesión:

- Aplicación de la prueba Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2

Observaciones:

El paciente mostro disposición para la aplicación de la prueba.

La prueba tuvo una duración de 1 hora con 40 minutos.

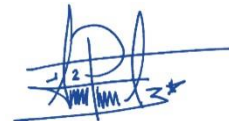
Un comentario por resaltar es que el paciente, al terminar la prueba expreso “hoy que ando bajoneado servirá más” sin embargo, por cuestiones de tiempo no se pudo indagar más acerca de esto.

Conclusiones:


- Se infiere que el paciente tuvo una situación problema que provoco un estado de ánimo bajo, con el que se presentó a la sesión, sin embargo, en sus facciones físicas y vestimenta no se notó ningún indicador que confirmara esto.
- Por lo que se podría deducir que el paciente tiene una tendencia a la exageración de los problemas, maximizando su malestar y, en cierta medida, malinterpretando las situaciones.

Tarea asignada al paciente:

Se recomendó al paciente realizar técnicas distractoras con relación a la situación problema que le aquejaba.



**NOTA EVOLUTIVA Y ADMINISTRATIVA DEL
AVANCE/LIMITANTES/PROGRESOS DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE:	XXXXXX
DIAGNOSTICO: No definido	N° SESIONES DEL MES: 3
FECHA	Periodo del 26 de marzo al 11 de abril
INDICADORES RELEVANTES POR TRABAJAR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensamientos rumiantes ➤ Ideación paranoide (leer mentes, inferir acciones y/o pensamientos de las personas) ➤ Gestión emocional ➤ Rasgos obsesivos
OBJETIVO DE LA SESIONES DEL MES	Las sesiones tienen por objetivo la evaluación diagnóstica para establecer el trastorno del paciente y poder así trabajar en una propuesta de intervención.
OBSERVACIONES/ COMENTARIOS	<p>-Expresa constantemente que siente que ha “mejorado la gestión emocional”, sin embargo, presenta pensamientos rumiantes que provocan un malestar emocional.</p> <p>-No ha profundizado mucho acerca de la muerte de sus abuelos, recalca que ha “sabido manejarlo”.</p> <p>-Aunque el motivo de consulta inicial fue por crisis de angustia, en esta tercera sesión expreso que habían acabado, por lo que ha retomado con normalidad su rutina diaria.</p> <p>-No sé a encontrado una situación/motivo desencadenante de dichas crisis de angustia, las cuales aparecieron durante dos meses en una situación específica (ir en un microbús y pasar por el paso desnivel); recalcando que comenzó a suceder “de la nada” y “desapareció” de la misma manera, según lo que expreso el paciente.</p> <p>-La primera crisis de angustia apareció hace cuatro años, con una duración de un mes, la cual también aparecía en una situación específica (ir en un microbús y pasar por el paso desnivel)</p>
TERAPEUTA/ FIRMA	

INFORME DE REFERENCIA

1. DATOS PERSONALES DEL CLIENTE

Apellidos y nombre: XXXXXX		
Dirección: -----		
Teléfono: -----	Email: XXXX	
Género: Masculino		
Edad: 19 años	Fecha de nacimiento: 05/11/2002	
Estado civil: Soltero		
Situación laboral: Desempleado	Profesión: Estudiante	
Nombre de la madre o responsable: XXXXXXXX		
Parentesco: Madre	Estado civil: Casada	Edad: 38 años
Tel. de ubicación de la madre: -----		
Profesión madre: Ama de casa		
Situación laboral: Desempleada		

2. DIAGNOSTICO

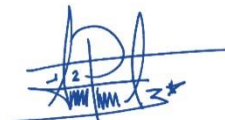
Trastorno de Ansiedad Generalizado

3. AREAS DE TRATAMIENTO DESARROLLADAS

Ninguna área desarrollada a la fecha debido a que sigue en el proceso de evaluación.

4. AREAS SUGERIDAS PARA TRABAJAR

Se sugiere una evaluación psiquiátrica para corroborar si el diagnóstico es de origen orgánico, determinar si requiere el uso de medicamentos y plantear un plan de intervención psicoterapéutico.



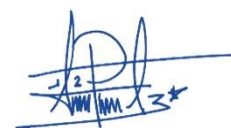
5. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION Y RESULTADOS

Para el procedimiento de evaluación se realizaron 4 entrevistas semi estructuradas donde el motivo de consulta del paciente fue debido a que desde hace dos meses presentaba una crisis de angustia al subirse a microbuses y pasar por un lugar en específico (paso desnivel de Apopa), situación que el cliente expreso “desapareció” en la tercera sesión. En la exploración de las áreas, no se encontraron indicadores que reflejaran que la sintomatología y malestar del paciente fueran ocasionados por una situación externa. Las pruebas aplicadas fueron las siguientes:

LA FIGURA HUMANA, test proyectivo de Juan A. Portuando, Karen Machover, publicado en el año 1983: Evalúa la personalidad a través del dibujo de la figura humana, proyectando toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico. Identificando mecanismos de defensa, conflictos, ambiente y personalidad.

Los resultados de la prueba **no reflejaron un origen orgánico** para la explicación del trastorno, así como un abuso como otra causal; por lo que los indicadores reflejados en el dibujo infieren que el paciente tiene capacidad de asumir responsabilidades, capacidad intelectual, sin embargo, existe un grado de incapacidad para acomodarse a condiciones cambiantes, rechazo de problemas ambientales, repugnancia para enfrentarse a los conflictos, lo que genera inestabilidad, incertidumbre y un control rápido y frágil de los conflictos con un control mediante la evasión y la tendencia a actuar precavidamente y/o compulsivamente.

A su vez se identifica una fantasía activa que da paso al retraimiento, regresión, tendencias inhibitoras contra la propia autocomplacencia, con un sentimiento de ser observado, con rasgos paranoicos, esquizoides, histéricos y obsesivos. Que puede ser ocasionado por un desajuste sexual, culpabilidad por masturbación y rasgos obsesivos relacionados con los impulsos sexuales. Lo que lo lleva a los conflictos con el super yo en relación con el deber ser y el querer ser, un yo hinchado, que se ve disfrazado por un narcisismo por la ropa, con un refinamiento y cuidado personal que es una compensación por los sentimientos de inseguridad en cuanto a la insuficiencia corporal; con una moralidad estricta y rigidez ética.



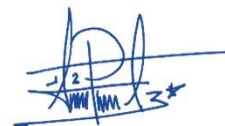
Presenta un deseo de conseguir dominio, aprobación social, y preocupación en las relaciones sociales y apariencia externa, con una reacción a la opinión social y una susceptibilidad a la ofensa, así como dificultades relacionadas con el contacto social provocando una inadaptación social; por lo anterior existe una protección ante el ambiente amenazador por medio del humor, con un impulso para parecer socialmente enérgico y dominante, sociabilidad y extroversión superficiales, una constante sobrevigilancia y tendencia a la evasión del contacto social

Así también presenta un deseo de independencia, escaso discernimiento e influencia de los afectos por ausencia de mecanismos defensivos con una agresión oral de naturaleza infantil, lo que genera un sobre control, resistencia a la autoridad por la falta de inhibición, egocentrismo, impulsividad, infantilismo y ansiedad.

SCL-90-R CUESTIONARIO DE 90 SINTOMAS (2002): Apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar.

Según los resultados, las dimensiones en las que el paciente presento puntajes muy altos son: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo por lo que se infiere que experimenta muchas alteraciones en el sistema cardiovascular, gastrointestinal; así también presenta **conductas, pensamientos e impulsos indeseados** que generan intensa angustia, lo que genera ansiedad aguda y signos de tensión emocional, existiendo a su vez un **estilo de respuesta aumentador**, provocando a su vez desanimo, falta de energía, impotencia y miedo ante la pérdida de autonomía y necesidad de control.

A su vez, experimenta tendencia a sentirse inferior ante los demás e hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, lo que genera desesperanza y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos; reforzado por el sentimiento de alineación social y pensamiento proyectivo como ideación delirante.



En la dimensión donde el paciente presenta puntaje bajo es hostilidad por lo que se infiere que, aunque el paciente viva situaciones estresantes, no tiene pensamientos, sentimientos y conductas con estados de agresividad, ira, irritabilidad.

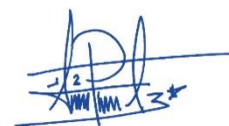
INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2 (1999):

Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad a través de tres grupos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Contiene también un grupo de escalas referentes a la validez, y otras adicionales como las subescalas de Harris-Lingoes.

El análisis escala por escala de este perfil revela una caracterización del paciente: formal y responsable en el trabajo, cariñoso, sensible y empático, exigente, introvertido, reservado; tomando en cuenta que la escala en que puntuó más alto fue la Psicastenia, termino clínico asociado a fobias, obsesiones, compulsiones y trastornos de ansiedad, presenta ciertas **tendencias la exageración de problemas** con preocupaciones somáticas lo que apunta a una percepción defectuosa de la realidad provocando una cadena de **pensamientos excesivos, negativos y repetitivos** sobre preocupaciones actuales, problemas, experiencias pasadas o preocupaciones sobre el futuro, tanto que frecuentemente puede estar asfixiado por sus propios pensamientos, lo que genera pensamientos significativamente depresivos, melancólicos, con lloro fácil, desesperanza, un vacío, predisposición paranoide y una marcada sensibilidad interpersonal con una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros lo que a su vez refuerza la confusión, fantasías, ensueños excesivos y síntomas generales de ansiedad con algunos temores específicos (como viajar en microbuses al pasar por un puente).

Esto añadido a un conflicto sobre la identidad sexual lo que provoca una confusión, miedo, y una actitud reservada, culpable y ausencia de seguridad en sí mismo. Aunque no existen características de hostilidad y problemas con el control de la ira, tiende a impacientarse frecuentemente, con irritación y molestia; principalmente con sentimientos de intranquilidad al estar rodeado de personas.

En cuanto a su percepción de sí mismo, posee una mala opinión de sí mismo, con actitudes negativas y carencia de autoconfianza provocando actitudes que contribuyen a una




deficiente ejecución del trabajo por dificultades de concentración, toma de decisiones y tensión.

6. RECOMENDACIONES

- De acuerdo con las evaluaciones realizadas, se presume la presencia de un Trastorno de Ansiedad Generalizada, por lo que se solicita una evaluación de este a nivel psiquiátrico para determinar si existe un origen orgánico y la prescripción de uso de medicamento en caso de ser necesario.
- Se recomienda, luego de la evaluación, referir nuevamente al paciente para una intervención psicoterapéutica.

Mercy Viera
Psicoterapeuta Asesor-Docente



Abdi Abisua Peña López
Terapeuta Practicante
Clínica Escuela

EXPEDIENTE 3

Contrato terapéutico.

Miércoles 6 de abril de 2022

Yo, [REDACTED], acepto voluntariamente iniciar mi proceso terapéutico, acoplándome a los lineamientos y normas siguientes.

1. Ser puntual con el horario establecido para cada sesión.
2. Dado que asisto de forma voluntaria me comprometo a cumplir con las tareas asignadas por mi terapeuta.
3. Tengo derecho de solicitar información de todo lo relacionado a mi proceso terapéutico.
4. Tengo Derecho a desistir de mi proceso terapéutico en el momento que yo crea conveniente.
5. En caso de inasistencia debo notificarle al terapeuta en un tiempo prudencial, a excepción que tenga una emergencia.
6. Soy sabedor que todo proceso terapéutico es particular y cada uno tiene un tiempo diferente de duración.
7. Dicho contrato estará vigente mientras el terapeuta me del alta o mi persona desista del proceso.

Firman de mutuo acuerdo.



Alba Luz Cortez Claros

Terapeuta

Paciente

Pruebas aplicadas.

a) Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: Soltera Edad: 42 años Sexo: M
Ocupación: Empleado Educación: Bachiller Fecha: 2/10/20

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
① Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- ① No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- ① Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
① b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3^a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- ① No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- ① No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3^a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
① No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- ① No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- ① No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 9

b) Inventario clínico multiaxial de millón.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V = Verdadero, F = Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	<input checked="" type="checkbox"/>	26	<input checked="" type="checkbox"/>	51	<input checked="" type="checkbox"/>	76	<input checked="" type="checkbox"/>	101	<input checked="" type="checkbox"/>	126	<input checked="" type="checkbox"/>	151	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	27	<input checked="" type="checkbox"/>	52	<input checked="" type="checkbox"/>	77	<input checked="" type="checkbox"/>	102	<input checked="" type="checkbox"/>	127	<input checked="" type="checkbox"/>	152	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	28	<input checked="" type="checkbox"/>	53	<input checked="" type="checkbox"/>	78	<input checked="" type="checkbox"/>	103	<input checked="" type="checkbox"/>	128	<input checked="" type="checkbox"/>	153	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	29	<input checked="" type="checkbox"/>	54	<input checked="" type="checkbox"/>	79	<input checked="" type="checkbox"/>	104	<input checked="" type="checkbox"/>	129	<input checked="" type="checkbox"/>	154	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>	30	<input checked="" type="checkbox"/>	55	<input checked="" type="checkbox"/>	80	<input checked="" type="checkbox"/>	105	<input checked="" type="checkbox"/>	130	<input checked="" type="checkbox"/>	155	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	31	<input checked="" type="checkbox"/>	56	<input checked="" type="checkbox"/>	81	<input checked="" type="checkbox"/>	106	<input checked="" type="checkbox"/>	131	<input checked="" type="checkbox"/>	156	<input checked="" type="checkbox"/>
7	<input checked="" type="checkbox"/>	32	<input checked="" type="checkbox"/>	57	<input checked="" type="checkbox"/>	82	<input checked="" type="checkbox"/>	107	<input checked="" type="checkbox"/>	132	<input checked="" type="checkbox"/>	157	<input checked="" type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	33	<input checked="" type="checkbox"/>	58	<input checked="" type="checkbox"/>	83	<input checked="" type="checkbox"/>	108	<input checked="" type="checkbox"/>	133	<input checked="" type="checkbox"/>	158	<input checked="" type="checkbox"/>
9	<input checked="" type="checkbox"/>	34	<input checked="" type="checkbox"/>	59	<input checked="" type="checkbox"/>	84	<input checked="" type="checkbox"/>	109	<input checked="" type="checkbox"/>	134	<input checked="" type="checkbox"/>	159	<input checked="" type="checkbox"/>
10	<input checked="" type="checkbox"/>	35	<input checked="" type="checkbox"/>	60	<input checked="" type="checkbox"/>	85	<input checked="" type="checkbox"/>	110	<input checked="" type="checkbox"/>	135	<input checked="" type="checkbox"/>	160	<input checked="" type="checkbox"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/>	36	<input checked="" type="checkbox"/>	61	<input checked="" type="checkbox"/>	86	<input checked="" type="checkbox"/>	111	<input checked="" type="checkbox"/>	136	<input checked="" type="checkbox"/>	161	<input checked="" type="checkbox"/>
12	<input checked="" type="checkbox"/>	37	<input checked="" type="checkbox"/>	62	<input checked="" type="checkbox"/>	87	<input checked="" type="checkbox"/>	112	<input checked="" type="checkbox"/>	137	<input checked="" type="checkbox"/>	162	<input checked="" type="checkbox"/>
13	<input checked="" type="checkbox"/>	38	<input checked="" type="checkbox"/>	63	<input checked="" type="checkbox"/>	88	<input checked="" type="checkbox"/>	113	<input checked="" type="checkbox"/>	138	<input checked="" type="checkbox"/>	163	<input checked="" type="checkbox"/>
14	<input checked="" type="checkbox"/>	39	<input checked="" type="checkbox"/>	64	<input checked="" type="checkbox"/>	89	<input checked="" type="checkbox"/>	114	<input checked="" type="checkbox"/>	139	<input checked="" type="checkbox"/>	164	<input checked="" type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	40	<input checked="" type="checkbox"/>	65	<input checked="" type="checkbox"/>	90	<input checked="" type="checkbox"/>	115	<input checked="" type="checkbox"/>	140	<input checked="" type="checkbox"/>	165	<input checked="" type="checkbox"/>
16	<input checked="" type="checkbox"/>	41	<input checked="" type="checkbox"/>	66	<input checked="" type="checkbox"/>	91	<input checked="" type="checkbox"/>	116	<input checked="" type="checkbox"/>	141	<input checked="" type="checkbox"/>	166	<input checked="" type="checkbox"/>
17	<input checked="" type="checkbox"/>	42	<input checked="" type="checkbox"/>	67	<input checked="" type="checkbox"/>	92	<input checked="" type="checkbox"/>	117	<input checked="" type="checkbox"/>	142	<input checked="" type="checkbox"/>	167	<input checked="" type="checkbox"/>
18	<input checked="" type="checkbox"/>	43	<input checked="" type="checkbox"/>	68	<input checked="" type="checkbox"/>	93	<input checked="" type="checkbox"/>	118	<input checked="" type="checkbox"/>	143	<input checked="" type="checkbox"/>	168	<input checked="" type="checkbox"/>
19	<input checked="" type="checkbox"/>	44	<input checked="" type="checkbox"/>	69	<input checked="" type="checkbox"/>	94	<input checked="" type="checkbox"/>	119	<input checked="" type="checkbox"/>	144	<input checked="" type="checkbox"/>	169	<input checked="" type="checkbox"/>
20	<input checked="" type="checkbox"/>	45	<input checked="" type="checkbox"/>	70	<input checked="" type="checkbox"/>	95	<input checked="" type="checkbox"/>	120	<input checked="" type="checkbox"/>	145	<input checked="" type="checkbox"/>	170	<input checked="" type="checkbox"/>
21	<input checked="" type="checkbox"/>	46	<input checked="" type="checkbox"/>	71	<input checked="" type="checkbox"/>	96	<input checked="" type="checkbox"/>	121	<input checked="" type="checkbox"/>	146	<input checked="" type="checkbox"/>	171	<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	47	<input checked="" type="checkbox"/>	72	<input checked="" type="checkbox"/>	97	<input checked="" type="checkbox"/>	122	<input checked="" type="checkbox"/>	147	<input checked="" type="checkbox"/>	172	<input checked="" type="checkbox"/>
23	<input checked="" type="checkbox"/>	48	<input checked="" type="checkbox"/>	73	<input checked="" type="checkbox"/>	98	<input checked="" type="checkbox"/>	123	<input checked="" type="checkbox"/>	148	<input checked="" type="checkbox"/>	173	<input checked="" type="checkbox"/>
24	<input checked="" type="checkbox"/>	49	<input checked="" type="checkbox"/>	74	<input checked="" type="checkbox"/>	99	<input checked="" type="checkbox"/>	124	<input checked="" type="checkbox"/>	149	<input checked="" type="checkbox"/>	174	<input checked="" type="checkbox"/>
25	<input checked="" type="checkbox"/>	50	<input checked="" type="checkbox"/>	75	<input checked="" type="checkbox"/>	100	<input checked="" type="checkbox"/>	125	<input checked="" type="checkbox"/>	150	<input checked="" type="checkbox"/>	175	<input checked="" type="checkbox"/>

Calificación de las pruebas aplicadas y análisis

Inventario de depresión de Beck.

Puntuación Nivel de depresión

- 1-10 Normal.
11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20Estados de depresión intermitentes.
21-30Depresión moderada.
31-40Depresión grave
+ 40Depresión extrema.

Puntuación	Nivel
9	Normal.

El inventario de depresión ha sido construido preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico en este caso el paciente obtuvo un resultado normal lo que nos indica que sus altibajos del estado de ánimo no están relacionados a una patología como la depresión.

Inventario de clínico multiaxial de millon-III

El Inventario clínico multiaxial de **Millon-II** es un instrumento diseñado para evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos, Por esa razón se aplicó al paciente con el objetivo de conocer y comprobar aspectos de su personalidad también si posee algún síndrome clínico que debe tratarse.

El inventario se basa en los resultados que engloban las áreas de patologías de personalidad y patrones severos, así como también síndromes clínicos graves.

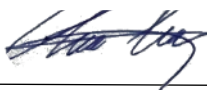
Los resultados se definen por medio de las puntuaciones siguientes.

Según los resultados y por norma de calificación la prueba es considerado invalido y se suspende la interpretación de este debido a la resistencia del sujeto a la hora de contestar los ítems.

TEST	INVALIDO	PUNTAJE	
Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR
1	Esquizoide	9	56
2A	Evitativo	8	50
2B	Depresivo	10	67
3	Dependiente	4	25
4	Histriónico	12	71
5	Narcisita	8	33
6A	Antisocial	7	41
6B	Agresivo-sádico	8	40
7	Compulsivo	13	76
8A	Negativista (pasivo-agresivo)	9	56
8B	Autodestructiva	5	33
Patología severa de personalidad		Bruto	BR
S	Esquizotípica	8	50
C	Límite	10	63
P	Paranoide	6	35
Síndromes clínicos		Bruto	BR
A	Trastornos de Ansiedad	7	50
H	Trastorno Somatoformo	2	17
N	Trastorno Bipolar	8	62
D	Trastorno Distímico	6	46
B	Dependencia del alcohol	5	33
T	Dependencia de sustancias	5	36
R	Trastorno estrés postraumático	11	69
Síndromes clínicos graves		Bruto	BR
SS	Desorden del pensamiento	12	71
CC	Depresión mayor	4	24
PP	Desorden delusional	2	15

Escala Modificadores		
X	Sinceridad	30
Y	Deseabilidad Social	12
Z	Devaluación	15
V	Validez	>1

Categoría	PB (Pc)
Indicador Elevado	85 a más
Indicador Moderado	75 - 84
Indicador Sugestivo	60 - 74
Indicador Bajo	35 - 59
Indicador Nulo	Menos de 34



Alba Luz Cortez Claros.

