

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



TÍTULO:

INFORME DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

CESAR DANIEL JIMENEZ GARCIA

DIANA CAROLINA PEÑA CRUZ

SILVANA REBECA ESCALANTE RIVAS

CARNET:

JG13004

PC19066

ER19011

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADO/A EN PSICOLOGÍA.

DOCENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:

DRA. MERCY ASUNCIÓN VIERA PINEDA

LCDA. DIANA LOURDES MIRANDA GUERRERO

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO:

MAESTRO ISRAEL RIVAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SAN SALVADOR CENTRO,
EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA, ENERO DEL 2026

AUTORIDADES CENTRALES DE LA UES

RECTOR

M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTORES

VICERRECTOR ACADÉMICO

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.SC. ROGER ARIAS

SECRETARIOS

SECRETARIO GENERAL

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIA DE COMUNICACIONES

LCDA. MONICA ESCALANTE

SECRETARIO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

ING. CARLOS ERNESTO VARGAS RAMOS

SECRETARIO DE ARTE Y CULTURA

LIC. HENRY RODRIGUEZ

SECRETARIA DE PLANIFICACIÓN

LCDA. JULIANA GISELA BUENDIA CANIZALEZ

SECRETARIO DE RELACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES

M.SC. NESTOR HERNANDEZ

SECRETARIO DE PROYECCIÓN SOCIAL

ING. OMAR ANTONIO LARA DIAZ

SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN

M.SC. JOSE MIGUEL SERMEÑO CHICAS

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO

M.SC. JULIO CÉSAR GRANDE RIVERA

VICE-DECANO

M.SC. MARÍA BLAS CRUZ JURADO

SECRETARIO

M.SC. NATIVIDAD TESHÉ PADILLA

AUTORIDADES DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

JEFE

M.SC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ PALACIOS

COORDINADOR DEL TRABAJO DE GRADO

M.SC. ISRAEL RIVAS

DOCENTE DIRECTOR

DRA. MERCY ASUNCIÓN VIERA PINEDA

ASESORAS DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

DRA. MERCY ASUNCIÓN VIERA PINEDA

LCDA. DIANA LOURDES MIRANDA GUERRERO

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
CONTENIDO DEL INFORME	8
1. La entrevista clínica: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.	8
2. El diagnóstico y el expediente clínico.....	10
2.1 El expediente clínico.....	11
3. Entrevista forense (diferencias entre clínica y la forense)	12
4. La entrevista forense: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.	14
5. Explicación del test aplicado en informe clínico	15
6. Entrevistas forenses (desmitificación, simulación, etc.).....	16
7. Entrevista psicopedagógica: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.....	18
8. Adecuaciones curriculares: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.....	20
8.1 Componentes clave de las adecuaciones curriculares.....	21
9. La historia clínica en el proceso de psicodiagnóstico infantil. Anamnesis versus entrevista psicológica.....	22
10. Entrevista laboral: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.	23
10.1 La entrevista laboral que es y sus componentes claves	23
10.2 Apartado del informe laboral.....	25
11. La entrevista laboral y su informe	26
12. Reclutamiento y selección de talento humanos	27
13. Entrevista laboral manejo de ternas.....	28
14. Pruebas psicológicas (detalle pruebas vistas y sus fichas técnicas de las diferentes áreas) (Modulo de Diana Miranda)	28
14.1 Ficha técnica PAI Inventario de evaluación de la Personalidad	29
14.2 Ficha técnica TEST BETA-4	30
14.3 Ficha técnica RAVEN GENERAL	32
14.4 Ficha Técnica CUMANES Cuestionario de Madurez Neuropsicológica	33
14.5 Ficha técnica Evaluación Global Del Estrés Post Traumático EGEP-5	34
14.6 Ficha técnica MMPI-2 RF Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado	35
14.7 Ficha técnica CLEAVER.....	36
15. Derechos del evaluador y del evaluado de acuerdo a las leyes de El Salvador	36
15.1 Derechos del evaluado	37
15.2 Derechos del evaluador	38
16. Devolución de resultados bajo informe (normas éticas)	39
17. Manejo ético de resultados (normativas de resguardo de los expedientes según Junta de vigilancia y la ley).....	40
18. Cualificación del evaluador según la ley y las áreas para el caso de El Salvador	42
19. Proyectos psicosociales: importancia, que son, estructura y otros	43
20. Niveles de intervención en proyecto y formato de proyecto a realizar	44
21. Parciales: Informe Clínico / Informe Forense / Informe Psicopedagógico /	

Informe Laboral /Proyecto Social	45
21.1 Informes Clínicos	46
21.1.1 Informe Clínico 1	46
21.1.2 Informe Clínico 2	60
21.1.3 Informe Clínico 3	95
21.2 Informes del área forense	129
21.2.1 Informe Forense 1	129
21.2.2 Informe Forense 2	151
21.2.3 Informe Forense 3	157
21.3 Informes Psicopedagógicos	162
21.3.1 Informe Psicopedagógico 1	162
21.3.2 Informe Psicopedagógico 2	169
21.3.3 Informe Psicopedagógico 3	178
21.4. Informes laborales	187
21.4.1 Informe Laboral 1	187
21.4.2 Informe Laboral 2	199
21.4.3 Informe Laboral 3	211
21.5. Proyectos Sociales	223
21.5.1 Proyecto Social 1	223
21.5.2 Proyecto Social 2	268
21.5.3 Proyecto Social 3	319
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	373
CONCLUSIONES	373
RECOMENDACIONES	374
REFERENCIAS	376

RESUMEN

El presente informe corresponde al Curso de Especialización en Psicología en la Universidad de El Salvador y tiene como objetivo integrar y sistematizar los principales contenidos teóricos, técnicos, éticos y legales abordados a lo largo del proceso formativo. El documento detalla el desarrollo de temas fundamentales relacionados con la evaluación psicológica en distintas áreas de intervención, entre ellas la clínica, forense, psicopedagógica, organizacional y comunitaria, abordando aspectos como la historia clínica, la entrevista psicológica y laboral, el reclutamiento y selección de talento humano, el manejo de ternas, la elaboración de informes, el uso de pruebas psicológicas y sus fichas técnicas, así como el marco legal y ético que regula la práctica profesional en El Salvador. Asimismo, se incluyen contenidos vinculados a la devolución de resultados, el resguardo ético de expedientes, la cualificación del evaluador y el diseño de proyectos psicosociales desde los distintos niveles de intervención. Finalmente, el informe incorpora los parciales elaborados por cada uno de los integrantes del equipo, los cuales representan la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos durante el curso y evidencian el desarrollo progresivo de competencias profesionales en la elaboración de informes psicológicos y proyectos de intervención, conforme a los lineamientos técnicos, éticos y legales vigentes.

Palabras clave: evaluación psicológica, entrevista psicológica, informes psicológicos, pruebas psicológicas, ética profesional, proyectos psicosociales.

CONTENIDO DEL INFORME

1. La entrevista clínica: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.

La entrevista clínica constituye el eje central de la evaluación psicológica, ya que representa el primer acercamiento formal al proceso diagnóstico. A través de este procedimiento se identifican los signos y síntomas que permiten comprender el estado psicológico del paciente y orientar la intervención (Fernández-Ballesteros, 2014; Semerari, 2017). No se trata de una conversación espontánea, sino de un proceso profesional, sistemático y ético de interacción entre el psicólogo y el paciente, cuyo propósito es recopilar información relevante, formular hipótesis diagnósticas, comprender el funcionamiento psicológico del individuo y facilitar la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Desde el inicio de la entrevista clínica se establece un encuadre claro, así como una alianza terapéutica, ambos elementos esenciales para el adecuado desarrollo del proceso (Semerari, 2017). En esta fase inicial, el psicólogo se presenta de manera profesional, explica su rol y define las normas básicas que regirán la relación terapéutica, especialmente aquellas relacionadas con la confidencialidad, los límites y la frecuencia de las sesiones. Este encuadre favorece la confianza y la colaboración del paciente, promoviendo su adherencia al proceso terapéutico y generando un clima de seguridad que facilita la expresión del malestar psicológico (Fernández-Ballesteros, 2014).