Psicóloga

INFORME PSICOLÓGICO

A. DATOS GENERALES DE EVALUADO

Nombre: YT **Edad:** 42 años **Nivel académico:** Bachiller.

Sexo: Masculino. **Fecha de evaluación:** 6/4/2022

Fecha de informe: 13/5/22

B. MOTIVO DE CONSULTA

“Soy una persona suicida” el paciente se presenta a consulta expresando que ha sido una persona que desde su juventud ha luchado contra las ideaciones suicidas que ha tenido y los intentos de suicidio que ha experimentado.

C. PRUEBAS APLICADAS.

<i>INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK</i>	MEDIR LAS NIVELES DE DEPRESION QUE PUDE ESTAR ATRAVESANDO EL SUJETO.
<i>INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL MILLON</i>	EXPLORAR LA EXISTENCIA DE PATOLOGIAS DE PERSONALIDAD O SINDROMES CLINICOS

D.INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Los resultados del inventario de depresión revelan que es un sujeto que no muestra nivel de depresión significativos, su disminución en su estado del ánimo posee una denominación normal, no se presentaron cambios e indicadores asociados a un cuadro de depresión severo, a pesar de que en varias sesiones expreso que mantenía ideas suicidas, no puede relacionarse con los resultados.

Con respecto al inventario clínico multiaxial millón, el paciente mostro resistencia y escasa sinceridad a la hora de responder el inventario y al explorar su situación, por tal razón se invalido el instrumento.

Se logra apreciar en la escala de sinceridad y validez un puntaje muy bajo denotando que es un que sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades, queriendo conservar una imagen de alguien moralmente virtuosos o emocionalmente ajustado.

E. DIAGNOSTICO

Existe mucha información que no es congruente con la realidad del paciente con lo que se explica y se observa, es un sujeto que tiende a recurrir a la manipulación de la información que brinda, determinar un diagnóstico es muy apresurado.

Se logra apreciar en la escala de sinceridad y validez un puntaje muy bajo denotando que es un sujeto trata de disimular sus aspectos psicológicos o dificultades, queriendo conservar una imagen de alguien moralmente virtuosos o emocionalmente ajustado.

El paciente brindo información que no era congruente con los resultados obtenidos en entrevistas y test psicométricos generando dificultades para obtener un diagnóstico certero, debido a las escalas de sinceridad y validez de la prueba aplicada se concluye que el paciente omitió información y trato de disimular sus dificultades, es recomendable continuar evaluando al paciente.



Alba Luz Cortez Claros.

Psicóloga

Hoja de resumen de psicológico.

Nombre: [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: 03/6/79	Fecha: 20 / abril / 2022
Terapeuta: Alba Luz Cortez Claros	Edad: 42 años

Objetivo de la sesión:

Conocer la relación que existe entre su historia familiar, eventos traumáticos y relaciones afectivas con cada intento de suicidio, encontrando la matriz del porque ha realizado ese ejercicio de autodestrucción.

Observaciones:

Durante la sesión el paciente se mostró un poco nervioso con una actitud y postura cerrada hacia el terapeuta, la conversación siempre era desviada hacia temas poco profundos y sus respuestas eran muy superficiales, durante la sesión se evidencio incongruencia en lo que relato y su lenguaje corporal.

Conclusiones:

El paciente proviene de una infancia solitaria porque se consideraba no comprendido por los demás ya que desde niño observaba cosas paranormales que los demás no veían, sus relaciones afectivas eran inestables y poco duraderas, sus ideaciones suicidas eran debido a fieles creencias hacia sectas y grupos de rock, dejando en evidencia que sus ideas son muy excéntricas y mágicas, por tal razón en la siguiente sesión se debe continuar con el abordaje del área familia o la existencia de una enfermedad psiquiátrica.

Tareas asignadas.

En la sesión el paciente recalco que su vida era muy monótona y sin sentido así que se decidió pedirle que pensara en 4 actividades simples o complejas que le generan felicidad y lo sacaran de rutina las cuales tiene que llevar a cabo 2 durante la semana.


Alba Luz Cortez Claros.

Psicóloga

Hoja de resumen de psicológico.

Nombre: [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: 03/6/79	Fecha: 2 / mayo / 2022
Terapeuta: Alba Luz Cortez Claros	Edad: 42 años

Objetivo de la sesión:

Evaluar los niveles de depresión por medio del inventario de depresión de Beck así contrastarlos con los la información obtenida en las sesiones anterior para descartando un posible cuadro de depresión o determinar qué tipo de depresión padece, a vez en dicha sesión continuar evaluando el área afectiva y las razones del porque es inestable en sus relaciones afectivas.

Observaciones:

El paciente atendió todas las indicaciones con respecto a la realización del inventario, no mostro resistencia al realizarlo, respondió todos los ítems tomando un tiempo prudencial.

Conclusiones:

En la revisión del inventario se evidencio que los niveles de depresión pertenecen a un nivel normal, no presenta ninguna patología del estado de ánimo, en la siguiente sesión se debe evaluar con una prueba de personalidad y que pueda comprobar si existe algún síndrome clínico.

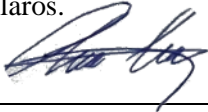
Tareas asignadas.

Una de sus tareas asignas fue realizar el perfil de la pareja que desea tener incluyendo aspectos físicos, Psicológicos, gustos y actividades. Con el propósito de tener claro que es lo que espera de una pareja ya que en sus relaciones pasada nunca se sintió cómodo porque no estaba seguro de lo que buscaba en una pareja.

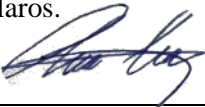

Alba Luz Cortez Claros.

Psicóloga

NOTA EVOLUTIVA.

NOTA EVOLUTIVA Y ADMINISTRATIVA DEL AVANCE /LIMITANTES/PROGRESOS DEL PACIENTE			
NOMBRE	Y.T	MES: Abril	N° EXP. 1
DIAGNOSTICO	No se tiene un diagnóstico en específico debido a la falta de claridad de los objetivos por los cuales el paciente acude a terapia, ya que muestra resistencia.	N° SESIONES DEL MES: 2	N° NOTA EVOLUTIVA: 1
FECHA	PERIODO DEL 6 DE ABRIL AL 20 DE ABRIL.		
INDICADORES RELEVANTES AL TRABAJAR.	<ul style="list-style-type: none">- Ideas activas de muerte.- Relaciones interpersonales.- Dificultades en la adaptación social.		
OBJETIVOS DE LA SESION DEL MES	Las sesiones tienen como objetivo principal conocer las razones específicas por las cuales el sujeto desea quitarse la vida y prevenir futuros intentos de suicidio.		
OBSERVACIONES/ COMENTARIOS.	Muestra una cooperación superficial durante las sesiones se comprueba con las incongruencias entre el relato del paciente y sus síntomas depresivos, ya que los resultados obtenidos en el inventario arrojan puntuaciones diferentes a lo que expresa en sesión, parece como si el paciente no está muy interesado en el proceso ya que no es sincero con sus malestares psicológicos.		
TERAPEUTA/ FIRMA.	Alba Luz Cortez Claros. 		

NOTA EVOLUTICA

NOTA EVOLUTIVA Y ADMINISTRATIVA DEL AVANCE /LIMITANTES/PROGRESOS DEL PACIENTE			
NOMBRE	Y.T	MES: Mayo	N° EXP. 1
DIAGNOSTICO	No se posee un diagnóstico por el momento debido a la falta de información certera.	N° SESIONES DEL MES: 2	N° NOTA EVOLUTIVA: 2
FECHA	PERIODO DEL 2 DE MAYO AL 11 DE MAYO.		
INDICADORES RELEVANTES AL TRABAJAR.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación afectiva. - Poca Tolerancia a la frustración. - Habilidades de afrontamiento. 		
OBJETIVOS DE LA SESION DEL MES	Corroborar la información obtenida en la entrevista por medio de una prueba con escala de validez que compruebe la veracidad de los resultados y conocer a profundidad aspectos de personalidad.		
OBSERVACIONES/ COMENTARIOS.	<p>Se continúa observando la falta de concordancia entre sus resultados.</p> <p>En cada sesión se muestra que siempre intenta conservar la postura de un sujeto sin problemas y que puede resolver cualquier situación ya que nada le afecta.</p>		
TERAPEUTA/ FIRMA.	Alba Luz Cortez Claros. 		

Informe terapéutico del paciente.

1. Datos personales del paciente.	
Apellido y nombre:	Y.T
Dirección	Soyapango, Reparto Guadalupe.
Teléfono	7630-0032
Edad	42 años
Genero	Masculino
Estado civil	Soltero
Situación laboral:	Empleado
E-mail	-

2. Diagnostico
Se sugiere un nuevo proceso de evaluación ya que los criterios no han sido asignados por escasa validez de información.

3. Áreas de tratamiento desarrolladas.
No se le brindo tratamiento.

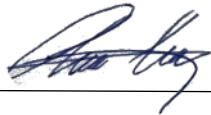
4. Áreas sugeridas para trabajar como próximo terapeuta.
Área cognitiva: Reestructuración cognitiva, auto instrucción, parada del pensamiento.
Área social: Habilidades sociales, toma decisiones, redes de apoyo familiar y comunitario.
Área conductual: Autorregulación conductual, habilidades de afrontamiento y gestión emocional.

5. Procedimiento de evaluación y resultados
-Inventario Clínico Multi Axial Millón III, Theodore Millón, 1999.
Áreas que mide personalidades patológicas y síndromes clínicos.
Los resultados obtenidos del paciente se invalidaron debido al resultado muy bajo de validación y sinceridad de la prueba, connotando una puntuación de 30 muy baja, es decir que se anuló según la norma de interpretación.
-Inventario de depresión, Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Área que evalúa: Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de trastornos Mentales – Cuarta Edición.

Resultados obtenidos: Puntuación 9 denominado como normal es decir que no presenta síntomas que correspondan a un cuadro clínico de depresión.

6. Recomendaciones.

1. Se recomienda continuar con el proceso de evaluación del paciente ya que demostró resistente e incongruencia al brindar información.
2. Se recomienda aplicar instrumentos de evaluación como test proyectivos que contrarresten los mecanismos de defensa que puedan surgir a la hora de brindar información personal.
3. Se sugiere continuar indagando en las áreas que probablemente se encuentre la génesis del problema como lo es la sexual, familiar y eventos traumáticos.



Alba Luz Cortez Claros.

Psicóloga

Casos De Análisis Y Evaluación: Casos De Discapacidad

En otras de las practicas relacionadas al ámbito psicoterapéutico, es importante recalcar la existencia de la asistencia a adultos mayores, aunque su evaluación es similar a la de cualquier adulto, contiene una peculiaridad que lo diferencia, y es, determinar su funcionamiento cognitivo, su nivel de independencia y si sus capacidades mentales se encuentran en optimas condiciones para procesos legales, en caso que se necesite una evaluación relacionada a un caso civil; mientras que en el área clínica cumplen la función de saber qué tipo de intervención se le dará al adulto mayor dentro de un hogar o la asistencia que su familia debe de darle, todo depende de la patología diagnosticada, sin embargo, para ello se presentan 3 casos reales llevados a la práctica, evidenciando estilos particulares para redactar el resultado de la evaluación de esta índole:

INFORME 1

INFORME PSICOLOGICO

Fecha de evaluación: 12 de julio de 2022/ 16 de julio de 2022

1. DATOS PERSONALES

Nombre: XXXXX	Fecha de nacimiento: 6 de enero de 1943
Edad: 79 años	Nivel de escolaridad: 2 grado
Estado civil: Casado	Profesión: Ganadero y agricultor
Alteraciones de salud: Dolor en la espalda por caída de altura media	
Medicación: Ninguno	
Otros tratamientos: no presentes	

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta para evaluación anual de su estado de salud.

3. ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LAS PRUEBAS

El paciente se mostró abierto a la conversación, respondiendo con facilidad, coherencia y fluidez en el transcurso de la aplicación de las pruebas, no presento divagaciones, desorientación u otra conducta irregular, mantiene contacto visual durante la conversación.

4. PRUEBAS APLICADAS

- ψ **INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria.** Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina) obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.
- ψ **Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM.** Su objetivo es detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en pacientes geriátricos, como demencia y posibles trastornos de la memoria, es aplicable a adultos mayores. Consta de 30 ítems agrupados en 5 secciones donde se evalúan las siguientes áreas: orientación espacio temporal, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción, capacidad de lenguaje y percepción visoespacial y capacidad para seguir instrucciones básicas.

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

ψ **INDICE DE BARTHEL.**

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	El paciente es totalmente independiente y no necesita ayuda para cortar algún alimento, ingerirlo u otra situación	10
Lavarse	El paciente es independiente y entra y sale solo del baño.	5
Vestirse	El paciente es capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos, entre otros.	10
Arreglarse	El paciente es capaz de lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, cortarse las uñas, lavarse los dientes, entre otros.	5
Deposiciones	El paciente tiene una continencia normal en cuanto a deposiciones y no necesita ayuda para administrar supositorios y otros.	10
Micción	El paciente tiene una continencia normal y no ha presentado accidentes al respecto.	10
Usar el retrete	El paciente es capaz de ir al baño, quitarse y ponerse la ropa, sentarse en el retrete y limpiarse solo.	5

Trasladarse	El paciente es capaz de ir de un lugar a otro en su vivienda y fuera de ella, así como también no utiliza bastón u otro instrumento de ayuda y no necesita supervisión al movilizarse.	15
Deambular	El paciente es capaz de caminar sin ayuda 50 metros.	15
Escalones	El paciente es capaz de bajar y subir escaleras sin ningún inconveniente	10
Puntuación total		100

Por lo que, en base a los resultados de la prueba, el paciente obtuvo la puntuación máxima de 100 puntos por lo que es una persona independiente para realizar actividades básicas de la vida diaria sin complicaciones o ayuda extra.

ψ MINI-MENTAL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Orientación espacio temporal	El paciente es consciente de su ubicación temporal, tanto del día, mes, año y estación del año; así también su ubicación espacial es apropiada, siendo consciente del lugar donde esta y lo que le rodea. No muestra desorientación al respecto.	10/10
Fijación	El paciente muestra capacidad de atención y concentración, repitiendo sin ningún inconveniente las tres palabras dichas.	3/3
Atención y calculo	El paciente muestra dificultad en la realización de cálculos matemáticos.	3/5
Memoria	El paciente muestra buena memoria, recordando casi todas las palabras sin ninguna pista.	2/3
Lenguaje y construcción	El paciente presenta capacidad de lenguaje, identificando los objetos señalados; así como la capacidad de seguir instrucciones básicas y la percepción visoespacial en las actividades realizadas.	9/9

Puntuación total		27
Corrección por edad y nivel cultural	Escolaridad ≤ 8 con edad >75 años	2
Puntuación corregida		29

Por lo que, en base a los resultados de la prueba, el paciente muestra buena orientación visoespacial, así como una correcta capacidad de atención y concentración en las instrucciones, con capacidad de comunicarse e identificar objetos sin ningún inconveniente.

Sin embargo, presento una dificultad en su capacidad de abstracción (calculó), esto puede ser debido a su nivel cultural y de escolaridad, sin embargo, no es un resultado alarmante para la salud mental del paciente.

Por lo que: en base a los resultados de las dos pruebas aplicadas, el evaluado se encuentra en un estado óptimo a nivel cognitivo para seguir realizando sus actividades diarias sin ningún tipo de supervisión.

6. PLAN DE INTERVENCIÓN/RECOMENDACIONES

A manera de prevención, se proponen las siguientes sugerencias generales para favorecer y estimular la atención y concentración:

- ψ Mantener la atención de manera voluntaria en las actividades que realiza
- ψ Practicar la lectura, relatar a otra persona, principalmente familiares o amigos cercanos, lo que leyó o escribir un resumen.
- ψ Practicar el cálculo mental, utilizando juegos como el sudoku (el nivel de dificultad dependerá del nivel académico y habilidad numérica).
- ψ Aprender cosas nuevas; idiomas, baile, arte, dibujo, música, etc.
- ψ Practicar ejercicios físicos de acuerdo con su edad y condición física.

Esto con el fin de retrasar el mayor tiempo posible el envejecimiento y deterioro cognitivo.



Abdi Abisua Peña López
Evaluadora

INFORME 2

INFORME PSICOLOGICO.

I. DATOS PERSONALES.

Nombre: L.A.

Edad: 84 años.

Fecha de nacimiento: 16 de septiembre de 1957

Nivel de escolaridad: Estudios universitarios completos.

Profesión: Doctor en medicina general.

Alteraciones de la salud: Ninguna.

II. Anamnesis.

Luis es un señor de 84 años, médico jubilado vive solo con su perrito, bajo cuidados de su hija que pasa al tanto de su padre ya que en el año 2005 su esposa falleció de cáncer, tiene otros hijos que ya están adultos, suelen visitarlo cuando, mientras tanto él no padece de ninguna enfermedad médica crónica constantemente asiste a sus chequeos médicos, él ha tratado de llevar una vida muy sana después de la muerte de su esposa, sale a caminar por las tardes, es un adulto que se vale por sí solo y posee mucha independencia.

Hace un año empieza a presentar una serie de síntomas como falta de memoria y concentración, generando malestar ya que él ha sido un hombre que ha estudiado mucho posee dos profesiones en su juventud sobresalía mucho por su intelecto, por lo cual es remitido al neurólogo todo su chequeo salió muy bien no presenta dificultades neurológicas, por tal razón fue remitido al área de psicología para una evaluación que verifique si hay alguna patología o necesite tratamiento especializado.

III. Motivo de consulta.

Luis se presenta a evaluación psicológica con el objetivo de verificar si no posee deterioro cognitivo y funcional nunca se ha evaluado y su edad ya es merecedora de una evaluación de este tipo.

IV. Actitud del paciente ante las pruebas.

Luis presenta una actitud muy colaboradora, fue muy atento con las indicaciones realizo todas las pruebas que eran necesarias.

V. Pruebas aplicadas.

- Mini-Mental State Examination (MMSE), Valora los problemas de memoria, El diagnostico de deterioro cognitivo.
- Índice de Barthel, actividades básicas de la vida diaria.

VI. Resultados de las pruebas.

Índice de Barthel.

Nombre:	L.A
Edad:	84 años
Puntuación:	100 independiente.

El señor Luis es un adulto mayor totalmente independiente que no necesita ayuda de terceros para realizar actividades cotidianas, tiene la capacidad de valerse por sí mismo.

Mini-Mental state Examination (MMSE)

Resultados.

Orientación temporal. 9 puntos

Fijación. 3 puntos obtuvieron.

Atención y calculo. 4 puntos

Memoria. 3 puntos.

Lenguaje. 9 puntos

Puntuación total: 28

El paciente evaluado obtuvo una puntuación favorable no tuvo mayores dificultades a la hora de realizar la prueba, las dificultades fueron mínimas en las áreas de cálculo y lenguaje ya que no supo deletrear la palabra que se le solicitaba deletrear sin embargo es considerado un adulto mayor que se encuentra en condiciones mentales optimas no presenta demencia y problemas que alteran su estado mental.

VII. Plan de intervención.

El paciente no presenta dificultades significativas para ser remitido al tratamiento, referente a su motivo de consulta puede que sus habilidades de memoria hayan disminuido su eficiencia por cuestiones normales que dependen de su estadio de desarrollo ya que la etapa de la ancianidad que inicia de los 80 años en adelante posee deterioro cognitivo que es muy normal en estas edades sin embargo el paciente no presenta estas dificultades debido a su estilo de vida saludable. Solamente se emiten recomendaciones que pueden mantener su estado mental igual o mejor, así como beneficios a su calidad de vida:

- A. Recibir más atención de sus familiares, como ser escuchado y tomado en cuenta en reuniones familiares.
- B. Salir de paseo y conocer nuevos lugares.
- C. Realizar planes o una lista de actividades nuevas por hacer.
- D. Conocer y aceptar sus etapas de desarrollo para evitar la ansiedad y depresión.
- E. Ejercicios mentales para la memoria, juego de adivinanzas y crucigramas.
- F. Leer libros sobre temas de su interés.
- G. Realizar ejercicios de meditación.
- H. Realizar ejercicios físicos de una intensidad moderada y tolerable para su persona.
- I. Reunirse con personas que su edad que compartan hobbies a fines.

INFORME 3

Informe psico geriátrico

Fecha de evaluación: 19/07/22

1. Datos personales

Nombre:	J.V
Fecha de nacimiento:	11/09/1939
Edad:	82 años.
Nivel de escolaridad:	Segundo grado de primaria.
Estado civil:	Casado.
Profesión/actividad:	Albañil y agricultor.
Alteraciones de la salud:	Problemas de neumonía (bronquitis), dolor en las articulaciones de las piernas.
Medicación:	Medicamentos para problemas del corazón.
Otros tratamientos:	No presentes.
Fecha de informe:	30/07/2022

2. Motivo de consulta

Referida por su hija, debido a que en los últimos meses ella ha detectado que el paciente muestra problemas y confusión a la hora de diferenciar la denominación de los billetes; en el último mes asistió al hospital para chequeo rutinario y no fue capaz de mencionar su edad correcta ya que expreso “Yo tengo 43 años”; en realidad su edad actual es de 82.

3. Actitud del paciente ante la prueba

El paciente se muestra con una actitud tranquila y amable; servicial y dispuesto a colaborar con la evaluación; en ocasiones se observa un poco desorientado y ante algunas preguntas se le dificulta responder en un lapso de cinco segundos; mantiene poco contacto visual, sin embargo, es capaz de mantener una conversación coherente en todo momento.

4. Pruebas aplicadas

- **INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria.** Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina) obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.
- **Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM.** Su objetivo es detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en pacientes geriátricos, como demencia y posibles trastornos de la memoria.

5. Resultados de la evaluación

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria.	Áreas	Puntuación	Interpretación
Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina) obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.	Comer	10 de 10	Independiente excepto a actividades que impliquen agacharse como atarse los zapatos, recoger objetos.
	Lavarse	5 de 5	
	Vestirse	5 de 10	
	Arreglarse	5 de 5	
	Deposiciones	10 de 10	
	Micción	10 de 10	
	Usar el retrete	10 de 10	
	Trasladarse	15 de 15	
	Deambular	15 de 15	
	Escalones	10 de 10	
Total		95	
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Áreas	Puntuación	Interpretación
Su objetivo es detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en pacientes geriátricos, como demencia y posibles trastornos de la memoria.	Orientación temporal	4 de 5	Obtuvo una puntuación total de 23 por lo cual según el rango (10-24) se determina: Demencia leve o moderada. Lo cual indica una etapa temprana de pérdida de memoria u otra pérdida de capacidad cognitiva (como lenguaje o percepción visual/espacial) en personas que mantienen la capacidad de realizar de forma independiente la mayoría de las actividades de la vida diaria.
	Orientación espacial	5 de 5	
	Fijación	3 de 3	
	Atención y calculo	0 de 5	
	Memoria	3 de 3	
	Lenguaje	7 de 9	
	Puntuación	22 (+1 por escolaridad.)	
	Puntuación Corregida	23	

6. Plan de intervención

Recomendaciones en las diferentes áreas.

Área cognitiva

Personales:

- Ejercicios de estimulación cognitiva para trabajar pensamiento, lenguaje, memoria, atención, sentido de orientación como: resolver rompecabezas sencillos, crucigramas cortos, ordenar fichas de los días, meses del año, emparejar dos imágenes iguales recordando la posición de las imágenes tras haberlas visto solo una vez, unir puntos para revelar un dibujo oculto, fomentar la lectura de textos cortos y sencillos acorde a su nivel académico, etc.
- Estimular su pensamiento, memoria y atención mediante la escucha de música de su época, radio, noticias, programas de interés en la TV.

Familiares:

- Psicoeducación a la familia sobre que es el deterioro cognitivo y la demencia senil, diferencia, características y acciones de prevención.
- Brindar escucha activa al adulto mayor e integrarlo en conversaciones familiares fomentando la opinión, toma de decisiones, acuerdos y desacuerdos.
- Fomentar la expresión de recuerdos y emociones en el adulto mayor brindando atención en las historias personales, recuerdos, miedos, deseos, preocupaciones actuales, etc.

Área social

Personales:

- Brindarle la oportunidad de realizar actividades sencillas del hogar como: ordenar su ropa, recoger los trastes, ordenar su cama, barrer el patio, etc.

Familiares:

- Integrar al adulto mayor en ambientes familiares como: reuniones, celebraciones, viajes, visita a su lugar de origen y convivencia con familiares, vecinos, amigos de la zona para evitar el aislamiento y estrés.
- Integrar al paciente en grupos de convivencia de adultos mayores y permitirle integrarse en las diferentes actividades que realicen como: juegos de bingo, cantar, bailar.

f. _____ 

Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

Evaluadora.

2. Entrevista En El Área Laboral.

En el área de la psicología laboral existe un propósito muy importante, que es la selección de personal, que se conoce como el proceso de atraer a un conjunto de candidatos para un puesto en particular, que debe ser enunciado con anticipación para que lleguen las personas calificadas a obtenerlo; la organización debe buscar a sus candidatos en su interior, en el exterior o en ambos contextos, esto se logra por medio de la entrevista laboral.

Aunque se conoce que tiene innumerables aplicaciones en las organizaciones, puede servir para tamizar a los candidatos al inicio del reclutamiento, si se emplea como inicial para la selección, técnica para evaluar conocimientos, de asesoría y orientación profesional en el servicio social, de separación, cuando salen los empleados que renuncian, entre otras, pero para el estudio que se realizará, el tipo de entrevista que interesa es la laboral, debido a que es una actividad clave en el proceso de selección del personal.

La entrevista en sí, es un abordaje que cumple el objetivo de saber quien es el sujeto que se va entrevistar, que tan eficaz será dentro de la organización y que tanto su imagen va acorde a la institución, si esta entrevista se realiza de la mejor manera y lo hace un personal altamente calificado para esta misión, como resultado se obtendrá la elección del mejor de los candidatos para que sea parte de la empresa, y así con el tiempo la empresa tendrá a los mejores colaboradores, esto gracias a la buena elección que existió en el proceso.

2.1 Tipos De Entrevista: Individual, Panel Y Grupo.

Entrevista Individual:

- Ψ **Directivas o dirigidas:** es la entrevista que termina en el tipo de respuestas deseada, pero no especifica las preguntas, las deja a criterio del entrevistador. Se aplica para conocer ciertos conceptos personales de los candidatos, que demandan cierta libertad para que el entrevistador los capte adecuadamente. El entrevistador debe formular las preguntas de acuerdo con el desarrollo de la entrevista para obtener el tipo de respuesta o información requerida. La entrevista dirigida es una entrevista de resultados
- Ψ **Libres o semidirigidas:** esta modalidad recoge tanto el estilo de la entrevista libre como el de la dirigida. En general, es la más utilizada por las empresas y consultoras.

Generalmente, las preguntas cerradas, se emplean para sondear información muy objetiva. Las abiertas, sin embargo, se utilizan para conocer aspectos de la personalidad, impresiones, opiniones, etc. del candidato.

Ψ **Mixtas:** es una combinación de entrevista dirigida y semidirigida, en la que el entrevistador formula una mezcla de preguntas predeterminadas y otras espontáneas. En una entrevista de trabajo, esta clase de entrevista permite al empleador comparar las respuestas y profundizar en ellas.

Entrevista panel y grupo.

La entrevista panel se trata de una conversación que se da entre dos o más personas de la organización y un candidato, con el objetivo de ocupar una nueva vacante laboral en el equipo, no se consideran demasiado expertos en técnicas de entrevista y piensan que cuatro ojos, o seis ven más que dos solos. En estos casos uno de los entrevistadores suele llevar el peso de la entrevista y los otros puntualmente preguntan ocasionalmente, tampoco se identifican por su nombre y posición, lo que pone a prueba los nervios del candidato o candidata.

2.2 Formas De Evaluación.

Las formas de evaluar se basan en las entrevistas estructuradas y por competencia. La entrevista por competencias es una herramienta que sirve para saber cuán productivo puede ser el empleado en evaluación o el potencial empleado, por lo que la estructura básica de una entrevista por competencias tiene los siguientes elementos:

- **Situación:** con preguntas apropiadas, el entrevistador plantea al postulante identificar y describir detalladamente una situación del pasado que no sea mayor a dos años, ni menor a uno.
- **Tarea:** las preguntas deben ayudar a determinar las responsabilidades y objetivos de la persona en plena situación.
- **Acción:** reconocer conductas personales manifestadas durante dicha experiencia (Bizneo HR Software, 2022).
- **Resultados:** se debe determinar el nivel de eficacia obtenido tras las decisiones que tomó o las soluciones que aplicó el postulante. (Barrios)

El entrevistador debe evitar que el entrevistado emita opiniones o conceptos teóricos o respuestas sobre qué haría o qué hubiera hecho en el caso planteado. El centro de la entrevista por competencias es encontrar ejemplos específicos de las conductas realizadas en eventos pasados. Se trata de descubrir a la persona en acción, saber lo que pensó, sintió e hizo en aquel momento específico.

A manera de ejemplos podemos considerar los siguientes temas a ser planteados por el entrevistador al postulante: que cuente una situación en la que sus clientes le hayan reconocido su trabajo; que exponga una situación en la que asumió riesgos al asesorar a su cliente; que describa una experiencia en la que discrepó de su cliente porque vio que no le convenía, a él o su empresa, la decisión que estaba tomando; que comparta una situación en la que el cliente no quedó satisfecho.

Mientras que una entrevista estructurada se encarga de seguir el guion de un cuestionario sistemático y preciso. Por tanto, en este tipo de entrevistas al hacer las mismas preguntas y en el mismo orden a todas las personas participantes, el proceso de comparación y evaluación es más preciso y para la persona que recluta es más fácil de preparar con antelación.

2.3 Casos De Análisis Y Evaluación: Básico, Técnico, Especialista, Directivos

Casos De Análisis Y Evaluación: Casos De Selección De Personal

Mediante casos de evaluación en el área laboral, se llevó a cabo la práctica de cómo y que pruebas incluyen un proceso de selección, Las pruebas psicométricas son una herramienta habitual en los departamentos de RR. HH de las empresas, porque son una herramienta que permite a los empleadores realizar una aproximación a los rasgos de los potenciales trabajadores. Es decir, permiten ir más allá y tener una imagen más general del aspirante.

En los siguientes casos observaremos que todos poseen la característica de incluir pruebas de inteligencia, personalidad y de aptitudes y habilidades, a continuación, claros ejemplos de informes según su metodología y apartados.

INFORME 1

Informe laboral.

A. DATOS GENERALES	
Nombre completo	I.R.
Sexo	Masculino.
Edad	26 años.
Nivel académico	Bachillerato general.
Fecha de aplicación	11/05/22

B. ENTREVISTA AL CANDIDATO

IR de 26 años, sexo masculino, actualmente soltero, sin hijos, con estudios culminados en bachillerato general, proviene de una familia nuclear conformada por 14 hermanos del cual él es el tercero menor, Actualmente vive con su madre y tres hermanos, algunos son profesionales en diversas áreas como ingeniería civil, administración de empresas y psicología.

Reside en San Fidel, municipio de Sensuntepeque, departamento de Cabañas, tiene disponibilidad inmediata; de acuerdo a la entrevista que se le realizo se muestra como una persona amable, respetuosa, cooperativa y honesta, se define como alguien responsable, perfeccionista y entregado al trabajo, manifiesta estar comprometido con sus valores religiosos, menciona ser perteneciente al grupo de alabanzas de la iglesia Cristiana a la cual asiste desde su niñez en donde desarrollo talento para tocar piano y guitarra, siendo este uno de sus pasatiempos favoritos.

Con el objetivo de buscar mejores oportunidades se muda a San Salvador a la edad de 22 años, en donde menciona tener experiencias previas en diversas empresas como COPRODISA en el área de auxiliar de distribución y logística, con 2 años laborando en dicho lugar, posteriormente con el objetivo de buscar horarios más flexibles se integró a trabajar en la cadena de comida rápida Wendy´s donde laboro por aproximadamente 1 año, rotándose en diferentes áreas como: cocina, limpieza y atención al cliente; optando por retirarse debido a los inconvenientes producto de la pandemia COVID 19 lo que lo llevo a regresar a su departamento de origen Cabañas, en dicho lugar se integró a trabajar en la cadena de restaurantes Pollo Campero en el área de cocina, sin embargo desistió al mes de encontrarse en el lugar debido a la sobre explotación de horarios a los cuales se ven sometidos los empleados.

Su última experiencia laboral fue en la empresa de operador de telefonía móvil TIGO como promotor de ventas donde se desempeñó por un año aproximadamente; menciona nunca haberse involucrado en problema con jefes y empleados a lo largo de su vida laboral; más bien busca establecer relaciones de respeto, compañerismo y trabajo en equipo. En relación con conocimientos directamente a fines a la plaza de vendedor de autos menciona no poseer experiencias previas en el área ni mayores conocimientos sobre modelos de automóviles y reparación de estos.

C. PRUEBAS APLICADAS

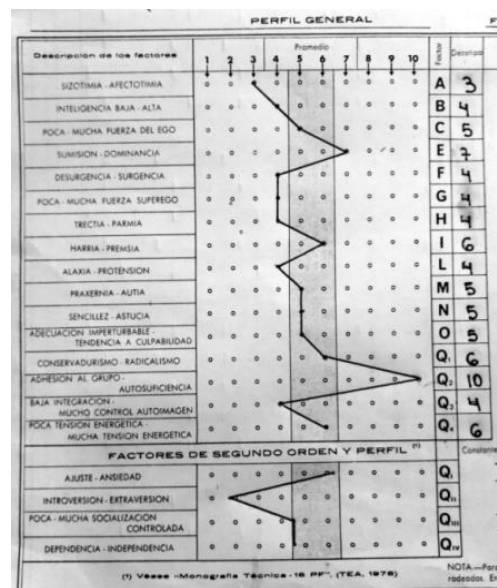
- Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF (R.B. Cattell.)
- Domino D-48. (E. Anstey)
- Inventario para Personalidad de Vendedores IPV (Primer publicación en España 1983)

TEST N 1: Cuestionario de Personalidad 16 PF.

El objetivo del Cuestionario de Personalidad 16 PF es ofrecer una visión muy completa de la personalidad a partir de diversos factores (dieciséis principales) Dichos factores son bipolares, es decir, van en un continuo que va de un extremo del rasgo al otro por ejemplo de la sumisión a la dominancia, situándose la puntuación de la persona evaluada en algún punto de dicho continuo.

En cuanto a los resultados del candidato se obtuvieron indicadores de personalidad reservada, alejado y crítico, le gustan más las cosas que las personas; indicadores de inteligencia baja, pensamiento concreto, tiende a ser lento para aprender y captar las cosas. De igual forma falta de confianza en sí mismo, dificultades para hablar y expresarse ante los demás lo cual podría ser un factor en contra a la hora de tratar con clientes.

En cuanto al factor emocional se encuentra en un rango promedio lo que se podría inferir como una persona que tiende a controlar su tolerancia ante la frustración, tiende a ser emocionalmente estable y busca en la medida de lo posible ser realista y tranquilo. Tiende a ser una persona de mentalidad independiente, competitiva, obstinada, seria, introspectiva y en ocasiones pesimista. Puede llegar



a presentar actos antisociales como una persona tímida, cautelosa, retraída, prefiere pocos amigos y no le gustan las ocupaciones con contactos sociales, sin embargo, puede lograr trabajar y tomar decisiones con los demás; ya que es buen colaborador en el grupo y adaptable. Tiende a ser despreocupado y con baja motivación para intentar algo nuevo.

TEST N 2: Domino D-48.

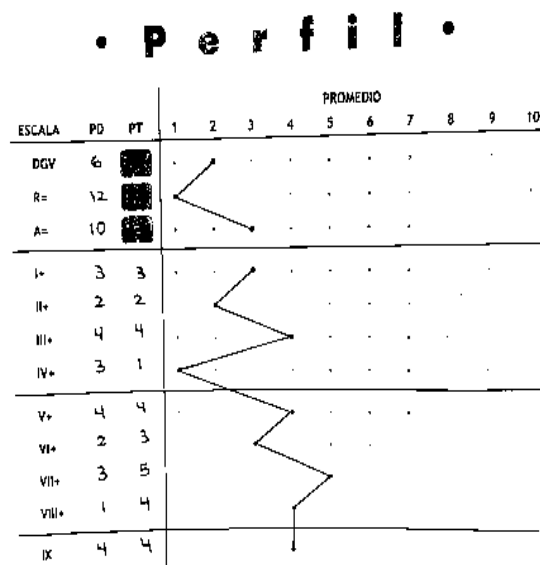
El D-48 (E. Anstey. Adaptado en Francia por P. Pichot) es una de las mejores pruebas colectivos de inteligencia general; está destinado a valorar la capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a nuevos problemas y apreciar las funciones centrales de la inteligencia: abstracción y comprensión de relaciones.

En cuanto a los resultados del candidato obtuvo una puntuación directa de 13, lo cual lo coloca en un centil de 1, interpretando su capacidad mental como inferior al término medio. Por ende, podría presentar dificultades para realizar tareas complejas que requieran procedimientos largos de memoria, instrucciones extensas y detalladas y procesos matemáticos complejos, en relación con el puesto de trabajo al que aplica podría dificultársele memorizar procedimientos largos y operaciones matemáticas complejas requeridas en facturación e inventarios ya que se trabaja directamente con la gerencia financiera.

TEST N 3: Inventario para Personalidad de Vendedores IPV

El inventario de Personalidad IPV permite, por una parte, evaluar la disposición general para la venta, y por otra, construir un perfil individual basado en las dimensiones de personalidad que, con un peso más o menos grande según las situaciones particulares, juegan un papel en los profesionales comerciales.

En cuanto a los resultados obtenido por el candidato, en el indicador disposición general para la venta DGV obtuvo un percentil de 2 lo que lo sitúa por debajo del promedio indicando, por lo cual se infiere que podría presentar dificultades para establecer en la venta relaciones con los



demás en cuanto a elevar las ventas o persuadir al cliente. En el indicador Receptividad obtuvo un percentil de 1 por lo cual se infiere dificultades para adaptarse a situaciones y personas diferentes, así como bajo control de sí mismo ante situaciones que le generen estrés y frustración.

Posee bajos niveles de agresividad ante soportar situaciones conflictivas, deseos de ganar, manipular y una baja actitud dominante, por lo cual se podría inferir una personalidad introvertida, insegura, poco activo y dinámico ante situaciones de ventas que impliquen abrir mercados, ofrecer productos, manipular a los demás con el objetivo de persuadir y vender.

CONCLUSIÓN GENERAL.

En base a la información obtenida en la entrevista y los resultados de las pruebas psicológicas, se realizó el análisis y contraste con las competencias que se buscan en el cargo como: capacidad de negociación y persuasión, personalidad dominante, sociabilidad, tolerancia a la frustración, entre otras, se establece que el perfil del candidato **No es apto para el puesto de trabajo solicitado como vendedor de autos**, puesto que aunque presenta un cierto grado de experiencia en el área de ventas en otras empresas, se infiere que las características de personalidad del evaluado no son acordes al perfil deseable del puesto ya que tiende a ser una persona con características de personalidad introvertidas como timidez, dificultades para expresarse, relacionarse, debatir y negociar con los demás; lo cual limitaría la capacidad de convencer y persuadir a los clientes para llegar a acuerdos de compras y expandir el mercado. Así como también podría dificultársele el desenvolvimiento óptimo ante memorizar procedimientos complejos y realizar operaciones matemáticas superiores, característica que es necesaria en las competencias del puesto ya que se trabaja con la gerencia financiera.

Por lo cual se infiere un mayor grado de dificultad para desenvolverse satisfactoriamente en el puesto de trabajo solicitado, lo que puede generarle frustración y bajo rendimiento laboral.

Como recomendación general se solicita y motiva a que el candidato opte a otros puestos de trabajo más afines a sus características de personalidad y de ser necesario la empresa lo posicione en una plaza más afín a su perfil para potenciar un mayor crecimiento personal y rendimiento laboral.



F. Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

Evaluadora.

INFORME 2

INFORME PSICOLOGICO

A. DATOS GENERALES

Nombre completo	XXXXXX
Sexo	Masculino
Edad	24 años
Nivel académico	Técnico Mecánico Mantenimiento Industrial
Cargo	Vendedor de autos
Fecha de aplicación	17/05/2022 – 18/05/2022

B. ENTREVISTA AL CANDIDATO

XXX de 24 años, sexo masculino, soltero, reside en el municipio de Nejapa, departamento de San Salvador. Proviene de una familia extensa, vive junto con sus padres los cuales tienen un negocio propio (llantería “XXXX”), sus abuelos, quienes son agricultores y tres de cinco hermanos, de los cuales él es el tercero.

De acuerdo con la entrevista es un empático, se muestra respetuoso, comprometido con sus valores religiosos, cooperativo y proactivo, impulsado al crecimiento personal y profesional.

En cuanto a su experiencia laboral, Trabajó desde 2009 a 2014 en agricultura (siembra de maíz, frijoles y caña; todo proceso como sembrar abonar y regar). Para luego comenzar a trabajar en una llantería dedicado a la venta y reparación de llantas y rines (Speedy Gonzales), lugar donde laboro desde 2015 hasta 2017.

Estudio bachillerato general con diplomado en computación en el Centro Escolar Prof. Alberto Montiel Villa Corta (2018-2019) para posteriormente cursar un Técnico en Mecánico Mantenimiento Industrial impartido por el ISAFORD durante octubre 2019 a marzo 2022.

El estudio del técnico impartido por el INSAFORD le proporciono una plaza en SARTI, en el área de bodega donde administraba el producto existente, realizaba requisiciones, facturas de compras y ventas y manejo del sistema VINCE-3

Actualmente labora en INOXOL como mecánico soldador.

C. PRUEBAS APLICADAS

TEST Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF

De acuerdo con el Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF el cual mide la personalidad del evaluado mediante 16 dimensiones, funcionalmente independientes y psicológicamente significativas. En los resultados del candidato, según las medidas de validación, el evaluado presento moderadamente una distorsión en sus respuestas, por lo que el análisis de estas se realizó con cuidado, aunque fue cooperativo.