Uno de los aspectos fundamentales de la entrevista clínica es la exploración del motivo de consulta, entendido como la razón explícita por la cual el paciente acude a atención psicológica. Durante esta etapa se indaga quién solicita la consulta, qué espera el paciente del proceso terapéutico y desde cuándo percibe la presencia del problema. Esta información permite delimitar la demanda inicial y diferenciar entre lo que el paciente expresa de manera consciente y aquellos aspectos que pueden estar clínicamente subyacentes (Semerari, 2017).

A partir del motivo de consulta se profundiza en la historia del problema actual, explorando el momento de inicio del malestar, su evolución, la intensidad y frecuencia con la que se manifiesta, así como las situaciones que lo desencadenan o mantienen. Asimismo, se analizan las estrategias de afrontamiento que el paciente ha utilizado previamente. Esta reconstrucción temporal del problema resulta fundamental para comprender su dinámica y el impacto que tiene en la vida cotidiana del paciente (Fernández-Ballesteros, 2014).

La entrevista clínica también incluye la exploración de los antecedentes personales y contextuales, los cuales permiten situar el problema dentro de un marco biopsicosocial. En este apartado se recaba información relevante sobre la historia familiar, el desarrollo personal, la trayectoria escolar o laboral, las relaciones interpersonales y los antecedentes médicos y psicológicos. Estos datos contribuyen a una comprensión más amplia del contexto en el que surge y se mantiene el malestar (Groth-Marnat & Wright, 2016).

De manera transversal a todo el proceso se realiza la exploración del estado mental, la cual no se limita a un momento específico de la entrevista, sino que se lleva a cabo a lo largo de todo el encuentro clínico. En esta observación se consideran aspectos como la apariencia y conducta del paciente, su estado de ánimo y afecto, el lenguaje, el pensamiento, la atención, la memoria, la orientación y el juicio, aportando información esencial para la evaluación clínica (American Psychiatric Association, 2013).

La entrevista clínica puede adoptar distintas modalidades según su grado de estructuración. Puede ser no estructurada, caracterizada por su flexibilidad y carácter exploratorio; semiestructurada, guiada por temas específicos con margen de adaptación; o estructurada, basada en preguntas estandarizadas. Asimismo, puede clasificarse según su finalidad, distinguiéndose entre entrevistas iniciales, diagnósticas, de seguimiento o de cierre, cada una con objetivos específicos dentro del proceso terapéutico (Fernández-Ballesteros, 2014).

La información obtenida a través de la entrevista clínica se organiza posteriormente en un informe psicológico, el cual influye de manera directa en diversos apartados fundamentales. Entre ellos se incluyen los datos de identificación, el motivo de consulta, la descripción del problema actual, los antecedentes relevantes, la observación clínica y del estado mental, la impresión clínica inicial y las recomendaciones. De este modo, la entrevista clínica se consolida como la base sobre la cual se construye la comprensión del caso y se orienta la intervención psicológica (Groth-Marnat & Wright, 2016).

2. El diagnóstico y el expediente clínico.

El diagnóstico constituye uno de los procesos fundamentales dentro de la práctica clínica, ya que permite comprender la condición que afecta al paciente y orientar de manera adecuada la intervención terapéutica. Se trata de un proceso de inferencia clínica que se construye a partir de la evaluación sistemática de los signos y síntomas que conforman un cuadro clínico (Fernández-Ballesteros, 2014). Mediante este análisis, el profesional busca identificar la naturaleza del problema, su origen y sus principales manifestaciones, con el fin de tomar decisiones clínicas fundamentadas.