Por lo que según los resultados se puede inferir que es una persona afable, solícito con los demás, amable y adaptable que fácilmente forma parte de grupos, introspectivo, relajado; aunque en ocasiones puede ser crítico e inflexible, con poca tolerancia a la frustración, inestable en sus propósitos lo que lo hace despreocupado, con una tendencia a dejarse afectar por los sentimientos y ceder ante los demás, dependiente e impaciente, despreocupado. Puede presentar problemas en aprender cosas nuevas debido a interpretaciones concretas y literales. No presenta tendencia a los celos o envidia, no competitivo y confía en lo que le han enseñado a creer.

PERFIL GENERAL												
Descripción de los factores	Promedio										Factor	Decatipo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
SIZOTIMIA - AFECTOTIMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A	6
INTELIGENCIA BAJA - ALTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	B	4
POCA - MUCHA FUERZA DEL EGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C	4
SUMISION - DOMINANCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	E	5
DESURGENCIA - SURGENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	F	5
POCA - MUCHA FUERZA SUPEREGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	G	3
TRECTIA - PARMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	H	5
HARRIA - PREMSIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	I	8
ALAXIA - PROTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L	4
PRAXERNIA - AUTIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	M	7
SENCILLEZ - ASTUCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N	3
ADECUACION IMPERTURBABLE - TENDENCIA A CULPABILIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	O	3
CONSERVADURISMO - RADICALISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q ₁	6
ADHESION AL GRUPO - AUTOSUFICIENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q ₂	6
BAJA INTEGRACION - MUCHO CONTROL AUTOIMAGEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q ₃	5
POCA TENSION ENERGETICA - MUCHA TENSION ENERGETICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q ₄	5
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN Y PERFIL (3)												
AJUSTE - ANSIEDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _I	
INTROVERSION - EXTRAVERSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _{II}	
POCA - MUCHA SOCIALIZACION CONTROLADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _{III}	
DEPENDENCIA - INDEPENDENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Q _{IV}	

TEST de Dominós D – 48

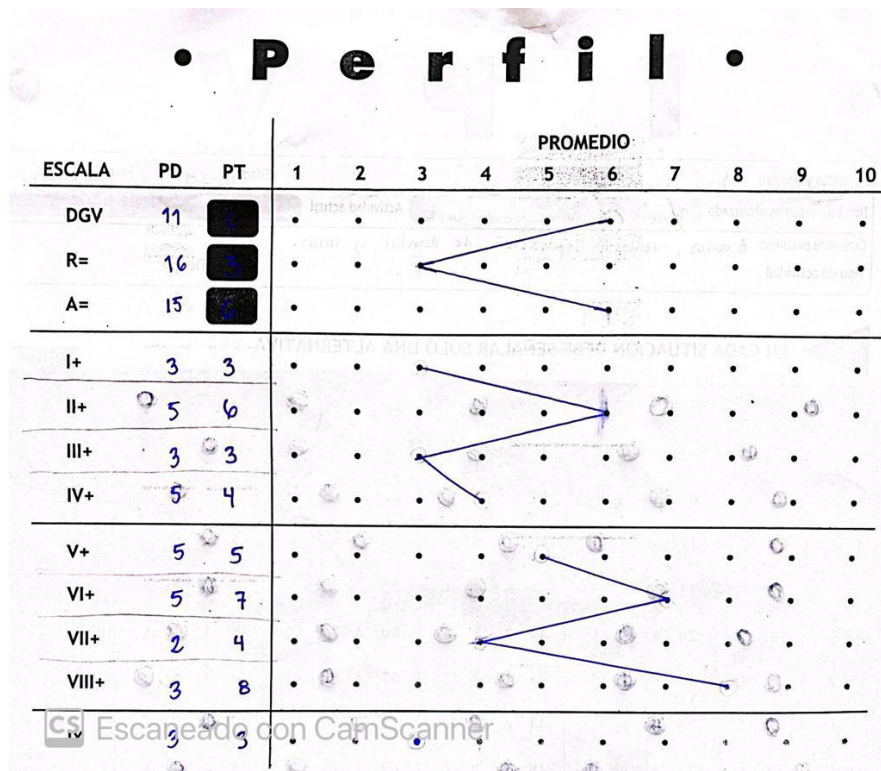
De acuerdo con la prueba de Dominós D-48 el cual mide la inteligencia general, factor “g”, el evaluado obtuvo una puntuación directa de 26 puntos con puntuación percentil de 15 y eneatipo 3 lo que indica que el candidato presenta dificultades respecto a la abstracción y comprensión de relaciones. Posee un rango medio bajo de rendimiento intelectual por lo que se puede inferir que presenta dificultad en realizar tareas complicadas. Como puede ser la capacidad verbal, la habilidad de análisis e interpretación entre otras. En lo que a esto concierne se pueden hacer otras pruebas psicológicas de inteligencia para poder determinar en qué factores o secciones tiene una capacidad mental más alta.

Variable	Puntuación Directa	Puntuación Centil	Eneatipo	Rango
Inteligencia General	26	15	3	Medio bajo

TECNICA Inventario de Personalidad para Vendedores (IPV)

De acuerdo con el Inventario de Personalidad para Vendedores (IPV) que es una medida de Disposición General para la Venta (DGV), dos dimensiones amplias (Receptividad y Agresividad) y nueve rasgos de personalidad (comprensión, adaptabilidad, control de sí mismo, tolerancia a la frustración, combatividad, dominancia, seguridad, actividad y sociabilidad).

En los resultados del candidato se señala que es un individuo con facilidad para establecer en la venta relaciones con los demás, con un matiz de combatividad, aunque con pocas cualidades empáticas y posibilidades de adaptación rápida lo cual indica poca resistencia a la frustración y poco control de sí mismo, no objetivo en sus relaciones humanas, poco intuitivo, no organizado y poco hábil para ocultar sus sentimientos; sin embargo, presenta la capacidad para soportar situaciones conflictivas y soportar desacuerdos, con voluntad de dominio, activo físicamente y dinámico. Aunque presenta poca sociabilidad en cuanto a crear nuevos contactos y convivir con los demás, lo que es importante para la venta.



D. CONCLUSION

Según los datos obtenidos, el candidato **no es apto** para el puesto debido a que su formación académica es superior a la que requiere el puesto, por lo que es posible que no permanezca por mucho tiempo en el puesto y opte o siga buscando otros puestos que sean de su competencia, además que, algunas de las competencias requeridas para la obtención del puesto es aptitudes para gestionar el tiempo, capacidad de trabajar bajo presión, extrovertido, seguro, entre otros, y según los resultados de las pruebas, es un sujeto con baja tolerancia a la frustración, introvertido, no organizado, con un nivel de inteligencia media baja, por lo que se recomienda no contratarlo para esta plaza, sin embargo sería adecuado para el área de mecánica ya que sus competencias son adecuadas.



Abdi Abisua Peña López
Evaluadora

INFORME 3

INFORME PSICOLOGICO

A. DATOS GENERALES	
Nombre Completo	xxxxxx
Sexo	Masculino
Edad	27 años
Nivel académico	Bachiller
Cargo	Vendedor de Vehículos
Fecha de aplicación	17 de mayo 2022

C. PRUEBAS APLICADAS.

ENTREVISTA

El sujeto es un joven de 27 años soltero, dice no consumir ningún tipo de droga, no es alérgico a ningún medicamento, vive con su madre y su hermano menor de 21 años, su nivel académico es bachiller, actualmente estudia a medio tiempo Mercadeo en la universidad Don Bosco, posee una buena relación con su familia, amigos y vecinos, es originario de Santiago Texacuangos, actualmente reside en Soyapango.

Entre sus empleos anteriores se encuentra que trabajaba en ventas de celulares de la compañía de Digicel durante dos años y 3 meses, también trabajo de mesero de la pizza hut durante 8 meses después de un tiempo renuncio debido a cuestiones académicas, después trabajo en una empresa de importar vehículos automotores, fue contratado como operativo de ventas quien se encargaba de vender los vehículos recién llegados.

Otros de los aspectos más relevantes se considera que es un sujeto muy seguro de sí mismo, con fácil expresión verbal, claro y conciso a la hora de responder las preguntas que se le realizaron, lo que es un punto a su favor ya que se necesita de un perfil muy seguro y persuasivo para las ventas que se realizaran, otro de los aspectos a mencionar es su amabilidad y carisma, a pesar de ser una

entrevista formal se evidencio su personalidad extrovertida como también que posee las experiencias para suplir el puesto de venta de vehículos.

TEST 1

Test de inteligencia Raven.

De acuerdo a los resultados de la prueba RAVEN que se encarga de medir el nivel de CI del sujeto evaluado y diagnosticar su capacidad, determino que el evaluado obtuvo una puntuación **directa de 49, percentil de 90**, denominándolo en un rango intelectual definitivamente **superior al término medio**, es decir un sujeto con una inteligencia super dotada que supera a la media, con habilidades cognitivas más desarrolladas, es decir que puede controlar, desarrollar y relacionar mayor número de entidades abstractas, conceptos y brindar conclusiones de forma rápida, tomando en cuenta la comprensión y habilidad de resolución de operaciones lógico matemáticas y una comprensión lectora adecuada.

TEST 2

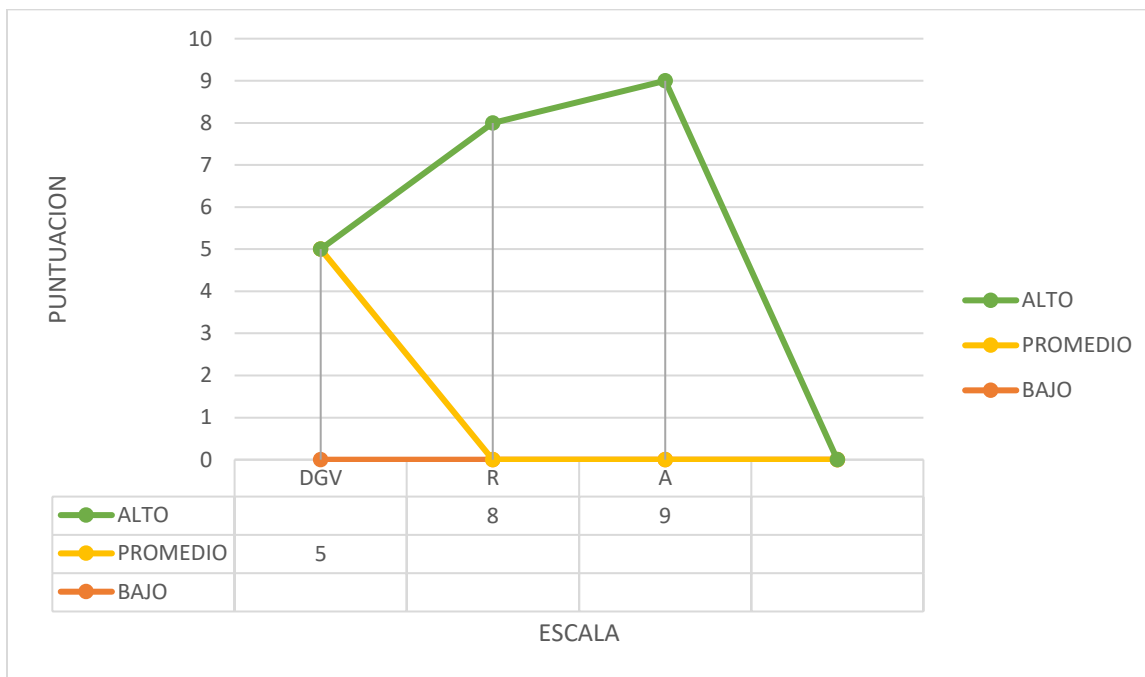
Inventario para vendedores.

El IPV, es un instrumento utilizado en el campo organizacional ya que posee el objetivo de conocer aspectos de la personalidad del vendedor, reúne características particulares que pueden definir el éxito de laboral y profesional de las personas, en este caso las ventas, lo hace por medio de la identificación de 9 factores, entre ellos están: **Factor de agresividad** se refiere a una capacidad del vendedor entendida de manera positiva; tiene que ver con la fuerza y la seguridad en sí mismo, **Factor de control de sí mismo** es la capacidad del vendedor para organizar sus recursos, la perseverancia, la tenacidad y el uso de sus habilidades para alcanzar sus objetivos a través de su estabilidad emocional, **Factor de disposición general** trata de la capacidad que tiene el vendedor para las ventas, **Factor de seguridad** se enfoca en la autoconfianza que tiene el vendedor con respecto al desempeño de sus funciones, **factor de tolerancia a la frustración**, **Factor de comprensión** evalúa la capacidad que tienen de ponerse en el lugar de los clientes para entender sus necesidades, **Factor de sociabilidad** se refiere a la sensibilidad que tiene hacia las relaciones personales y la capacidad de convivir con las personas en general, en un ambiente de competencia., **Factor de receptividad** está basada en su capacidad de control de sí mismo y **Factor de**

dominancia que es la capacidad que tiene el vendedor de manipular a los clientes a favor de los objetivos comerciales, a través de la persuasión, argumentos sólidos y convincentes.

Según los resultados del sujeto en cada uno de estos factores es considerado una persona que sabe escuchar a los demás y comprender sus necesidades, se le facilita establecer relaciones con los demás muestra combatividad que le permiten persuadir al cliente, posee un alto nivel de agresividad comercial lo que lo convierte acto para el perfil de ventas que sea desempeñar, es considerado perseverante y tolerante ante situaciones que generan frustración, es una persona con deseos de dominio y manipuladora que busca siempre ganar.

Grafica de resultados



TEST 3

El Cuestionario “Big Five”.

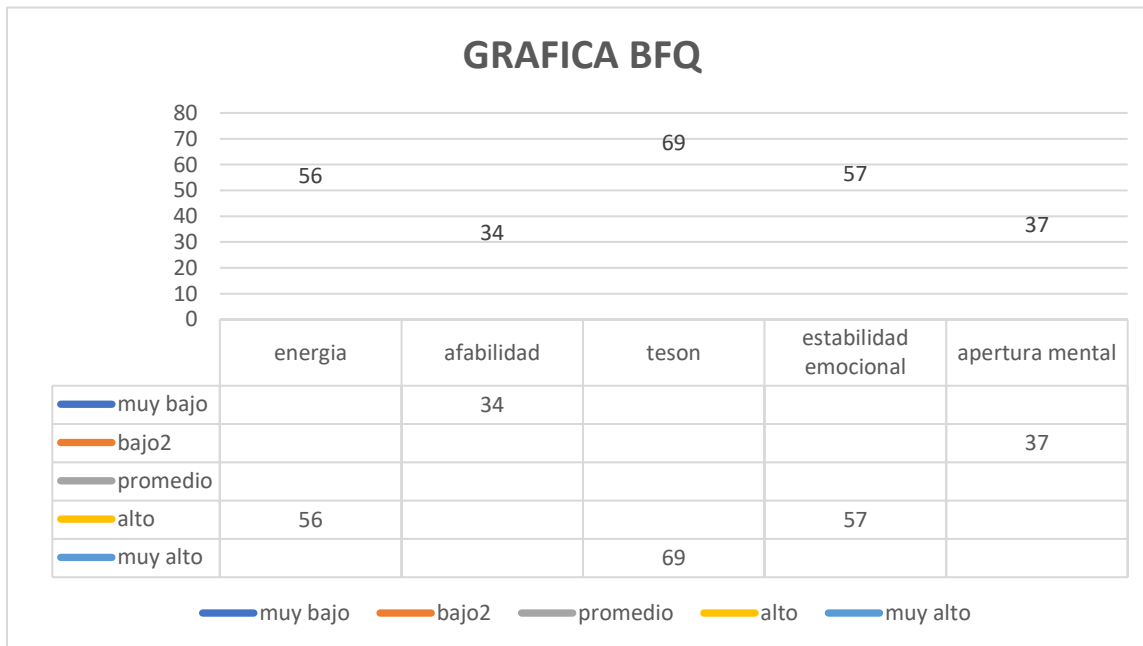
El test BFQ tiene la finalidad de identificar 5 grandes dimensiones de la personalidad del individuo como lo es **energía**, inherente a una visión confiada y entusiasta de múltiples aspectos de la vida, principalmente de tipo interpersonal, **afabilidad**, preocupación de tipo altruista y de apoyo emocional a los demás, **tesón**, propia de un comportamiento de tipo perseverante y responsable, la **estabilidad emocional**, rasgo de amplio espectro, con características tales como capacidad para

afrontar los efectos negativos de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad o de la frustración y la **apertura mental**, sobre todo de tipo intelectual ante nuevas ideas, valores, sentimientos e intereses.

El propósito de aplicación del cuestionario es evaluar si los niveles de cada uno de estos factores anteriormente mencionados cumplen con los requisitos del perfil de puesto que se espera suplir, si el sujeto posee características de personalidad actas para desenvolverse de la manera más optima en su área de trabajo.

Según los datos arrojados por la prueba el sujeto posee altos niveles de energía es decir que es una persona muy dinámica, activa, enérgica, dominante, locuaz, hace valer la propia influencia sobre los demás. En la categoría de afabilidad posee un rendimiento bajo considerándose una persona poca cooperativa y con poca apertura hacia los demás, es considerado un sujeto muy escrupuloso, reflexivo y perseverante, otros de los aspecto a retomar es su alto nivel de control emocional es decir que puede mantener el control en muchas situaciones que puedan ser emotivas o irritables sin desestabilizarse por lo otro lado su alto nivel en apertura mental demuestra que es un sujeto interesado en informarse y aprender nuevas cosas o vivir experiencias nuevas.

Grafica de resultados



El Sujeto evaluado, posee características de personalidad actas que cumplen cada uno de los requisitos para el perfil de vendedor de vehículos, predominando sus cualidades de dominancia, agresividad a las ventas, estabilidad emocional, seguridad, elocuencia, persuasión y tolerancia a la frustración, sus exigencias personales no interfieren con los objetivos organizacionales ya que es un sujeto sin compromisos familiares, probablemente sea muy entregado a su trabajo y pueda a portar todo su potencial al área de ventas así como realizar horas extras sin mayor inconveniente y maximizar las metas de todos los vehículos que se pretenden vender mensualmente en un tiempo definido.



Alba Luz Cortez Claros
Psicóloga

3. Entrevista En El Área Pedagógica

3.1 Modelos De Evaluación Psicopedagógica.

Dentro de las diferentes evaluaciones que se realizan en la psicología, es importante la distinción entre cada evaluación dependiendo del contexto, por lo que, la evaluación psicopedagógica se entiende como “un proceso compartido de recogida y análisis de información relevante de la situación de enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para promover cambios que hagan posible mejorar la situación académica” (Colomer, 2001).

Este proceso se realiza en cooperación de diferentes actores involucrados: alumno, familia y el comité educativo, donde puede ir involucrados desde el profesor, hasta el director, así como el psicólogo o tutor escolar, entre otros. La participación o no de dichos actores dependerán del tipo de evaluación junto con la información que se desea obtener. Esto se decidirá de acuerdo con las necesidades del niño/a o la demanda con la que se llegue para la realización de la evaluación psicopedagógica.

Por lo que, a continuación, presentamos unos de los modelos de evaluación más utilizados en la evaluación psicopedagógica:

a. Modelo Cognitivo Conductual: Este modelo plantea que el comportamiento es producto de la interacción del sujeto con su ambiente (Bazán, 2002). La terapia basada en este modelo postula que existe una vinculación entre nuestros pensamientos (cognición) y nuestro comportamiento (conducta).

Se trata de un modelo metodológico basado en las teorías y los tratamientos que presentan pruebas empíricas. Es por ello por lo que la Terapia cognitivo conductual es admitida como tratamiento de elección en la mayoría de los servicios públicos y privados de salud.

Por lo que, en la evaluación psicopedagógica, el objetivo es explicar la conducta en el contexto educativo, es decir, se trata de explicar, una vez identificadas las conductas problemas, para que, expresadas en términos de variables independientes y dependientes, a base de variarlas, fijarlas o controlarlas, poder modificar la conducta desajustada (Bazán, 2002).

b. Modelo constructivista: El constructivismo tiene sus raíces en la filosofía, psicología, sociología y educación. El principio básico de esta teoría proviene justo de su significado. La idea central es que el aprendizaje humano se construye, que la mente de las personas elabora nuevos conocimientos a partir de la base de enseñanzas anteriores. El aprendizaje de los estudiantes debe ser activo, deben participar en actividades en lugar de permanecer de manera pasiva observando lo que se les explica (Requena, s.f.).

Este modelo permite a los educadores entender cuáles son los conocimientos previos que traen consigo los alumnos, para que, a partir de ahí, motivarlos a desarrollar y potenciar las habilidades antes conseguidas.

c. Modelo Sistémico: Se percibe el individuo como un elemento dentro de un sistema o conjunto regido por ciertos principios y leyes, de tal manera, que cuando se hace una intervención sobre un individuo, esta está afectando de manera directa o indirecta sobre los sistemas a los que pertenece; considera la familia como un sistema con identidad propia y un proceso de desarrollo evolutivo dinámico interno (entre los propios miembros de la familia) y externo (de la familia con el entorno).