La relevancia del diagnóstico radica en que de su correcta formulación depende, en gran medida, la efectividad del tratamiento. Un diagnóstico adecuado favorece la implementación de intervenciones pertinentes y ajustadas a las necesidades del paciente, mientras que un diagnóstico incorrecto incrementa el riesgo de aplicar estrategias ineficaces o incluso perjudiciales, lo que puede derivar en el agravamiento del malestar psicológico en lugar de su mejoría (Echeburúa, Muñoz & Loinaz, 2011).

El proceso diagnóstico permite abordar distintas dimensiones del funcionamiento humano, partiendo del reconocimiento de que los problemas psicológicos no se presentan de forma aislada. En este sentido, pueden identificarse alteraciones de tipo orgánico o fisiopatológico, déficits cognitivos, dificultades de adaptación o crisis existenciales, lo que

favorece una comprensión integral del paciente y evita interpretaciones parciales o reduccionistas de su problemática (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro del proceso diagnóstico se evalúan diversas funciones psicológicas básicas que aportan información esencial sobre el funcionamiento mental del individuo. La exploración de la sensación y la percepción permite detectar posibles distorsiones en la forma en que el paciente recibe e interpreta la realidad. Asimismo, la evaluación de la atención y la memoria proporciona datos relevantes sobre los procesos cognitivos implicados en el aprendizaje y la vida cotidiana. El análisis del pensamiento y del lenguaje, por su parte, permite identificar alteraciones en la organización de las ideas, el contenido del discurso y la capacidad de comunicación (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Todo proceso diagnóstico se encuentra influido por la formulación teórica del evaluador. El marco teórico desde el cual trabaja el profesional orienta la selección de la información considerada relevante, la formulación de hipótesis clínicas, la elección de técnicas de evaluación y la interpretación de los datos obtenidos. En este sentido, el diagnóstico no constituye un procedimiento neutral, sino el resultado de una interpretación clínica fundamentada en una perspectiva teórica específica (Fernández-Ballesteros, 2014).

2.1 El expediente clínico

De manera paralela al proceso diagnóstico, el expediente clínico cumple una función esencial dentro de la práctica profesional. Se trata de un documento técnico que permite recopilar y organizar de forma sistemática toda la información relacionada con el paciente. A través del expediente clínico se establece el estado de salud o enfermedad, se identifican los problemas a resolver y se define una ruta de intervención clara y ordenada. Además, este documento facilita el seguimiento de la evolución del paciente, respalda la toma de decisiones clínicas y cumple una función ética y legal indispensable (Echeburúa et al., 2011).

La adecuada elaboración del expediente clínico requiere que cada paciente cuente con un expediente propio, organizado de manera clara, ordenada y legible. La información registrada debe ser veraz, completa y cuidadosamente documentada, considerando en todo momento la responsabilidad profesional y legal del psicólogo (Código Ético del Psicólogo, 2010).

El expediente clínico se integra por diversos apartados que permiten dar seguimiento al proceso terapéutico. Inicia con la hoja de registro, en la cual se consignan los datos generales del paciente. Posteriormente se establece el contrato terapéutico, en el que se delimita el marco de la relación profesional, así como las normas, responsabilidades y compromisos tanto del paciente como del terapeuta (Fernández-Ballesteros, 2014).

Asimismo, el expediente incluye el registro de las pruebas psicológicas aplicadas, junto con su calificación y análisis, donde se presenta la interpretación de los resultados y se justifica el diagnóstico establecido. Esta información se integra en el informe psicológico, documento en el que se reúnen los hallazgos clínicos, las conclusiones, las recomendaciones y el diagnóstico correspondiente, debidamente firmado por el profesional responsable (Groth-Marnat & Wright, 2016).

El expediente clínico también contempla la hoja resumen del tratamiento y la nota evolutiva, en la que se describen los avances, cambios o información relevante surgida durante el proceso terapéutico. Finalmente, se incorpora el informe de cierre, en el cual se deja constancia de la conclusión del proceso clínico, consolidando el registro integral del proceso terapéutico (Echeburúa et al., 2011).

3. Entrevista forense (diferencias entre clínica y la forense)

La entrevista forense es un procedimiento psicológico de carácter evaluativo que se desarrolla dentro del ámbito jurídico y tiene como objetivo principal responder a una demanda legal específica. Se lleva a cabo en un marco normativo y judicial, y su finalidad no es

terapéutica, sino la obtención de información objetiva, verificable y técnicamente fundamentada que permita apoyar la toma de decisiones en un proceso legal (Echeburúa, Muñoz & Loinaz, 2011; Heilbrun, 2001).

En este contexto, el psicólogo forense actúa en calidad de perito, manteniendo una postura neutral, imparcial y emocionalmente distante, ya que cualquier sesgo o involucramiento terapéutico puede comprometer la validez de la evaluación y del informe pericial (Echeburúa, 2018). La persona entrevistada es considerada un evaluado o peritado, quien puede acudir de manera obligatoria y cuyos intereses suelen estar vinculados a un conflicto legal.

Por esta razón, en la entrevista forense no se establece una alianza terapéutica, sino una relación formal, asimétrica y estrictamente evaluativa, delimitada desde el inicio del proceso. Asimismo, la confidencialidad es limitada, dado que la información recabada será incorporada a un informe dirigido a una autoridad judicial, situación que debe ser explicada de manera clara y previa al evaluado (Heilbrun, 2001).

La conducción de la entrevista forense es altamente estructurada y planificada. Las preguntas se formulan con especial cuidado para evitar la sugestión y minimizar la contaminación del relato, permitiendo evaluar la coherencia, consistencia y credibilidad de la información proporcionada (Arce & Fariña, 2011). En este tipo de entrevista se prioriza el análisis de hechos concretos, la secuencia temporal de los acontecimientos y la correspondencia del relato con otras evidencias disponibles, más que la exploración profunda de la vivencia emocional subjetiva.

En contraste, la entrevista clínica se desarrolla en un contexto sanitario o terapéutico y tiene como finalidad comprender el malestar psicológico del paciente y promover su bienestar. En este caso, el psicólogo asume el rol de terapeuta, establece una alianza terapéutica basada en la confianza y la empatía, y maneja una confidencialidad más amplia (Semerari, 2017). La entrevista clínica se caracteriza por una mayor flexibilidad, se centra en la experiencia subjetiva

del paciente y la información obtenida se utiliza para orientar la intervención psicológica, no para fines legales (Fernández-Ballesteros, 2014).

En síntesis, la diferencia fundamental entre ambos tipos de entrevista radica en su finalidad: mientras la entrevista forense evalúa para informar a la autoridad judicial, la entrevista clínica evalúa para ayudar al paciente. Esta distinción determina el rol del profesional, el tipo de relación establecida, la estructura de la entrevista, el manejo de la información y las consecuencias derivadas del proceso (Echeburúa et al., 2011). De este modo, la entrevista forense se configura como una herramienta técnica con implicaciones legales directas, mientras que la entrevista clínica constituye un recurso central del proceso terapéutico.

4. La entrevista forense: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.

La entrevista forense es una técnica especializada de evaluación psicológica que se desarrolla dentro del ámbito jurídico y tiene como finalidad principal obtener información relevante para responder a una demanda legal específica. A diferencia de la entrevista clínica, su propósito no es terapéutico, sino evaluativo, ya que los datos recabados serán utilizados para apoyar la toma de decisiones de una autoridad judicial (Echeburúa, Muñoz & Loinaz, 2011; Heilbrun, 2001).

El contexto legal en el que se lleva a cabo la entrevista forense influye de manera significativa en la dinámica del proceso. Las personas evaluadas suelen acudir en un marco de obligatoriedad o bajo la percepción de posibles consecuencias legales, lo que condiciona su actitud, su disposición a colaborar y la forma en que relatan los hechos. Por ello, la entrevista forense cumple no solo una función informativa, sino también organizadora del encuadre evaluativo (Echeburúa, 2018).