En el contexto salvadoreño, uno de los modelos más utilizados en el ámbito educativo, es el modelo constructivista, ya que el estudiante construye su aprendizaje en base a las experiencias anteriores, y de esta forma el maestro construye la base para poder seguir orientando y enseñando de una manera integral. Sin embargo, otros modelos también son utilizados en el ámbito público y privado y tienen grandes resultados.

3.2 Técnicas E Instrumentos De Evaluación Psicopedagógica.

Aunque existen diferentes ámbitos de evaluación en la psicología, cada uno de ellos utiliza técnicas e instrumentos acorde a su objetivo y contexto, en este aspecto, las técnicas de evaluación son “estrategias que utiliza el evaluador para recoger sistemáticamente información sobre el objeto evaluado. Pueden ser de tres tipos, la observación, la encuesta (entrevistas) y el análisis documental y de producciones” (Rodríguez e Ibarra, 2011: 71-72).

Así, en el área psicopedagógica se utilizan ciertas técnicas de evaluación, dependiendo del objetivo y la finalidad de esta, por lo que podemos mencionar las más comunes:

- a. Observación:** Es un método de evaluación cuando existe un ejercicio de voluntad y una intencionalidad dirigida al objeto de conocimiento. Es la captación inmediata del objeto, la situación y las relaciones que se establecen. (Coordinación de Educación a Distancia)
- b. Entrevista:** La entrevista permite el contacto personal con el otro. Mediante ella se puede recoger información a través de preguntas sobre determinados aspectos (conocimientos, creencias, intereses, etc.), que se quiere conocer con fines evaluativos de acuerdo con diversos propósitos. (Coordinación de Educación a Distancia)
- c. Pruebas:** Esta técnica de evaluación es muy útil e importante para el evaluador puesto que permite recoger información específica de las áreas deseadas.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, son “herramientas reales y tangibles utilizadas por la persona que evalúa para sistematizar sus valoraciones sobre los diferentes aspectos” (Rodríguez, 2011). Por lo que unas de las pruebas esenciales aplicadas para la valoración psicopedagógica, establecer unas conclusiones y unas medidas a adoptar con el niño, tanto dentro como fuera de del aula, son las siguientes (Fundación CADAH, 2014):

1. Entrevista con el tutor: en esta entrevista se pretende orientar sobre el desarrollo del alumno dentro del aula. Saber cómo se encuentra tanto a nivel académico, social y emocional. Además, se puede concretar cuales son las mayores dificultades que presenta. Con esto se pretende tener un panorama general acerca de la conducta del niño en un ambiente escolar y de aprendizaje, esta información será necesaria para posteriormente relacionarla con la información que se obtenga de la familia y la propia conducta del niño en la evaluación.

2. Entrevista con la familia: para realizar una evaluación, no sólo es necesario la opinión de los profesionales del centro escolar si no también conocer los problemas que presentan en el entorno familiar, cómo está estructurada la familia, si disponen de límites y normas, la comunicación entre los diferentes miembros, debido a que muchos de los problemas conductuales que los niños presentan, están vinculados a la familia, a la disfunciones, normas disciplinarias, ausencia de vínculos con padres, condiciones de vida que no son las óptimas, entre otros elementos que afectan el desempeño escolar.

3. Entrevista con el alumno: se tendrá que efectuar una entrevista con el niño para observar su conducta. Los aspectos por valorar serán si mantiene una actitud participativa, si es

correcto en las intervenciones, la manera de expresarse, su opinión ante el centro escolar y su familia. Siempre tomando en cuenta la edad del niño, para poder ubicar si su conducta es la esperada en su etapa del desarrollo.

4. Pruebas psicométricas básicas: para la correcta realización de una evaluación psicopedagógica, es necesario usar las pruebas psicológicas pertinentes de acuerdo con la edad y necesidades del niño, por lo que a continuación, se presentan algunas de las pruebas psicométricas básicas:

- a. **Escalas de Wechsler**: David Wechsler es el autor de estas escalas para medir la inteligencia o determinar el CI (coeficiente intelectual) de una persona. Son escalas formadas cada una por una escala verbal y una escala de ejecución, de modo que con la aplicación de cualquiera de ellas se obtienen tres puntuaciones: un CI verbal, un CI manual y un CI total.
- **WISC (de 5 a 16 años)**: Ofrece información sobre la capacidad intelectual general del niño (CI Total) y sobre su funcionamiento en Comprensión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento. La Escala se compone de 15 test, 10 principales y 5 optativos.
 - **WAIS (de 16 a 64 años)**: Tiene por objetivo medir la inteligencia del adulto, dentro de un enfoque global de ésta. El WAIS es una prueba construida para evaluar la inteligencia global, entendida como concepto de CI, de individuos de cualquier raza nivel intelectual, educación, orígenes socioeconómicos y culturales y nivel de lectura. Es individual y consta de 2 escalas: verbal y de ejecución. Está basada en la teoría bifactorial de Spearman. Inteligencia, tomada desde un punto de vista global, ya que está compuesta por habilidades cualitativamente diferentes (rasgos), pero no independientes.
- b. **EDAH (Evaluación del TDAH)**: Escala para evaluar la hiperactividad, déficit de atención, impulsividad y trastornos de la conducta que influyen muy negativamente en el desarrollo escolar del niño. Aplicable a niños de entre 6 y 12 años, de manera individual, con una duración de 5 a 10 minutos aproximadamente. La finalidad del EDAH es recoger información sobre la conducta habitual del niño. Permite evaluar los rasgos principales del TDAH de una manera sencilla y objetiva.

- c. ***PROLEC-R (Batería de evaluación de los procesos lectores)***: La batería PROLEC se ha convertido en el referente más importante para la evaluación de la lectura en español. Basada en el modelo cognitivo, se centra en los procesos que intervienen en la comprensión del material escrito: Identificación de letras, Reconocimiento de palabras, Procesos sintácticos y Procesos semánticos.
- d. ***PROESC (Batería de evaluación de los procesos de escritura)***: El objetivo de la batería es detectar dificultades mediante la evaluación de los aspectos que constituyen el sistema de escritura, desde los más complejos, como puede ser la planificación de las ideas, a los más simples, como puede ser la escritura de sílabas.

También, se suelen utilizar como **pruebas complementarias** las siguientes:

5. Análisis de informes médicos: Para efectuar una buena evaluación, el profesional suele necesitar el informe clínico realizado y así poder estudiar las pruebas efectuadas, su historia clínica y las conclusiones establecidas. En ocasiones, incluso, se establece contacto con el profesional clínico encargado del caso.

6. Análisis de composiciones escritas: Mediante el análisis de los escritos efectuados por el alumno, se pueden observar las carencias que tiene a nivel escrito y valorar si fuera necesario aplicar alguna prueba o test específico, para evaluar detenidamente aquellos en lo que parezca presentar más dificultades.

7. Análisis del expediente académico: Gracias al expediente académico, el profesional podrá tener acceso a la historia escolar del alumno y comprobar si ha habido alguna incidencia a lo largo de su etapa escolar, pudiendo descartar en caso negativo, algún trastorno de conducta.

3.3 La Observación

La observación es una herramienta básica para la evaluación, y es entendida como la percepción atenta, racional, planificada y sistemática de los fenómenos relacionados con el objetivo de la investigación, la que se desarrolla en sus condiciones habituales, sin ser provocadas, con vistas a ofrecer una explicación científica sobre la naturaleza interna de estos fenómenos (Bravo, 2012).

Este método de evaluación es utilizado no solo en evaluaciones psicológicas, sino que también es utilizado en múltiples corrientes científicas y de investigación, por lo que existen

diferentes tipos de observación, diferenciándose en el objetivo de esta y la manera de proceder. Es por ello, que, al realizar la evaluación con niños, la observación se convierte, en ocasiones, en un instrumento fundamental para identificar problemas o dificultades que el niño no expresa verbalmente. Es un acto intencional y sistemático de fijarse en el comportamiento de un niño o varios dentro de un contexto natural como el aula, centro de educación infantil, programa o situación particular. (Leal, 2015)

En cuanto al área pedagógica, para indagar sobre algunos aspectos del aprendizaje; por ejemplo, las habilidades adquiridas en determinados procedimientos o ciertas características actitudinales en relación con los otros individuos y con la tarea, la observación es el único medio que tenemos para recolectar información válida para la toma de decisiones (Coordinación de Educación a Distancia).

3.4 Casos De Análisis Y Evaluación: Médico, Atributos Y Dinámico.

Casos De Análisis Y Evaluación: Casos Médicos

Luego de haber estudiado los lineamientos y procedimientos necesarios para la realización de evaluaciones en el ámbito psicopedagógico, se realizaron ejercicios prácticos individuales, utilizando pacientes reales para la identificación de un posible trastorno alimenticio, para el cual, se utilizó el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT) Su nombre original es Eating Attitudes Test (EAT) y ha sido diseñado por Garner & Garfinkel (1979). Tiene como objetivo identificar síntomas e inquietudes características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Por lo que a continuación se presentan los informes de caso:

INFORME 1

Informe de evaluación

Datos generales:

Nombre: NSRA	Edad: 23 años
Sexo: femenino	Fecha de evaluación: 28 de junio de 2022

Motivo de referencia: Noha Rodríguez, de 23 años, sexo femenino, se presenta por una referencia de médico general para una evaluación de trastorno de conducta alimenticio.

Resultados de la evaluación: se aplicó el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT) Su nombre original es Eating Attitudes Test (EAT) y ha sido diseñado por Garner & Garfinkel (1979). Tiene como objetivo identificar síntomas e inquietudes características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Aporta una medición general de síntomas de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, también puede considerársele como un instrumento diseñado para apreciar un conjunto de actitudes y conductas relacionadas con Anorexia Nerviosa.

El cuestionario contiene 40 reactivos, los cuales se agrupan en tres subescalas, en las cuales la evaluada obtuvo la siguiente puntuación:

- Dieta y preocupación por la comida: 19 puntos
- Presión social percibida y malestar con la alimentación: 4 puntos
- Trastornos psicobiológicos: 0 puntos

Obteniendo una puntuación total de 23 puntos, lo que sugiere que, aunque no existe un trastorno de anorexia o bulimia nerviosas, si hay indicadores que muestran patrones inadecuados de alimentación que podrían provocar un malestar en la salud.

De acuerdo con la entrevista y evaluación, la paciente ha presentado problemas en el colon, así como un estreñimiento desde los 15 años, lo que provoco tener un mayor cuidado y control en la ingesta de alimento. Sin embargo, añadió que la preocupación por la comida y la realización de ejercicio surgió a raíz de la pandemia, debido a que los primeros meses de cuarentena subió “mucho” de peso, lo que provoco sentimientos de inseguridad, por lo que comenzó a realizar rutinas de ejercicio en casa, una hora cada día, siguiendo videos de internet y dejando de consumir alimentos azucarados y menos carbohidratos. Estos patrones de conducta son confirmados en la evaluación, ya que una de las preguntas con mayor puntaje son el deseo de estar más delgada, la realización de ejercicio con la finalidad y mentalidad de quemar calorías, restricción de productos con azúcar y control a no comer demasiado durante las comidas.

Referencia: se sugiere referirla a nutrición para una educación en la buena forma de comer, ajustando una dieta balanceada de acuerdo con su peso, altura y condición económica.



Abdi Abisua Peña López
Psicóloga evaluadora.

INFORME 2

Informe de Trastorno Alimenticio

Ficha de identificación		
Nombre: C.P.	Sexo: femenino	Edad: 25 años
Ocupación: Licenciada en Ingles.	Estado civil: soltera	Fecha de evaluación: 26/06/22

Motivo de referencia

CP de 25 años, sexo femenino referida por su Ginecóloga debido a diagnóstico de ovario poliquístico, lo cual desencadena irregularidades en su ciclo menstrual, problemas de sobrepeso (obesidad) y alimentación, por lo cual refiere al psicólogo para una evaluación de un posible trastorno alimenticio.

Resultados de la evaluación

De acuerdo a la evaluación los resultados indican una tendencia por parte de la paciente a presentar trastorno de la conducta alimentaria puesto que según la entrevista que se le realizó desde su etapa de la adolescencia presenta problemas de sobrepeso, lo cual provocaba inseguridad en sí misma y al mismo tiempo se sometía a dietas de régimen y jornadas de ejercicio estrictos para controlar su peso; intentos que duraban no más de dos meses en los cuales lograba bajar un par de libras, volviéndose un ciclo de subidas y bajadas de peso a lo largo de los últimos 12 años, actualmente sigue manifestando conductas dirigidas a someterse a dietas estrictas que encuentra en internet y rutinas de ejercicio cuatro veces por semana, manifiesta sentirse insegura con su aspecto físico.

Indicadores de la evaluación

En cuanto a la evaluación se aplicó el Cuestionario de aptitudes hacia la comida EAT 40 (Gamer y Garfinkel 1979) el cual aporta una medición general de síntomas de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa; en cuanto a la evaluación obtuvo una puntuación total de 35, sin embargo no presenta ninguno de los trastornos señalados (Bulimia, Anorexia) más bien presenta una **tendencia a la dieta y preocupación por la comida** ya que obtuvo la mayor puntuación en dicha escala con un **total de 26 puntos**; en la escala de precisión social percibida y malestar por la alimentación: 3 puntos, escala de trastorno psicobiológicos 6 puntos; entre las características/conductas más sobresalientes que la paciente tiende a realizar se destacan: evitar comer cierto tipo de alimentos con muchos carbohidratos y azúcar, comer los mismos alimentos, hacer mucho ejercicio para quemar calorías; lo cual se presenta con preocupación constante por la comida, miedo a pesar demasiado, gusto por sentir el estómago vacío y menstruación irregular.

Referencia: Continuar seguimiento con la ginecóloga por su diagnóstico médico, nutrición para elaborar un plan de alimentación acorde a su caso y terapia psicológica para abordar la percepción de sí misma y reforzar su autoestima.

f. 

Linda Esmeralda Pleitez Arévalo.

Evaluadora.

INFORME 3

INFORME SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

IDENTIFICACION.

Nombre: [REDACTED] Sexo: Masculino.

Edad: 27 años.

Fecha Nacimiento: 20 de diciembre 1995

Oficio: Ingeniero Industrial.

MOTIVO DE CONSULTA.

Es referido por sospechas de un posible trastorno de conducta alimenticio.

RESULTADOS DE EVALUACION

El joven presenta un puntaje de 50 puntos en total lo que indica que posiblemente se esté presentando un trastorno de conducta alimenticia relacionado a una inadecuada percepción de su imagen, es Diagnosticado con Anorexia nerviosa.

Los indicadores más sobresalientes se observan en el área de dieta y preocupación por la comida obtuvo un total de 43 puntos, considerado como un nivel muy alto, por el deseo de controlar calorías y el miedo irracional de perder el control y comer más de lo debido y volver a recuperar los kilos que perdió hace un par de años atrás.

Con respecto a los puntajes en el área de presión social es muy baja, la prueba no arroja puntuaciones significativas con respecto al desarrollo de un trastorno psicobiológico.

INDICADORES

El evaluado presenta problemas con respecto a su imagen, dice no estar conforme con lo que ve al espejo, se siente gordo y muy flácido, constantemente se somete a dietas de déficit calórico, preocupación por el consumo de hidratos de carbono y grasas, está contando calorías por el temor irracional de almacenar grasa en su cuerpo y volverse obeso nuevamente.

En su historia presenta acontecimientos pasados que actualmente están relacionados a su trastorno, hace tres años subió de peso debido a malas hábitos alimenticios y la inestabilidad emocional que vivió en su ex relación, donde los comentarios negativos hacia su físico eran constantes debido a su sobre peso, su peso era de 280 libras y mide 1.90 metros, actualmente pesa 210 libras, con porcentaje bajo en grasa de un 8% e incremento masa muscular, actualmente excede sus rutinas de ejercicio e incremento las horas de cardio, su dieta es basada en cantidades demasiado bajas de carbohidratos y moderada en proteína con mucha ensalada.

REFERENCIA:

Se presenta por referencia de nutricionista a evaluación psicológica por sospechas de trastorno de conductas alimenticias, debido que se ha presentado constantemente a evaluación para medir su porcentaje de grasa corporal y masa muscular, lo hace de forma muy constante exigiendo dietas muy bajas en calorías, en cuestión de 3 meses ha logrado llegar a un porcentaje de grasa muy bajo del 8%, si continua puede ser perjudicial para su salud, ya que constantemente se enferma de gripe y otras enfermedades virales porque sus defensas están muy bajas, fue diagnosticado con gastritis ya que toma suplementos para quemar grasa, en ayunas y otros remedio para acelerar el metabolismo que son agresivos para la mucosa estomacal.

Se refiere a **Atención psicológica** para tratar su anorexia nerviosa ya que pasa muchas horas haciendo ayuno, también trabajar en su autoestima, en las ideas irracionales y su relación con las conductas que están perjudicando su salud.

También se debe referir al **Gastroenterólogo** para el tratamiento médico que debe de seguir para la gastritis de igual manera continuar con su nutriólogo para reestructurar su dieta y que sea orientada a un estilo de vida saludable sin excesos.



Psicóloga
Alba Cortez.

4. Informe Psicológico

4.1 Evaluación Psicológica

La evaluación psicológica es un procedimiento mediante el cual un psicólogo especializado recopila información sobre el paciente a través de prueba y entrevistas, con el fin de evaluar el funcionamiento y las capacidades de este en determinadas áreas y, a su vez, predecir cómo será su comportamiento en un futuro (TOPDOCTORS, s.f.). Este tipo de evaluaciones, se realizan en las diferentes áreas de especialización de la psicología, cada una de ellas tiene su propio objeto de estudio, así como peculiaridades en la forma en que abordan la evaluación.

La exploración implica la recogida de información sobre el comportamiento del individuo o grupo, donde se utilizan los métodos y técnicas según el contexto en que se desarrolla, así como el objetivo de la evaluación. El análisis consiste en interpretar los datos recogidos de cara a construir un juicio o modelo del funcionamiento del individuo o grupo en su medio ambiente general o en un contexto particular (SEAEP, 2022).

En la actualidad, la psicología está presente en diferentes ámbitos, como la salud, educación, trabajo, organizaciones, forense, judicial, servicio social, entre otros; por lo que las personas acuden a un profesional de la psicología en los diferentes ámbitos, dependiendo del contexto, para solicitar ayuda u orientación, ya sea de un problema de salud mental, educativo o profesional.

En cualquiera de estos casos, el profesional de la psicología realiza una evaluación psicológica, manteniendo claro el objetivo de la evaluación, ya que, dependiendo del mismo, el procedimiento, método e instrumentos serán diferentes. De igual manera, la intervención en cada caso será de manera diferente, siempre teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada sujeto.

4.2 Métodos De Evaluación

Como se mencionaba en apartados anteriores, la psicología está presente en diversos ámbitos, y en cada uno de ellos, el psicólogo responsable tiene la tarea de realizar una evaluación psicológica, y aunque en cada ámbito hay algunos cambios en el proceso e instrumentos que se utilizan para la evaluación, existen también algunas similitudes.

Por esto, mencionaremos a continuación como se realiza una evaluación al paciente de acuerdo con el ámbito en que se este y los objetivos de la evaluación.

a) Informe clínico: este es uno de los informes más conocidos en la psicología. En este, lo que nos interesa es determinar la condición del paciente, basándonos en fundamentos científicos, investigaciones y artículos que nos expliquen la enfermedad o condición del paciente. No se trata solamente de un diagnóstico clínico o etiquetar con un trastorno, sino que lo importante es entender la condición del paciente, sus desencadenantes para poder contrarrestar el malestar y eliminarlo de raíz.

Para evaluar y realizar este tipo de informe es necesaria la utilización de instrumentos de evaluación como lo son la observación, entrevista y en algunos casos, el uso de pruebas proyectivas para la obtención de alguna información que el paciente, de manera voluntaria, no nos dirá.

En cuanto a las pruebas psicológicas que se deben de administrar, estas dependerán de cada paciente, puesto que todos los casos son diferentes, por lo que cada prueba administrada debe responder a un objetivo de porque se aplica, que se espera obtener con la aplicación de dicha prueba y de que servirá la información que se brinde.

b) Informe de selección: este tipo de informe se realiza en el ámbito laboral, se busca determinar si el sujeto tiene la condición o no para el puesto de trabajo al que se postula. Para la evaluación en este tipo de informe se utiliza como herramienta principal la entrevista, que es un abordaje que permite entender quién es el sujeto, que tan eficaz y eficiente será en la institución, se busca conocer al sujeto y ver si se ajusta al perfil del puesto.

Luego de esto se realizarán las pruebas, tanto teóricas como psicológicas, que ayudaran a obtener información acerca de la personalidad del sujeto y si tiene las habilidades técnicas que el puesto necesita.

c) Informe pericial: este tipo de informe se realizan en el ámbito jurídico y pueden ser de derecho penal, civil, laboral, militar y otro tipo que haya dentro de la rama jurídica. En este tipo de informe, la evaluación puede ser psicosocial, clínica, de equilibrio

emocional, capacidad intelectual y otros; por lo que el objetivo dependerá del tipo de evaluación que se solicite.

Por lo que se debe tener claro a quien va dirigido el informe, que puede ser un juez, abogado, defensa o un fiscal, esto con el objetivo de saber la calidad y cantidad de información que hay que recoger, y cuanto de esa información puede permitir determinar o no la presencia de un delito.