Desde el inicio del proceso se establece un encuadre forense claro, en el cual se informa a la persona evaluada sobre el objetivo de la entrevista, el rol del psicólogo forense y el uso que se dará a la información obtenida. Asimismo, se explican de manera explícita los

límites de la confidencialidad, dado que los resultados de la evaluación serán integrados en un informe pericial dirigido a una autoridad judicial. Este encuadre resulta fundamental para evitar expectativas erróneas y delimitar adecuadamente la naturaleza evaluativa del proceso (Heilbrun, 2001).

El psicólogo forense actúa en calidad de perito, manteniendo una postura profesional caracterizada por la neutralidad, la objetividad y la ausencia de intervención terapéutica. Su función no es tomar partido ni brindar apoyo emocional, sino evaluar de forma técnica y fundamentada los elementos psicológicos relevantes para el caso, lo que exige un manejo cuidadoso del vínculo con el evaluado y un control constante de posibles sesgos (Echeburúa et al., 2011).

La entrevista forense se caracteriza por una conducción estructurada y planificada, orientada a la obtención de información clara, consistente y verificable. Las preguntas se formulan con precisión, priorizando la descripción de hechos, la secuencia temporal de los acontecimientos y la coherencia del relato, en concordancia con el objetivo pericial planteado (Arce & Fariña, 2011).

La información obtenida a través de la entrevista forense se integra posteriormente en un informe pericial, documento técnico que debe presentar de manera clara y ordenada los datos recabados, la metodología empleada y las conclusiones derivadas del proceso evaluativo. Este informe constituye el principal producto del trabajo forense y tiene implicaciones legales directas, por lo que requiere un alto nivel de rigor técnico, claridad expositiva y fundamentación profesional (Echeburúa, 2018; Heilbrun, 2001).

5. Explicación del test aplicado en informe clínico

La explicación del test psicológico aplicado constituye un apartado fundamental del informe clínico, ya que en él el profesional describe y justifica el uso de los instrumentos de evaluación empleados durante el proceso evaluativo. Su finalidad es aportar claridad,

transparencia y sustento técnico a los resultados obtenidos, demostrando que estos derivan de herramientas válidas y confiables, y no de apreciaciones subjetivas del evaluador (Anastasi & Urbina, 1998; Muñiz, 2018).

Este apartado permite comprender de manera precisa qué aspectos fueron evaluados, mediante qué instrumentos y con qué propósito, integrando la evaluación psicométrica al proceso clínico global. De este modo, se facilita la interpretación de los resultados y se fortalece la coherencia entre la evaluación realizada, el diagnóstico formulado y las recomendaciones propuestas (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Para ello, el profesional debe especificar información relevante sobre cada instrumento aplicado, incluyendo el nombre del test, el tipo de prueba, las áreas o dimensiones que evalúa, la población a la que está dirigido y la forma de aplicación. Asimismo, puede señalarse de manera general el objetivo del instrumento dentro del proceso evaluativo, justificando su pertinencia en función del motivo de consulta y de las hipótesis clínicas planteadas (Fernández-Ballesteros, 2014).

La adecuada explicación de los tests utilizados contribuye a garantizar la validez técnica del informe clínico, facilita su comprensión por parte de otros profesionales y respalda la toma de decisiones clínicas, reforzando el carácter científico y ético de la evaluación psicológica (Anastasi & Urbina, 1998; Muñiz, 2018).

6. Entrevistas forenses (desmitificación, simulación, etc.)

Dentro de la entrevista forense, el contexto judicial suele generar en las personas evaluadas expectativas, temores y estrategias de afrontamiento que influyen directamente en la forma en que relatan los hechos. Por esta razón, la entrevista no cumple únicamente una función de obtención de información, sino también una función reguladora del encuadre y del discurso del evaluado, permitiendo situar adecuadamente el proceso dentro de sus límites evaluativos y legales (Echeburúa, Muñoz & Loinaz, 2011).