También es importante tener claro si la persona para la que hacemos el informe es acusada o acusador, porque dependiendo de quien sea, habrá variación de la información, así como la credibilidad de esta.

En este tipo de informe es importante la aplicación de pruebas idóneas para el caso, que tengan validez científica y fiabilidad. El tipo de prueba psicológica que se utilice (inteligencia, personalidad, etc.) variara de acuerdo con lo que se haya solicitado en la petición de evaluación psicológica.

d) Informe educativo: este tipo de informe se enfoca en las necesidades particulares del estudiante para así poder generar recomendaciones orientadas al método y al objetivo. Sin embargo, es de recalcar que no se dice como se harán estas modificaciones, debido a que solo es una recomendación.

Este tipo de informes se realiza normalmente a petición de otros, como puede ser el centro educativo, ya sea el profesor o director, o como un requisito para poder admitir al alumno. Esta evaluación consiste en determinar si el alumno tiene las condiciones o no requeridas para su admisión.

También puede llegar como una remisión de parte del maestro por problemas conductuales y cambios significativos en el alumno. En ocasiones solo se brindará la información del alumno para que se ordene y se arme el informe con las recomendaciones correspondientes.

4.3 Conceptos Y Objetivo Del Informe Psicológico

Un informe psicológico es un documento que explica de manera técnica y entendible la situación del paciente, cuál es su condición, los motivos por lo que se desarrolló dicha condición, de que maneras se manifiesta y que se puede hacer para resolverlo. El principal objetivo que persigue la elaboración de informes psicológicos es ofrecer una información detallada acerca de

una persona y situación concreta, ya que incluye datos fiables que sirven de guía y ayuda a entender la conducta de este y sus problemas (UNIR, 2021).

Al realizar un informe, se hace una división en función del área o finalidad que el informe tiene, esto es en base a quien va dirigido, para que se necesita, por lo que los informes se pueden clasificar:

- a. **Según el medio de transmisión (informe oral o escrito):** normalmente, los informes orales se realizan con padres de familia cuando se hace una devolución de resultados de menores de edad; también se hacen cuando realizamos evaluaciones en centros penales y somos llamados como peritos; además se realizan en el área laboral, al rendir un informe oral al jefe encargado, del porque es o no apto el candidato para el puesto. Aunque se realice el informe de manera oral, de igual forma se presenta el informe escrito.
- b. **Según el objetivo y el propósito de la evaluación (informe de evaluación, selección u orientación o intervención):** el propósito de la evaluación y la realización del informe psicológico puede variar según quien lo pide, puede ser un cambio de puesto de trabajo, determinar si la persona tiene una condición médica/psicológica que le impide realizar su trabajo o fue el motivo de un delito; evaluaciones clínicas para determinar condiciones psiquiátricas o evaluaciones de discapacidad, entre otros.
Por lo que el propósito puede ser distinguir, seleccionar, intervenir u orientar una situación determinada.
- c. **Según el contexto de su aplicación (informe de selección, clínico, educativo, pericial u otros):** como se ha explicado anteriormente, el contexto de la evaluación determinara el tipo de informe que se realiza, y por lo tanto el contenido que este debe llevar. En ocasiones se puede trabajar con equipos multidisciplinarios, donde cada profesional evaluara en su rama de especialización al sujeto, para que luego se realice un solo informe con toda la información obtenida y el diagnostico final, así como las recomendaciones pertinentes.

4.4 Contenidos Y Áreas Del Informe.

Como se ha discutido en el transcurso de todo el documento, un informe psicológico varía de acuerdo con la situación y contexto en el que se encuentre, por lo que a continuación se presentan los contenidos de los tres principales informes psicológicos.

INFORME CLINICO

Áreas	Contenido
Datos generales	En este apartado se coloca la información general del paciente como nombre completo, edad, sexo, fecha de nacimiento, nivel académico, fecha de ingreso, fecha de evaluación, información de contacto entre otros.
Motivo de consulta	Aquí se coloca el motivo por el cual el paciente ha llegado a consulta o si ha sido referido por otro profesional. Se recomienda colocar las palabras exactas en que el paciente expreso de su motivo de consulta entre comillas.
Pruebas psicológicas aplicada	Se coloca los nombres de las pruebas aplicadas, su objetivo, nombre del autor y año de la prueba, y detallar lo que la prueba evalúa.
Interpretación de resultados	En este apartado se especifica y detallan los resultados de la prueba, de manera cuantitativa y cualitativa, realizando una descripción y contrastando los resultados de la prueba, con la conducta observada del paciente y la información de la anamnesis. Si la prueba aplicada contiene muchas áreas o escalas de evaluación, se recomienda hacer un cuadro detallando la información de cada área o escala.
Conclusiones	Al haber realizado toda la interpretación de resultados, se realiza la conclusión, es decir, se escribe el diagnostico al que se llegó de acuerdo con toda la información que se tiene. Se comienza resaltando lo positivo del paciente y gradualmente se va añadiendo los aspectos negativos, siempre justificando toda la información con bases científicas. Se describen los elementos y como estos se relacionan, se explica porque se clasifica o no en un trastorno u otra condición psicológica.
Recomendaciones	Aquí se describe lo que se debería trabajar con el paciente de acuerdo con la condición que ha presentado.

Al finalizar el informe, se firma y sella.

INFORME DE SELECCIÓN

Área	Contenido
Datos generales	Se dispone la información proporcionada por el candidato al puesto como su nombre completo, edad, sexo, nivel académico, información de contacto, estado civil, puesto al que aspira.
Entrevista al candidato	Este apartado se basa exclusivamente en elementos como perfilar el tipo de familia, de donde viene, a que se ha dedicado en este tiempo, su nivel académico, experiencia laboral y en qué áreas se ha desarrollado para poder catalogar si tiene experiencias afines al puesto al que aspira. Es un resumen de la información más relevante obtenida del candidato en la entrevista.
Pruebas aplicadas	Primeramente, definimos el nombre de la prueba, su objetivo, que evalúa, nombre del autor y año de la prueba. Seguido de esto se procede a colocar los resultados de cada prueba, recalando las fortalezas y debilidades del candidato, y resaltando los elementos claves que el puesto requiere. Se recomienda siempre colocar graficas o cuadros de los resultados.
Conclusiones	Al finalizar, se coloca, según los resultados de las pruebas y la información de la entrevista, si el candidato aplica o no al puesto que aspira, según los requisitos de este.

INFORME PSICOPEDAGÓGICO

Área	Contenido
Identificación general	En este apartado añadimos el nombre del niño, el centro escolar donde estudia, ya que esto nos da un panorama de la estimulación dentro del contexto escolar y la situación de vida de sus padres y decir si puede acceder o no a ciertas cosas. También hay que añadir el nivel educativo en el que se encuentra y si ha repetido algún año escolar.
Referencia y objetivos	Es muy importante tener la información de quien ha referido al niño y el motivo por el cual ha sido referido, y así colocar el objetivo de la evaluación.
Aspectos previos	Se coloca si hubo algún problema durante el embarazo o con el nacimiento, si fue por cesarí o natural, si durante el momento del parto hubo alguna complicación, así como problemas motrices o retardo en el habla, enfermedades particulares, eventos traumáticos y otras dificultades que pueden ser relevantes.
Aspectos de exploración	Se coloca que pruebas psicológicas se aplicaron, su objetivo, que evalúa, nombre del autor y año de la prueba. Luego se procede a plasmar los resultados de las pruebas de manera cualitativa y cuantitativa, así como la interpretación de estos.
Resumen y conclusiones	Enlazamos todas las evaluaciones para respaldar nuestro diagnóstico y concluimos que condición tiene el niño. Si es una condición grave lo haremos en función a los criterios del DSM-V y el CIE-11. Las conclusiones son de carácter educativo, escolar, curricular y familiar.
Orientación y consejo psicoeducativo	<i>Orientaciones generales:</i> estas se realizan en base a las necesidades del niño, pueden ser recomendar que el niño este cerca de la maestra en clases o que se involucre en algunas actividades. <i>Orientaciones específicas para su desarrollo curricular:</i> estas son más orientadas al contenido que el niño aprende en clases, se recomienda un método diferente para el niño como una adecuación

	curricular en el área de matemática, enseñando solo sumas y restas debido a la condición del niño.
--	--

Devolución De Resultados Bajo Informe Y Manejo Ético de Resultados

La información contenida en cualquier tipo de informe tiene un carácter confidencial, debido a la información delicada que se maneja. Por lo que cuando se solicita un informe psicológico, se debe tener cuidado con la información que se pondrá. Esto dependerá de a quien vaya dirigido el informe, en base a esto se decidirá la cantidad de información, teniendo siempre en cuenta utilizar un lenguaje técnico pero entendible para cualquier persona que no sea psicólogo.

En el ámbito clínico, el informe se brinda al paciente para explicar la evaluación realizada, los resultados y la propuesta de intervención. Sin embargo, se pueden realizar informes a otros profesionales en caso de referir al paciente o solicitar una evaluación para obtener una segunda opinión. Exceptuando estas condiciones, brindar información del paciente a terceros no está permitido, y solo se puede revelar esta información si el paciente esta en peligro para sí mismo o para terceros,; de igual forma, si un juez solicita un informe del paciente, al estar éste, involucrado en un proceso judicial.

En el ámbito laboral, el informe se brinda a los altos mandos, explicando si el candidato es apto o no para el puesto, y brindando información relacionada con las habilidades para el puesto, cualquier otra información que el candidato haya brindado que sea de carácter personal, delicado y no tenga que ver con la aplicación al puesto, será omitida del informe y no será compartida a terceros.

En el ámbito psicopedagógico, el informe se brinda a los padres de familia y/o tutores, ya que la evaluación es hecha a menores de edad, esto también puede incluir a profesores para brindar las recomendaciones y orientaciones para las adecuaciones curriculares. Exceptuando esto, brindar información acerca de la situación del niño a terceros sin la autorización debida, es penado, a menos que sean los mismos padres de familia y/o tutores del niño los que estén causando algún tipo de daño, ya sea físico y/o psicológico.

En el ámbito pericial, como parte del proceso, se informa al evaluado que la información será compartida con las partes involucradas del caso, teniendo en claro, que, de ser necesario, se brindará un informe oral en un juicio de los hallazgos de la evaluación, esto, solamente a petición de alguna de las partes involucradas y/o por orden del juez encargado. Por lo que, en este ámbito, el secreto profesional esta sujeto a otras variables.

Finalmente, el manejo de los resultados de las evaluaciones, en cualquiera de los ámbitos estudiados anteriormente, se realiza de manera ética, de esta forma no se comparte la información con ninguna persona, sin la autorización del paciente. Es por ello, que es necesario tener en claro las excepciones al momento de compartir dicha información. Por ejemplo, en las clínicas privadas se realizan auditorias por parte de la Junta de Vigilancia, donde se revisa que todos los expedientes e informes realizados estén en el orden debido.

5. Tipos De Informes

5.1 Tipos De Informes Psicológicos

El informe psicológico es una herramienta de vital importancia en la evaluación psicológica que se realice en cualquiera de las áreas (clínica, laboral, educativa, forense) ya que se obtiene una visión clara, concreta y acertada de la problemática que el evaluado presenta. Con relación a ello, se mencionó que existen diferentes tipos de informes psicológicos, los cuales están divididos en función de diversas causas:

- **Según el medio de transmisión (informe oral o escrito).**
- **Según el objetivo y propósito de la evaluación (informe de evaluación, selección u orientación o intervención)**
- **Según el contexto de su aplicación (informe de selección, clínico, educativo, pericial u otros)**

De igual forma, los informes psicológicos generalmente se basan en líneas de acción orientadas por modelos de evaluación psicológicos, cada uno de ellos, desarrollado en base a las corrientes psicológicas, las cuales contienen sus propias teorías, procedimientos, formas de evaluar y técnicas particulares para el abordaje de casos. Por lo que, a continuación, se presentan alguno de ellos:

- a) Modelo Psicométrico:** estudia diferencias individuales en distintas pruebas para identificar dimensiones o rasgos. Ejemplo: aplicación de pruebas de Inteligencia/aptitudes y cuestionarios de personalidad.
- b) Modelo Médico:** Psiquiatría (Conceptos organicistas o biologicista) busca las causas orgánicas de los trastornos mentales; por ejemplo: la alteración en el comportamiento se interpreta como signo de enfermedad o trastorno orgánico subyacente.
- c) Modelo dinámico:** trata de averiguar la estructura de personalidad de los sujetos y la conducta en función de factores intrapsíquicos mediante técnicas proyectivas con el objetivo de comprender y explicar la conducta.
- d) Modelo Fenomenológico:** proviene de revisiones realizadas a las posiciones de Freud; brindando especial énfasis en la percepción del individuo y en su experiencia subjetiva, estudiando la conducta en función de factores internos de tipo cognitivo.

Por lo que, al igual que existen diferentes modelos de evaluación en la psicología, los tipos de informes también presentan diferencias particulares de acuerdo con el objetivo de este, como se presenta a continuación

Tipos de informes psicológicos.				
Clínico	Laboral	Educativo	Forense	Psicopedagógico
<p>Recopila por escrito la evaluación psicológica del paciente y tiene como objetivo conseguir objetivos terapéuticos. Es necesaria una especialización en psicología clínica para que el terapeuta sea capaz de evaluar y redactar correctamente este tipo de informe.</p>	<p>Es utilizado en las empresas como herramienta para la toma de decisiones en base a la contratación de candidatos para un puesto vacante y para la planificación de estrategias.</p>	<p>Este tipo de informe se caracteriza por ser solicitado por padres, tutores, maestros, con el objetivo de evaluar al estudiante principalmente en el desempeño escolar y la relación de su conducta al momento de interaccionar con su medio social dentro de la escuela.</p>	<p>El informe pericial, también conocido como informe psicológico forense, es aquel en el que un profesional de psicología forense utiliza técnicas y conocimientos en que está especializado para guiar a los tribunales en su búsqueda de veredicto.</p>	<p>Describe la situación evolutiva y educativa del estudiante en los diferentes contextos de desarrollo y permite concretar sus necesidades educativas en términos de la propuesta curricular y del tipo de ayuda que va a necesitar para facilitar y estimular su progreso.</p>

5.2 Informe Clínico

El informe psicológico es una herramienta de uso común en el área Clínica. Consiste en una recopilación de evaluaciones, datos personales, situaciones problemáticas y resultados (Fernández, 2022); en dicho documento se resguardan los hallazgos más sobresalientes del paciente, producto de una serie de entrevistas, observación de conducta, cuidado e higiene personal, aplicación de pruebas psicológicas y material adicional producto de cada sesión.

El informe clínico cuenta con diversos estudios, investigaciones, artículos y capítulos de libros en los que se explica cómo debe elaborarse para que sea eficaz y se logren conseguir los objetivos que se pretende obtener con su elaboración y aplicación. La información personal es fundamental en este tipo de informes. Además, es tanto de carácter científico como confidencial.

Entre los apartados más relevantes del informe clínico se encuentran:

- | | |
|--|--|
| a) Datos generales del evaluado | d) Interpretación de los resultados |
| b) Motivo de consulta | e) Diagnóstico |
| c) Pruebas aplicadas | f) Sello y firma del evaluador |

5.3 Informe Forense.

En dicho informe el profesional de psicología forense utiliza técnicas y conocimientos en que está especializado para guiar a los tribunales en su búsqueda de un veredicto. Este tipo de informes puede ser utilizado por los psicólogos en diversos ámbitos (derecho penal, derecho civil, derecho laboral, derecho militar y derecho canónico). En este sentido, se trata de un informe con valoraciones psico legales, las cuales mezclan el funcionamiento psicológico con el ámbito jurídico.

Es por ello, por lo que la información de la evaluación pericial psicológica es entregada a un operador jurídico demandante en forma de informe. Cuando es transmitido el informe, comienza a constar como otro documento probatorio en el proceso judicial, y de igual forma, el psicólogo perito forense puede ser llamado para brindar un informe oral de los hallazgos obtenidos en la evaluación.

Al igual que el resto de los informes psicológicos, es imprescindible que su redacción sea clara y organizada, de manera que el operador jurídico sea capaz de comprenderlo sin dificultad. Asimismo, debe especificar hacia quien irá dirigido (Juez, abogado, defensa, fiscal) debido a que

es un factor muy relevante a la hora de redactar en función de la calidad, la cualidad y la cantidad de información recogida en él.

Por ejemplo, un fiscal o un juez van a requerir la mayor cantidad de información que sea posible aportar; mientras que un letrado solamente exigirá aquella información que necesite en función de rol que vaya a desempeñar en el juicio, dependiendo si actúa en el lado de la defensa o de la acusación. De igual forma debe contener criterios técnicos y datos manejados por el perito, los cuales también deben ser utilizados para justificar las conclusiones a las que se llegue dentro del documento.

A continuación, se presentan de forma sintetizada los apartados básicos del informe pericial:

1. Identificación del psicólogo.
2. Datos del juzgado.
3. Indicar la confidencialidad del informe.
4. Filiación del informado.
5. Datos de la persona que ha solicitado el informe y los motivos de la solicitud.
6. Hechos que han sido denunciados.
7. Documentación del sumario que se ha consultado a la hora de hacer el informe.
8. Preguntas que se han realizado al perito.
9. Entrevistas llevadas a cabo.
10. Breve anamnesis del sujeto evaluado.
11. Exploración psicopatológica actual del sujeto evaluado.
12. Exploración mediante pruebas psicológicas.
13. Resultados y su comentario correspondiente.
14. Conclusiones e inferencias de interés.
15. Anexos.

En las evaluaciones periciales hay que tener especial cuidado con toda la documentación que se recolecta; y dicho informe solo debe ser compartido con el juez, abogado; así como también se debe contar con respaldo de las pruebas psicológicas aplicadas y bases científicas al momento de defenderlo ante la corte, esto para evitar posibles repercusiones y dudas ante la información brindada de la evaluación.

5.4 Informe Educativo.

Dicho informe tiene como objetivo determinar si el niño/a, adolescente tiene las condiciones internas o externas para desarrollarse adecuadamente en el contexto educativo. En dichos informes es importante tomar en cuenta el motivo de consulta, ya sea el que el alumno menciona y el que el padre de familia manifiesta en forma de queja, esto con la finalidad de comprender mejor la situación.

El informe educativo se centra en las necesidades particulares de cada estudiante y en base a ellas se generan las recomendaciones enfocadas en mejorar las áreas deficientes que necesitan apoyo. Por ello la finalidad de este informe es proporcionar al alumno una serie de recomendaciones para poder progresar en el desarrollo de sus capacidades o de orientar al alumno en una serie de decisiones en torno a las opciones que se le presentan en un futuro para continuar sus estudios.

Estructura de un informe educativo.

- I. **Identificación:** nombre, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, curso, fecha de informe, evaluador.
- II. **Antecedentes generales:** se describe brevemente la información sobre el curso y el contexto social en que se desenvuelve y en que se aplicó el instrumento.
- III. **Instrumento aplicado.**
- IV. **Dimensiones evaluadas.**
 1. Contexto.
 2. Habilidades intelectuales.
 3. Conducta adaptativa. (salud)
- V. **Participación, interacciones y roles sociales del sujeto en el contexto:** de igual forma se realiza el informe por áreas:
 - **Análisis cuantitativo:** Referirse a las preferencias y a su distribución, gráficos, porcentajes.
 - **Análisis cualitativo:** Descripción de forma objetiva, elaboración de la información cuantitativa.
 - **Síntesis valorativa:** Se realiza un relato global sobre el análisis hecho previamente, de forma sintética preferiblemente que no exceda un párrafo.

- **Determinación de apoyos:** (hogar, escuela) Desde la perspectiva del conocimiento acumulado, se deben incluir las medidas a tomar para mejorar la situación observada. Por ejemplo: necesidad, apoyo, intensidad, duración, responsable.

VI. Firma y sello del evaluador: Con el objetivo de dar validez al informe realizado.

5.5 Informe Psicopedagógico.

El informe psicopedagógico es un documento oficial en el que se registran los datos de evaluación de un alumno, integrándose en un conjunto organizado y dirigido a la respuesta educativa adecuada a sus necesidades. Es un soporte de información, resultado de la evaluación descriptiva o prescriptiva sobre la persona y situación del alumno en base a su desempeño dentro del centro educativo, contexto familiar y características de personalidad.

Dicho informe se elabora por el profesional de psicología, pedagogía o psicopedagogía a petición del profesorado, que detecta las dificultades o necesidades en el alumno en cuestión. Se busca con ello ayudar a la persona a adquirir, desarrollar o mejorar sus capacidades, conocimientos y habilidades personales. Tomando en cuenta la información brindada por los maestros y padres de familia.

De igual forma el Informe Psicopedagógico permite diferenciar la metodología que el maestro está utilizando para enseñar y la condición psicológica del alumno para determinar cuál de las dos está fallando. Por ello es importante evaluar las siguientes áreas con el alumno: familia, inteligencia, madurez y aprendizaje; sobre la base de ello se sugiere cuáles son las áreas y acciones para trabajar.

Estructura y características del Informe Psicopedagógico.