La desmitificación del rol del psicólogo forense constituye un elemento central desde los primeros momentos de la entrevista. Este proceso implica aclarar de manera explícita los alcances reales del trabajo pericial, el uso que se dará a la información recabada y las limitaciones inherentes al rol del perito. Al desactivar creencias erróneas —como la idea de que el psicólogo decide sentencias, que debe “creer” al evaluado o que su función es beneficiar a alguna de las partes— se reduce la tendencia a construir relatos estratégicos y se favorece una comunicación más ajustada a los hechos (Echeburúa, 2018).

En este mismo contexto puede presentarse la simulación, entendida como una conducta intencional orientada a la obtención de un beneficio externo, generalmente de carácter legal. Durante la entrevista forense, la simulación puede manifestarse a través de la exageración de síntomas, la incorporación de elementos estereotipados, la presencia de incongruencias internas o la variabilidad del relato según el momento o el interlocutor (Rogers, 2008).

De manera opuesta, la disimulación también puede hacerse presente durante la entrevista forense. En estos casos, la persona evaluada tiende a minimizar, negar u ocultar síntomas, conductas o hechos relevantes, generalmente con el objetivo de evitar consecuencias legales o sociales. Esta actitud puede manifestarse mediante relatos excesivamente breves, respuestas evasivas, contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal o una resistencia marcada a profundizar en determinados temas (Arce & Fariña, 2011).

Además de la simulación y la disimulación, es frecuente observar respuestas adaptativas propias del contexto judicial. Entre ellas se incluyen la sobresimulación de síntomas reales, la adopción de actitudes defensivas, la presentación socialmente deseable o la tendencia a responder en función de lo que el evaluado cree que se espera de él. Estas respuestas no siempre implican una intención consciente de engaño, sino que en muchos casos reflejan la vivencia del proceso judicial como una situación amenazante o altamente estresante (Echeburúa et al., 2011).

Ante este escenario, el rol del psicólogo forense no consiste en confrontar ni “desenmascarar” al evaluado, sino en analizar de manera técnica, objetiva y fundamentada la información obtenida. La valoración de estos fenómenos se realiza a partir de la observación clínica, el análisis de la coherencia interna del relato, la congruencia emocional, la secuencia temporal de los hechos y la contrastación con otras fuentes de información, incluyendo pruebas psicológicas y documentación disponible (Rogers, 2008; Arce & Fariña, 2011).

Este abordaje permite al profesional integrar los distintos elementos observados de forma responsable y rigurosa, contribuyendo a la elaboración de conclusiones periciales sólidas y técnicamente sustentadas, acordes con los principios éticos y científicos de la psicología forense (Echeburúa, 2018).

7. Entrevista psicopedagógica: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.

La entrevista psicopedagógica es una técnica central dentro del proceso de evaluación psicopedagógica, cuyo objetivo principal es comprender cómo aprende el menor, qué dificultades presenta en su trayectoria educativa y qué factores personales, familiares, escolares y contextuales influyen en su desempeño académico (Bassedas, Huguet & Solé, 2010). A diferencia de la entrevista clínica o forense, su enfoque es fundamentalmente educativo y orientador, ya que busca generar información útil para la toma de decisiones pedagógicas y el diseño de apoyos ajustados a las necesidades del estudiante (Marchesi & Martín, 2014).

Esta entrevista no se limita a la identificación de dificultades de aprendizaje, sino que también permite reconocer fortalezas, estilos de aprendizaje, niveles de motivación, hábitos de estudio y grado de adaptación al contexto escolar. De este modo, se constituye como la base interpretativa del proceso psicopedagógico, aportando una visión integral del funcionamiento académico y personal del menor (Bassedas et al., 2010).

La entrevista psicopedagógica se estructura a partir de diversos componentes que se integran de manera flexible, considerando la edad del estudiante y el contexto educativo en el que se desenvuelve. Uno de los primeros elementos es el encuadre psicopedagógico, en el cual se explica a los padres, tutores y al propio menor el propósito de la evaluación, el rol del profesional y el uso que se dará a la información recabada. Este encuadre favorece la colaboración y contribuye a reducir la ansiedad frente al proceso evaluativo (Marchesi & Martín, 2014).