El informe como un documento referencial de intervención psicopedagógica, debe tener, al menos, dos características básicas: ser un documento técnico y objetivo, además de un conjunto estructurado de información útil. En consecuencia, dicha utilidad, que no está reñida por el rigor ni la elegancia, se expresa en un conjunto accesible, comprensible y ordenado de información, resultando en un documento equilibrado tanto en su estructura, como en su contenido, extensión y lenguaje.

Apartados del Informe Psicopedagógico.

- a) **Datos generales:** Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y edad, centro educativo (curso académico, nivel, horario)
- b) **Referencia y objetivos.**
- c) **Aspectos previos.**
 - a. aspectos evolutivos.
 - b. Otros (historial personal, trastorno escolar, etc.)
- d) **Aspectos de exploración**
 - a. Técnicas y procedimientos aplicados.
 - b. Interpretación de resultados.
- e) **Resumen y conclusiones.**
- f) **Orientación y consejo psicoeducativo.**
 - a. Orientaciones generales
 - b. Orientaciones específicas para su desarrollo curricular.

En base a los apartados mencionados anteriormente se debe tomar en cuenta que el informe obedecerá a las necesidades que la institución o el psicólogo requiera expresar. De igual forma existen diversas técnicas y procedimientos que se aplican para la evaluación de casos en el área Psicoeducativa, entre los cuales se encuentra:

- Elementos de exploración Psiconeurológica.
- Desarrollo psicomotor.
- Organización perceptiva.
- Cuestionarios de observación o detección realizados por la tutora.
- Cuestionarios de observación o detección realizados por la familia.
- Test de matrices progresivas de Raven.
- Test breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT)
- Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC)
- Pruebas o cuestionarios de Conducta Adaptativa.
- Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales (BADYG)

5.6 Equipos Multidisciplinarios.

Los equipos multidisciplinarios son aquellos que involucran el conocimiento derivado de varias disciplinas, cada una aportando desde su estudio y espacio el tema en cuestión con el fin de lograr objetivos en común para brindar una explicación certera al evaluado. Un ejemplo de un manejo multidisciplinario lo constituye un equipo multiprofesional, formado por médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, etc.

Cada profesional evalúa en forma independiente las habilidades y debilidades de la persona, en base a ello se elabora un informe final, el cual contiene el respectivo diagnóstico, se formula un plan de tratamiento, el que generalmente se aplica de forma individual. Lo más característico de este tipo de modelos/equipos multidisciplinarios, es la función del coordinador de equipo, que integra y organiza los distintos aportes profesionales, por medio de un plan cooperativo.

El objetivo de este plan es integrar los tratamientos en pos de una evaluación más eficiente. En la etapa de diagnóstico, los profesionales trabajan en forma individual con la persona, delimitando sus características y necesidades de tratamiento desde el ángulo de su especialidad. Posteriormente se realiza una reunión clínica, en donde cada profesional presenta los resultados obtenidos tomándose acuerdo sobre la dirección del tratamiento que la persona recibirá, especialidades que intervendrán, objetivos, frecuencias, instrumentos de evaluación, etc.

Como grupo dinámico, da soluciones constantemente, logrando de esta manera cristalizar el objetivo común a todos sus miembros, en la medida en que plantean metas, objetivos y tareas que llenen las aspiraciones de los miembros del grupo, para que el interés de los integrantes persista hasta el logro del objetivo final. Los equipos multidisciplinarios deberán seguir una serie de principios y valores para lograr los objetivos en común, entre los cuales se encuentran:

- **Cooperación**
- **Comunicación**
- **Pertenencia al grupo**
- **Valores y normas**
- **Decisión y con censo**
- **La moral**
- **El liderazgo**

En cuanto al trabajo y aporte del Psicólogo con los equipos multidisciplinarios se encuentran las siguientes funciones:

- **Evaluativas:** Explorar las características cognitivas y socioemocionales de la persona a fin de detectar las fortalezas y debilidades que serán clave para diseñar la intervención.
- **Psicoterapéuticas:** La intervención es la implementación de un proceso psicoterapéutico dirigido a entender la situación que origina el problema; que se orienta a favorecer la adaptación del individuo.
- **Preventivas:** Involucra el intercambio con la comunidad, en la que se ejerce un rol psicoeducativo. Destaca la importancia de trabajar con equipos multidisciplinarios, a fin de propiciar una atención integral que estimule y desarrolle el sano desarrollo del individuo.

6. Elementos Claves Del Informe Psicológico.

6.1 Elementos Claves Del Informe Psicológico.

Para realizar un informe psicológico el profesional requiere de ciertas habilidades como: analizar, sintetizar e integrar una serie de datos obtenidos con las diferentes técnicas e instrumentos como la entrevista, las pruebas proyectivas y las psicométricas (Gómez, 2012). Es por ello por lo que el psicólogo debe estar capacitado para desarrollar cualquier tipo de informe en el ámbito en el que se desenvuelva.

En el informe psicológico se describe la personalidad, de tal manera que cualquier persona que lo lea, se espera que, al terminar de leerlo, tenga una impresión cercana a la realidad, del examinado. Antes de redactar el informe, se debe formar un todo coherente con los datos obtenidos, para que se presente un cuadro comprensivo de la persona que se evalúa en base a las áreas exploradas.

Es por ello por lo que, en el código de Ética de la profesión en Psicología en El Salvador, se indica en el apartado tres, referentes a las Normas Éticas, sección 2.4, referente al Informe Psicológico varios literales a considerar para la correcta elaboración de este; entre los cuales se encuentran: (Sandoval, 2011)

- a. Tener la firme convicción que el informe psicológico es el resultado del proceso evaluativo, después de realizar el análisis e integración de los diferentes datos obtenidos a través de las técnicas e instrumentos psicológicos.

- b. Informar al cliente los resultados de la atención profesional. Todo reporte o información psicológica debe ser explícita, objetiva y con orientaciones necesarias.
- c. Proporcionar los resultados o conclusiones técnico-profesionales directamente al cliente, o a su representante familiar, legal o institucional; o a equipos multiprofesionales que lo requieran.
- d. Elaborar cuidadosamente los informes que realiza como parte de un programa educativo o de seguimiento, partiendo de posibilidades y de rasgos que ayuden a mejorar las condiciones psicológicas y establecer adecuados niveles o modalidades de aprendizaje.
- e. Ser responsable del contenido, forma y oportunidad de entrega de los informes psicológicos verbales y escritos; estos deben tener su firma y sello legalizado².

En cuanto a los elementos claves que deben considerarse al momento de estructurar el informe psicológico se encuentran:

1. Datos de Identificación del/los evaluador/es (nombre, apellidos y número de colegiado del responsable de la evaluación y, en su caso, de sus colaboradores)
2. Datos de identificación del/los sujeto/s evaluado/s.
3. Datos de identificación de/los cliente/s.
4. Descripción de la demanda y objetivos de la evaluación.
5. Fechas de evaluación.
6. Test, técnicas o apartados de medición utilizados en la recogida de información con especificación de cuanto detalle sea pertinente (formato, fecha de la estandarización, etc.)
7. Procedimiento seguido.
8. Integración de resultados.
9. Conclusiones y recomendaciones.
10. En su caso, diseño y valoración de la intervención realizada.

² Ver anexo 1

6.2 Cualificación Del Evaluador.

La evaluación psicológica es un procedimiento mediante el cual un psicólogo especializado recopila información sobre el paciente a través de entrevistas, observación de conducta, arreglo personal, aplicación de pruebas psicológicas, con el fin de evaluar el funcionamiento y las capacidades de este en determinadas áreas, así como identificar la situación problema y contexto en el que se desenvuelve.

El evaluador debe ser competente y fiable ya que necesita la combinación de una amplia gama de características; éstas incluyen competencias técnicas en el área de la investigación, conocimiento del contexto social y de la naturaleza del objeto de la evaluación, destreza en relaciones humanas, integridad personal y objetividad, así como características relacionadas con la autoridad y la responsabilidad. (Olivos, 2015)

Entre las categorías descriptivas que debe poseer un evaluador se encuentran:

- ✓ Habilidades metodológicas.
- ✓ Habilidad para el análisis y síntesis.
- ✓ Ética profesional.
- ✓ Habilidades de gestión.
- ✓ Capacidad de comunicación.
- ✓ Habilidades interpersonales o rasgos del carácter.

Por otra parte, en base al área que el psicólogo decida retomar para ejercer (clínica, forense, educativa, laboral, comunitaria) deberá especializarse posterior a su licenciatura, ya que, el mercado laboral en el país es cada día más exigente tanto para el ámbito público como privado, es por ello por lo que en la actualidad se ofertan muchas maestrías, cursos, certificaciones tanto dentro como fuera del país, que acreditan al psicólogo con una preparación específica dependiendo el área.

Por ejemplo, para ejercer en el área clínica es necesario que el psicólogo opte ya sea por especializaciones, maestrías, doctorado para ser capaz de evaluar, diagnosticar e intervenir de una manera más especializada ya sea en el ámbito público o privado. De igual forma en el área

laboral existen muchas ofertas de especialización y certificación en el área de gestión de talento humano, reclutamiento, selección de personal, entre otras.

En el país son diversas universidades las cuales ofertan este tipo de estudios posterior a la licenciatura, por ejemplo, la Universidad de El Salvador actualmente se encuentra ofertando diplomado en gestión efectiva del talento humano, diplomado en primeros auxilios psicológicos y maestrías en psicología con especialidad jurídico/forense; así como también maestría en psicología clínica de la comunidad. Este tipo de oportunidades académicas brinda a los psicólogos más crecimiento profesional.

6.3 Derechos Del Evaluado/Evaluador.

El que hacer del psicólogo en el país se ve sujeto a una serie de leyes establecidas por La Asamblea Legislativa en base a códigos (Ley de deberes y derechos de los prestadores de servicios de salud, Código de Ética del Psicólogo) donde se norma el actuar del profesional en las diferentes áreas que se desenvuelve; es por ello por lo que resulta indispensable conocer cada uno de los manuales para no verse sujeto a sanciones y dificultades con los diferentes organismos nacionales.

En el ámbito psicológico la relación de evaluado/evaluador resulta de especial cuidado puesto que se busca establecer una relación empática de respeto mutuo y apoyo emocional a lo largo del proceso; es por ello por lo que el profesional de la psicología debe tener presente una serie de leyes que lo inviten a reflexionar sobre que conductas y procesos es capaz de desempeñar correctamente, considerando el área en que se desenvuelve.

Derecho del Evaluado.

En el país existe la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, aprobada en el año 2016 mediante la Asamblea Legislativa; la cual presenta en el capítulo IV el apartado de Los Derechos y Deberes de los Pacientes; en donde específicamente en la sección 1ª se abordan los Derechos de los pacientes, indicando los siguientes apartados: (Mendoza, 2016)

Derecho de Atención

Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo con las normas existentes.

Derecho a Trato Igualitario

Art. 11.- El paciente recibirá en todo momento de su atención un trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

Derecho a una Atención Calificada

Art. 12.- El paciente tiene derecho a una atención en salud con calidad y calidez, con profesionales y trabajadores de salud debidamente acreditados, certificados y autorizados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones, en el ámbito público y privado.

Derecho a la Información

Art. 13.- El paciente o su representante, deberá recibir en forma verbal y escrita, del prestador de servicios de salud, durante su atención, la siguiente información, de manera oportuna, veraz, sencilla y comprensible de acuerdo con su problema:

- a)** Nombre completo del profesional de la salud que lo atenderá y su número de registro en la Junta de Vigilancia.
- b)** Su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgo, evolución y pronóstico respectivo.
- c)** Recibir la información y explicación de manera oportuna y lo más clara posible de su diagnóstico, de sus exámenes de laboratorio, de su tratamiento, imágenes, biopsias; así como de los efectos secundarios de medicamentos y procedimientos.
- d)** Duración estimada de estadía en caso de hospitalización y tratamiento; en los casos que se puedan precisar.

e) Las posibilidades de éxito, riesgo y las consecuencias de rechazar o interrumpir un tratamiento.

f) En el ámbito privado el paciente tiene derecho a conocer, en cualquier momento, los costos estimados de su hospitalización, tratamiento y honorarios médicos, considerando las circunstancias de este.

De igual forma se debe considerar que toda la información antes mencionada será proporcionada al representante, cuando el paciente no se encuentre en uso de sus plenas facultades.

Deberes del evaluador.

Basándose en la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud se encuentra el apartado referente a: Derecho de los Prestadores de Servicios de Salud a un Trato Respetuoso; donde señala el siguiente artículo: (Mendoza, 2016)

Art. 30.- Recibir de parte de todo paciente, acompañante o familiares, del equipo y personal relacionado con su trabajo, un trato respetuoso, sean estos profesionales, técnicos o administrativos, así como la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones.

Derechos de los Profesionales de la Salud

Art. 31.- Además de los derechos regulados por el Código de Salud en su artículo 34 y otras disposiciones relativas a la materia, los profesionales de la salud gozarán de los siguientes derechos:

a) El profesional de la salud de acuerdo con su experiencia, capacidad y recursos instalados, decidirá el mejor procedimiento de atención, respetando las normas, protocolos institucionales y los reconocidos internacionalmente.

b) Obtener del paciente y los familiares, la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones.

c) Dejar constancia por escrito de su negativa a efectuar actos ajenos a la naturaleza de su profesión, las funciones de su cargo y las condiciones acordadas con el paciente o la institución.

d) Contar con instalaciones apropiadas y seguras que garanticen el buen desempeño de sus labores.

e) Recibir de la autoridad competente la colaboración necesaria para el mejor desarrollo de sus funciones.

Tomando en consideración los apartados previamente indicados, el psicólogo debe ser fuente de profesionalismo mostrando respeto, integridad y empatía ante el trato con los demás; siempre manteniendo una línea estrecha para conectar con las personas y lograr los objetivos que se establezca dependiendo el área de acción; por ejemplo, en el campo clínico dejar en claro desde el inicio los límites terapéuticos con el paciente para no llegar a malentendidos.

6.4 Documentos Relacionados Con El Contenido Del Informe.

El psicólogo se encuentra amparado por una serie de leyes que rigen su ejercicio profesional, para que su forma de actuar sea de manera profesional y ética, con el objetivo de brindar una atención de calidad a la población en general. En el país, existe el Código de ética del psicólogo el cual dicta y especifica una serie de principios, derechos y deberes que debe respetar en todo momento de su actuar.

En base a su práctica profesional, los psicólogos se ven sumergido en situaciones en las que, en ocasiones, se ven comprometidos a tomar decisiones en base a la información recolectada, circunstancias por las que se debe plantear actuar de manera correcta y al mismo tiempo, considerar cuáles podrían ser las consecuencias de sus decisiones sobre las personas, por lo que, queda en evidencia la naturaleza delicada de la información que se maneja.

Es por ello por lo que el código ético es un instrumento que garantiza la protección para quienes recurren a los servicios de estos profesionales, el cual ofrece un apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como en los casos en que se enfrenta a dilemas éticos. Por ejemplo, casos en el área clínica donde se evalúa a menores de edad por intentos de suicidio, en donde se entra en un dilema de si guardar el secreto profesional y/o presentar el informe a la persona responsable del menor puesto que su vida se encuentra en peligro.

Este tipo de situaciones obligan al profesional a buscar apoyo en el código de ética y de igual forma en la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, ya que actuar de manera imprudente en este tipo de casos puede llevar al psicólogo a verse

sometido a problemas judiciales y sanciones leves, moderadas y/o graves dependiendo el tipo de infracción que se cometa.

6.5 Estilo De Redacción Del Informe.

El Informe Psicológico debe seguir una línea clara y concisa para que sea comprensible al lector y logre compenetrarse con cada uno de los apartados; así como también comprender la secuencia lógica y conclusión de este, es por ello por lo que a la hora de redactar el informe se debe considerar los siguientes aspectos: (Gómez, 2012)

- Lenguaje bien definido, específico y concreto.
- No se deben abreviar las palabras ni colocar siglas como WAIS, DFH, HTP.
- Se debe abordar con un lenguaje claro, no enigmático: quién dijo, quién es...
- Se deben evitar palabras rebuscadas que confundan al lector.
- Evitar palabras innecesarias: frases de adornos, ejemplo: “su hermano que también es miembro del mismo club, porque tiene buenos ingresos...”
- Agrupar, la información que se refiere a lo mismo, ideas afines, por ejemplo, el desarrollo temprano, las fechas de los ingresos, si los hay.
- No se debe utilizar un lenguaje jactancioso, crítico o exagerado: ¡ pueden creer que fue capaz de..!
- No se debe exagerar: no usar superlativos o ser muy categórico: “no existe...” “es muy...”
- Evitar el uso de calificativos: bueno, malo, bastante, poco, mucho.
- Procurar ser positivo o no ser negativo. Decir lo que sí puede, no lo que no puede hacer, ejemplo: “el examinado no reconoce los colores sin embargo logró...”

Condiciones para hacer comprensible un informe.

Los informes psicológicos deben llevar un orden y secuencia lógica, en donde cada apartado debe ser comprensible, tanto al momento de leerlo como explicarlo; es por ello por lo que se deben tomar en cuenta las siguientes condiciones:

- Cada afirmación debe ser expresada en un lenguaje claro y comprensible para la persona a la que va dirigido el informe, evitándose cualquier etiqueta devaluativa o discriminatoria.
- Toda información redactada en términos técnicos ha de ser aclarada según su base científica y también según su traducción a un lenguaje comprensivo al individuo que se dirige.

- Deberá dejarse claro cuando una información es descriptiva, comparativa o interpretativa.
- No debe dejarse al lector la interpretación de los datos.
- Las conclusiones deben presentarse claramente, además de que cualquier inferencia tentativa debe ser señalada.

De igual forma se debe tener en claro las funciones comunicativas que se persiguen al momento de elaborar el informe, ya que, el psicólogo elabora el documento con especial interés para su comprensión y dependiendo el caso puede ir dirigido hacia un profesional o una persona particular, por ello debe perseguir los siguientes objetivos:

1. Resalta la expresión de un precepto del código deontológico del psicólogo de dejar constancia de los resultados de la evaluación.
2. El informe supone un testimonio archivable sobre la tarea realizada por el evaluador, el testimonio de un apto profesional del cual se podrían rescatar, en cualquier momento, los resultados de la evaluación debidamente sintetizados y analizados.
3. El informe escrito puede ser considerado un documento legal en la medida en que se supone una fuente de información sobre un sujeto precedente de un momento concreto de la vida de este en el que, en su caso, pueden apoyarse decisiones jurídicas.
4. Por último, el informe escrito supone un rastro de conducta, tanto del cliente como del evaluador. Tal documento puede ser utilizado con posterioridad como fuente de medidas no contaminadas (por ejemplo, valórese la importancia que puede tener un sujeto adulto, con un determinado trastorno psicológico, poder contar con documentos sobre exploraciones realizadas durante su infancia)

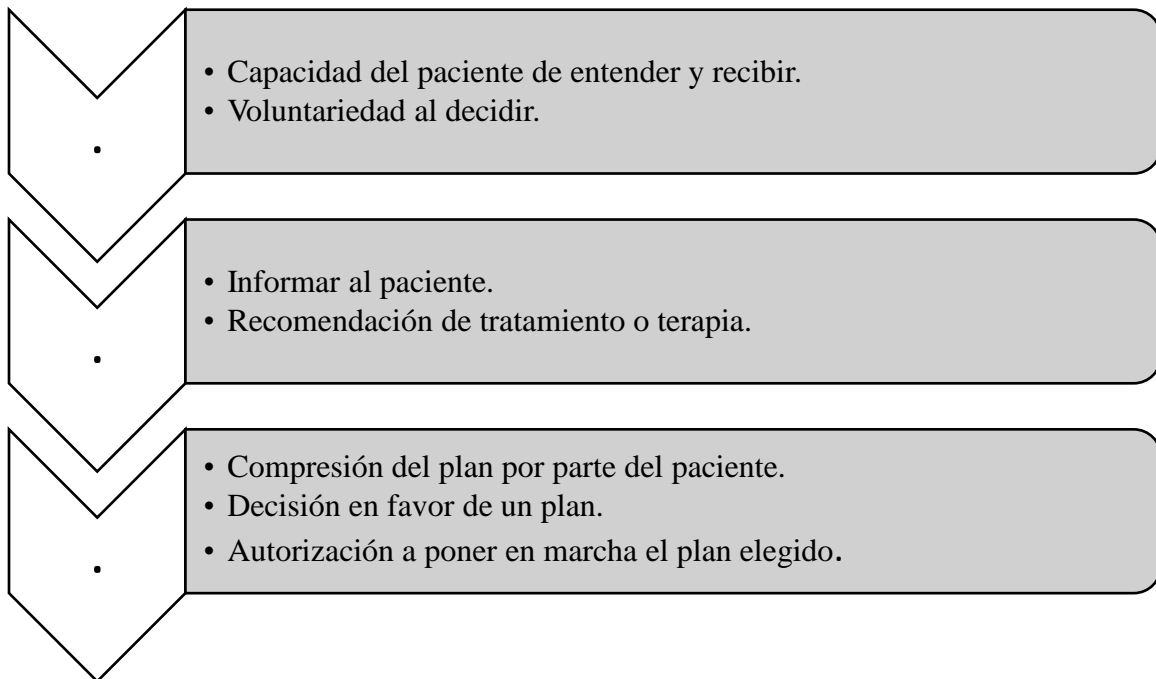
6.6 Consentimiento Informado.

El consentimiento informado en psicología es el proceso mediante el cual, el psicólogo proporciona al paciente información relevante con el objetivo de que éste pueda decidir por sí mismo acerca de actuaciones que pueda afectar a su salud. Para que se considere un consentimiento informado, el paciente ha de tener la información necesaria para poder decidir de forma libre, voluntaria y consciente sobre los procedimientos o terapias a realizar.

En base a ello el psicólogo debe regirse bajo principios éticos que dicten su actuar de forma correcta en cualquier proceso que se realice bajo su profesión; es por ello por lo que debe tomar en cuenta los siguientes principios: (ayudaley, s.f.)

- **No maleficencia:** Se basa en la obligación del psicólogo de proceder de formas o bajo tratamientos que no tengan consecuencias negativas para el paciente, o sean susceptibles de causarle un mal innecesario. En este caso, no se trata de garantizar beneficios, sino de asegurarse de que no se causará un perjuicio al paciente.
- **Beneficencia:** Es un principio de obligación imperfecta que se basa en garantizar al paciente que los beneficios obtenidos con el tratamiento serán mayores a los perjuicios. Es decir, el objetivo de los profesionales durante un ensayo clínico, tratamiento o investigación, debe ser el bienestar del paciente. Este principio es dependiente de determinadas circunstancias, por ejemplo, no se debe imponer un tratamiento a un paciente que no haya dado su consentimiento, aunque el profesional sepa que sería beneficioso.
- **Autonomía:** Se basa en la capacidad y derecho de cada persona a decidir sobre los aspectos de su vida, sus objetivos y los medios para llegar a ese fin. Para que las decisiones sean tomadas de forma consciente es necesario que el paciente tenga información relevante, manifieste claramente sus deseos y que tome la decisión sin que exista ningún tipo de manipulación externa.
- **Justicia:** Es un principio de obligación perfecta que se basa en la elección de un tratamiento o terapia adecuada y proporcionada a las circunstancias. El objetivo es que exista un equilibrio entre los pros y los contras del tratamiento, sus beneficios y cargas.

Como obtener el consentimiento informado en psicología. (ayudaley, s.f.)



Aplicación del Consentimiento Informado en El Salvador.

En El Salvador fue decretada en el año 2016 la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, mediante la Asamblea Legislativa la cual tiene como objetivo instaurar decretos a favor de proteger tanto al profesional del área de salud como al paciente; es por ello por lo que el artículo 15 hace referencia al consentimiento informado en donde menciona los siguientes apartados: (Mendoza, 2016)

Derecho de Consentimiento Informado

Art. 15.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.

Consentimiento Informado en Casos de Investigación Médica

Art. 16.- Todo paciente al que se le proponga ser parte de una investigación médica, deberá hacer constar por escrito su voluntad, en el formulario indicado, y recibir la información adecuada y suficiente, la cual debe cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas.
- b) Nombre de la investigación y objetivos de esta en el que participará.
- c) Riesgos e inconvenientes presentes y futuros de participar en ese estudio, así como las molestias que pudieran generar.
- d) Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- e) Recibir una copia de las normas éticas para investigaciones con sujetos humanos y pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.
- f) Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.
- g) Retiro voluntario de participar en el estudio, sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

6.7 Resguardo Y Protección De La Documentación.

El registro y resguardo de la información es un tema central en el ejercicio profesional de la psicología, debido a que, la información que se obtiene del evaluado en cualquier campo de la profesión es una herramienta que puede ser retomada por el profesional en diferentes momentos del servicio, ya sea para recapitular o clarificar los objetivos del servicio profesional, o para sustentar la información que incluirá en los informes o conceptos que le son solicitados.

Es importante destacar que los datos que el psicólogo registra pueden limitarse a ser apuntes profesionales de carácter privado, pero también algunos de ellos pueden convertirse en información susceptible de ser compartida bajo características de reserva, dependiendo el área en que se elabore el documento; por ejemplo, la creación de peritajes psicológicos que deberán ser expuestos posteriormente en la audiencia para determinar el estado mental de la persona.

En El Salvador el código de ética dedica un apartado especial en la página 19 con el título 2.12.3. Archivo, para indicar el correcto manejo de los informes y toda documentación de carácter confidencial que sea recibida por parte del psicólogo; es por ello por lo que se exponen los siguientes literales: (Sandoval, 2011)

- a. Organizar y administrar el archivo para guardar material psicológico y la información confidencial de los usuarios, y tomar las medidas pertinentes para que continúe la reserva, en caso de retiro o incapacidad en su función profesional.
- b. Velar porque el archivo de los servicios psicológicos solamente esté disponible para que lo utilicen los profesionales idóneos.
- c. Utilizar el archivo para fundamentar, con base en el registro de datos, el proceso de atención y los informes psicológicos que se requieren oportunamente.

Analizando los literales anteriores, resulta indispensable que el psicólogo resguarde todo tipo de documentación en un lugar seguro, limpio, ordenado, en donde solo él pueda tener acceso a tomar los expedientes y demás información. Únicamente existen casos especiales en los que, mediante la fiscalía, junta de vigilancia y/o solicitud de alguna institución, se brinde cierto tipo de información referente a los documentos que el psicólogo tenga bajo su protección.

7. Conclusiones Y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

En conclusión, la entrevista clínica es una de las más importantes herramientas de trabajo dentro del ámbito de la psicología. Es por ello por lo que se necesitan conocimientos teóricos y la aplicación práctica, para poder trabajar de manera correcta y de esta forma lograr la obtención de información permitiente que nos sirva para el posterior diagnóstico del paciente. En cualquier caso, las estrategias y habilidades se adquieren con la práctica y con el esfuerzo diario de los profesionales, por consiguiente, esto resalta la importancia, no solo de la teoría, sino también de la práctica en el área clínica, ya que, por medio de esta, los profesionales de la salud mental podrán reforzar sus habilidades para la obtención de información por medio de la entrevista y así lograr diagnósticos certeros.

Por lo anterior, también la entrevista en el área forense posee una gran repercusión en la obtención de información, no solamente para efectos de diagnóstico, sino mas bien, para una correcta hipótesis del caso, debido a que, en esta área, se ven involucrados terceros. No obstante, presentan algunos inconvenientes que es preciso tener en cuenta, como se estudio en apartados anteriores, como la necesaria colaboración del entrevistado, la detección de simulación/disimulación y la detección del engaño.

De igual manera, la entrevista en el área laboral es un instrumento básico para la evaluación en el proceso de selección y reclutamiento de personal, y es de vital importancia, pues por medio de este instrumento se coordinan y crean equipos de trabajo que cumplirán las metas y objetivos de las organizaciones. Por lo que, el papel del psicólogo en la toma de decisión final es de suma importancia, debido a que, de acuerdo con las conclusiones de este, se elegirá la contratación o no de los candidatos al puesto.

Por otra parte, la finalidad de la entrevista psicopedagógica va en función a que el psicólogo dirija una evaluación intencional, en donde busca obtener información relevante del alumno, para evaluar aspectos determinados y compartir impresiones, tanto con el estudiante como con los padres y/o representantes, dentro de los que se toman en consideración tanto sus progresos como las debilidades y fortalezas, en base a las pruebas psicológicas aplicadas. Es por ello por lo que resulta necesario ubicar a la entrevista de educación como una herramienta psicopedagógica o técnica, que se utiliza con la finalidad de ejecutar una evaluación de cada uno

de los aspectos que se trabajarán con el estudiante, por lo que se incluye un asesoramiento a los padres con respecto al proceso formativo del alumno.

En definidas cuentas, evaluar y redactar un informe psicológico y comunicar los resultados de este, implica disponer de capacidades y habilidades suficientes, para no solo analizarlo, sino para sintetizar e integrar todos los resultados importantes recabados en la información previamente obtenida , teniendo especial cuidado en las habilidades de comunicación entre el intercambio significativo de información, por tal razón, un informe psicológico requiere de ciertas competencias para lograr su ejecución, de las cuales tienen que ser propietarios todos los psicólogos que lo realicen.

Añadido a esto, en psicología no existe un solo modelo de informe psicológico, sino que, de acuerdo con los objetivos y el contexto en que se realice, los contenidos e información de los informes cambian y se diferencian entre sí. Por lo que se recalca la importante de tener claros los objetivos del informe y la persona al que va dirigido, para que, de esta forma, el informe contenga la información pertinente y se evalúe y diagnostique al paciente de manera ética, profesional y correcta.

Por último, cuando hacemos referencia a los elementos claves del informe, se deben definir los apartados básicos de cada uno de ellos, como se expuso en los apartados anteriores. Estos persiguen un objetivo fundamental el cual es identificar al paciente y detallar el desarrollo de la evaluación para finalizar con el diagnóstico particular a sus resultados en las diferentes áreas intervenidas.

7.2 Recomendaciones

Que el departamento, en coordinación con los docentes de prácticas de quinto año de la carrera, desarrolle jornadas educativas con los estudiantes de segundo y tercer año, para la elaboración de entrevistas clínicas, en donde se aborde diversas temáticas como: lineamientos básicos para la elaboración de la entrevista, preguntas orientadoras, formato según normas APA, etc. Con el fin de brindar a los estudiantes la oportunidad de realizar las primeras entrevistas clínicas a pacientes reales.

Que la Universidad realice convenios con el Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer” y la Fiscalía General de la República, para que los estudiantes de quinto año de la carrera, puedan llevar a cabo el estudio de casos reales y obtener la pericia necesaria en casos de violencia intrafamiliar, de género, violencia sexual en menor e incapaz, casos de simulación y otros. A su vez, reforzando el proceso legal debido en esta clase de delitos y los protocolos de atención que deben de llevarse a cabo.

Que el departamento de psicología, junto con los docentes asignados al ámbito laboral en los diferentes años de la carrera, refuerce el contenido referente a la realización de entrevistas de selección, teniendo claro el tipo de información que se busca obtener y las pruebas psicológicas adecuadas que deben de aplicarse en este ámbito, esto con la finalidad que los estudiantes, desde sus primeros años, tengan una claridad del trabajo que deben de realizar.

Que el departamento de psicología, junto con los docentes asignados al ámbito educativo en los diferentes años de la carrera, incluyan la participación de profesionales pedagogos, con el fin de realizar talleres orientados a la entrevista psicopedagógica, donde se analicen los lineamientos básicos, el tipo de información y los instrumentos necesarios para la evaluación.

Establecer en conjunto con el departamento de psicología y los docentes de todos los ámbitos, contenido dentro de sus cátedras en relación con el informe psicológico, en donde se comparta diferentes tipos de formato, adaptados al contexto salvadoreño, en base a las instituciones públicas y privadas; explicando los apartados más relevantes y las formas de redactar correctamente los diferentes tipos de informes.

Que el departamento de psicología promueva un segundo curso de especialización enfocado exclusivamente en los diferentes tipos de informes psicológicos (clínico, de selección,

forense, educativo y psicopedagógico), desarrollando un tipo de informe por modulo, siendo estos, impartidos por expertos en cada uno de los ámbitos, en donde se brinde la oportunidad de desarrollar estudio de casos y la realización detallada de cada tipo de informe, desarrollando así en el estudiante, las habilidades y destrezas necesarias para desenvolverse en cualquier ámbito de la psicología.

Reforzar, por medio del curso de especialización el contenido legal que ampara la profesión de psicología, en donde se aborden detalladamente los artículos y leyes que protegen el ejercicio profesional de la psicológica, como los deberes y derechos del evaluado y el evaluador, el consentimiento informado, resguardo y protección de la documentación, entre otros aspectos importantes para el correcto ejercicio de la profesión.

Referencias Bibliográficas

Aguilar, R. P. (s.f.). *Los Equipos Interdisciplinarios* .

ayudaley. (s.f.). *El Consentimiento Informado en Psicología*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2022, de El Consentimiento Informado en Psicología:
<https://ayudaleyprotecciondatos.es/2020/06/26/consentimiento-informado-psicologia/>

Barrios, R. M. (s.f.). "ENTREVISTA LABORAL Y SELECCIÓN DE PERSONAL". Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/57/Maldonado-Rita.pdf>

Bazán, Z. G. (2002). *Manual para la Evaluación Psicopedagógica*. Santiago de Chile.

Bizneo HR Software. (2022). *Entrevista por competencias. ¿Qué son y qué tipos existen?* Obtenido de Bizneo blog: <https://www.bizneo.com/blog/entrevista-por-competencias/>

Bravo, D. J. (03 de agosto de 2012). *Vida y Educación*. Obtenido de La observación en la evaluación psicopedagógica. Un modelo de observación.: <https://www.dinorahreyes.com/2012/08/la-observacion-en-el-proceso-de.html#:~:text=La%20observaci%C3%B3n%20es%20una%20percepci%C3%B3n,naturaleza%20i%20terna%20de%20estos%20fen%C3%B3menos.>

Colomer, T. M. (2001). La evaluación psicopedagógica. Ámbitos de psicopedagogía. *La evaluación psicopedagógica. Ámbitos de psicopedagogía*.

Coordinación de Educación a Distancia. (s.f.). *TÉCNICAS E INSTRUMENTOS*. Baja California Sur: Universidad Autónoma de Baja California Sur.

Fernández, M. (29 de Noviembre de 2022). *Awen Centro de Psicología y Salud Emocional*. . Recuperado el 12 de Diciembre de 2022, de Awen Centro de Psicología y Salud Emocional. : <https://awenpsicologia.com/que-es-un-informe-psicologico-para-que-sirven/>

Fernández-Ballesteros. (s.f.). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ed. Pirámide. Madrid. Obtenido de studodocu: <https://psicologiymente.com/psicologia/tecnica-observacion-participante>

Fundación CADAH. (2014). *Fundación CADAH.org*. Obtenido de Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/instrumentos-para-realizar-una-valoracion-psicopedagogica2.html>

Gómez, M. B. (2012). *Manual para elaborar los Informes Psicológicos*. . Ciudad de Mexico : Departamento de Publicaciones. .

Henaó López, G. C. (enero-junio de 2007). La evaluación psicopedagógica: revisión de sus componentes. *La evaluación psicopedagógica: revisión de sus componentes*. Medellín,, Colombia: El Ágora USB.

- I, P. C. (29 de Julio de 2011). *Prezi*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2022, de Prezi:
<https://prezi.com/sd0j6mztjxxr/el-papel-del-psicologo-clinico-en-los-equipos-multidisciplinarios/>
- Leal, M. G. (27 de abril de 2015). *Slideshare*. Obtenido de La observación en Educación Infantil:
<https://es.slideshare.net/Mercede29/la-observacin-en-educacin-infantil-47483160>
- Mendoza, L. G. (2016). *Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores del servicio de salud*. San Salvador .
- Muñoz, J. M., González-Guerrero, L., Sotoca, A., Terol, O., & González. (3 de septiembre de 2016). *LA ENTREVISTA FORENSE: OBTENCIÓN DEL INDICIO COGNITIVO EN MENORES*. Obtenido de Papeles del psicologo: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77847916008.pdf>
- Olivos, T. M. (2015). Las Competencias del Evaluador Educativo. *Revista de la educacion superior*.
- Requena, S. H. (s.f.). *EDUCREA*. Obtenido de <https://educrea.cl/el-modelo-constructivista-con-las-nuevas-tecnologias-aplicado-en-el-proceso-de-aprendizaje/>
- Rodríguez, G. M. (2011). e-autoevaluación en la universidad: un reto para profesores y estudiantes. *Revista de educación*, 71-72. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4438/1988-592X-re-2011-356-045>
- Sandoval, M. E. (2011). *Código de ética para el ejercicio de la profesion de psicologia en El Salvador*. San Salvador.
- SEAEP. (2022). *Sociedad Española para el Avance de la Evaluación Psicológica*. Obtenido de Qué es la evaluación psicológica: <https://seaep.es/que-es-la-evaluacion-psicologica/>
- TOPDOCTORS. (s.f.). *TOPDOCTORS España*. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/evaluacion-psicologica>
- UNIR. (29 de enero de 2021). *UNIR La Universidad en Internet*. Obtenido de <https://www.unir.net/salud/revista/informe-psicologico/#:~:text=El%20principal%20objetivo%20que%20persigue,de%20este%20y%20sus%20problemas.>

Anexos.

Anexo 1: Normas Éticas Del Profesional De Psicología En El Salvador Referentes Al

Informe. (Sandoval, 2011)

- a. Tener la firme convicción que el informe psicológico es el resultado del proceso evaluativo, después de realizar el análisis e integración de los diferentes datos obtenidos a través de las técnicas e instrumentos psicológicos.
- b. Informar al cliente los resultados de la atención profesional. Todo reporte o información psicológica debe ser explícita, objetiva y con orientaciones necesarias.
- c. Proporcionar los resultados o conclusiones técnico-profesionales directamente al cliente, o a su representante familiar, legal o institucional; o a equipos multiprofesionales que lo requieran.
- d. Elaborar cuidadosamente los informes que realiza como parte de un programa educativo o de seguimiento, partiendo de posibilidades y de rasgos que ayuden a mejorar las condiciones psicológicas y establecer adecuados niveles o modalidades de aprendizaje.
- e. Ser responsable del contenido, forma y oportunidad de entrega de los informes psicológicos verbales y escritos; estos deben tener su firma y sello legalizado.
- f. Retener el informe sobre resultado de pruebas o del proceso de atención a personas que puedan hacer uso inapropiado de esa información, incluyendo al mismo usuario cuando no esté en condiciones personales para ser receptivo y comprensivo.
- g. Proporcionar el informe psicológico solamente a quien le concierne con la autorización del usuario y las personas involucradas, y con propósitos que ayuden a definir el bienestar o alivio de condiciones psicosociales.
- h. Presentar en la información verbal o escrita únicamente los datos relacionados con la evaluación y con el proceso de atención, evitando dañar la intimidad de la persona.

- i. Dar la información al cliente sobre el proceso de atención y de acuerdo con los objetivos de la evaluación y resolución psicológica.
- j. Ser claro y preciso en su informe psicológico y en sus recomendaciones dentro de un equipo multiprofesional o institucional sin recargar información y análisis psicológicos detallados que den lugar a confusión, a invadir campos de otros profesionales, y a violar la confidencialidad y honor de las personas.
- k. Procurar que el informe que se da a padres, profesores o instituciones, no condicione negativamente el futuro de los examinados, ni sea utilizado en su perjuicio, como único criterio para selección o para otras acciones esenciales en su desarrollo.
- L. Dar la información clara y precisa que le es requerida por la autoridad competente, para ser presentado en servicios o procedimientos legales.

Anexo 2: Pruebas Psicológicas Revisadas En El Módulo III

Nombre de la prueba psicológica	Autor/es	Objetivo	Rango de edades de aplicación	Ámbito de aplicación
Sistema de Puntuación Koppitz Developmental Bender Gestalt Test, Segunda edición.	Cecil R. Reynolds	Evalúa la madurez de las funciones gestáltica visomotora e indicadores emocionales.	Dos formatos de puntuación 5-7 años (laminas 1-13) 8-85 años o más (laminas 5-16)	Test clínico en niños.
ENFEN Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños.	J.A. Portellano Perez. R. Martínez Arias. L. Zumárraga Astorqui.	Evaluación del nivel de madurez y del rendimiento cognitivo en actividades relacionadas con las funciones ejecutivas.	Niños/as entre los 6 y 12 años.	Test clínico en niños.
EDAH Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	A.Farré. J. Narbona.	Evalúa la medida de los principales rasgos del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y los Trastornos de Conducta que puedan coexistir con el síndrome.	Niños/as entre 6 y 12 años (1° a 6° de primaria)	Test clínico en niños.
GADS Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger.	James E. Gilliam.	Es una escala de calificación conductual que ayuda a identificar a las personas que tienen Trastorno de Asperger.	Cuestionario dirigido a los padres y/o cuidadores del menor (Requisito indispensable es conocer bien al menor).	Test clínico en niños.
PAI Inventario de evaluación de la personalidad.	Leslie C. Morey.	Evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas	Individual o colectiva Adultos (18 años en adelante).	Prueba de uso forense.

		clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales.		
CHIPS Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes.	Marijo Teare Rooney PHD. Mary A. Fristad, PHD. Elizabeth B. Weller, MD. Ronald A. Weller, MD.	Diseñada para identificar los síntomas de 20 trastornos psiquiátricos comunes del Eje 1 en niños y adolescentes. (no está diseñado para detectar retraso mental ni problemas de aprendizaje)	Niños y adolescentes en rango desde los 6 a 18 años.	Test clínico en niños y adolescentes.
NEUROPSI Evaluación Neuropsicológica a Breve en español.	Dra. Feggy Ostrosky- Solís. Dr. Alfredo Ardila. Dra. Mónica Rosselli.	Permite valorar los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Así mismo permite la identificación y seguimiento de problemas en áreas básicas del funcionamiento cognoscitivo.	Rango de edad desde los 16 a 85 años. Al mismo tiempo se toman de base 4 niveles de escolaridad: 0 años de estudio. 1 a 4 años de estudio. 5 a 9 años de estudio. 10 a 24 años de estudio.	Prueba neuropsicológica.
LURIA-DNA Diagnóstico Neuropsicológico o de adultos.	Dionisio Manga. Francisco Ramos.	Determinar el deterioro neurológico en pacientes, mediante el análisis de las funciones corticales superiores y localizar los sistemas funcionales indemnes y alterados.	A partir de los 7 años en adelante.	Prueba neuropsicológica.