Otro componente fundamental es la exploración del motivo de consulta, que generalmente surge a partir de la preocupación de los padres, docentes o de la propia institución educativa. En esta fase se indagan las dificultades observadas, el momento en que comenzaron y los contextos en los que se manifiestan, evitando la formulación de juicios diagnósticos prematuros y priorizando la comprensión del problema (Bassedas et al., 2010).

La historia escolar ocupa un lugar central dentro de la entrevista psicopedagógica. En este apartado se revisa el rendimiento académico previo, los cambios de escuela, las posibles repeticiones de grado, las materias que representan mayor dificultad, los apoyos educativos recibidos y la relación del menor con docentes y compañeros. Esta información permite contextualizar las dificultades de aprendizaje y comprender su evolución a lo largo del tiempo (Marchesi & Martín, 2014).

Asimismo, se exploran los hábitos y estrategias de estudio, tales como la organización del tiempo, el nivel de autonomía para realizar tareas, el uso de técnicas de aprendizaje y las condiciones del entorno en el que estudia el menor. Estos elementos aportan información relevante sobre las prácticas educativas cotidianas y su influencia en el desempeño académico (Bassedas et al., 2010).

La entrevista también integra la exploración del contexto familiar y social, considerando aspectos como las dinámicas familiares, las expectativas parentales, el apoyo académico brindado en el hogar y los factores socioculturales que pueden incidir en el proceso de

aprendizaje. Esta información resulta esencial para comprender el entorno en el que se desarrolla el menor y su impacto en el ámbito escolar (Marchesi & Martín, 2014).

Finalmente, se realiza una observación del funcionamiento cognitivo, emocional y conductual del estudiante, atendiendo a aspectos como la atención, la motivación, la tolerancia a la frustración, el lenguaje, la actitud frente al error y la disposición hacia el aprendizaje. Esta observación complementa la información obtenida y permite una comprensión más amplia del perfil psicopedagógico (Bassedas et al., 2010).

La información recabada a través de la entrevista psicopedagógica se organiza posteriormente en el informe psicopedagógico, en el cual se integran los datos relevantes de manera clara y técnica. Dicho informe incluye la identificación del menor, el motivo de consulta, la descripción del proceso de evaluación, las pruebas aplicadas, la interpretación de los resultados, las conclusiones psicopedagógicas y las recomendaciones. La entrevista aporta principalmente el marco contextual e interpretativo que da sentido a los resultados obtenidos, evitando análisis aislados o reduccionistas (Marchesi & Martín, 2014).

La entrevista psicopedagógica debe adaptarse al nivel de desarrollo y a las características del menor, incorporando progresivamente su participación activa, especialmente en el caso de adolescentes. Se trata de una entrevista flexible y progresiva, que requiere una postura ética basada en el respeto, la confidencialidad y la claridad en la comunicación de los resultados (Bassedas et al., 2010).

8. Adecuaciones curriculares: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.

Las adecuaciones curriculares se comprenden como estrategias pedagógicas que consisten en la realización de ajustes o modificaciones didácticas. Estas intervenciones se aplican a la respuesta educativa brindada al alumno, con el fin de responder a las necesidades

específicas. Estas intervenciones se orientan fundamentalmente a minimizar las barreras de aprendizaje que se identifican en el aula.

De acuerdo con lo expuesto en Webscolar (2013) Las adecuaciones curriculares se definen como la respuesta específica y adaptada a las necesidades educativas especiales de un alumno que no quedan cubiertas por el currículo común. Su objetivo debe ser tratar de garantizar que se dé respuesta a las necesidades educativas que el alumno no comparte con su grupo. En este sentido, la implementación de las adecuaciones curriculares constituye una herramienta de intervención pedagógica que integran diversos ajustes y modificaciones al proceso de enseñanza aprendizaje.

8.1 Componentes clave de las adecuaciones curriculares

En el desarrollo de las adecuaciones curriculares, se identifican diversos componentes que son objeto de modificación o ajuste. Estos componentes permiten que la planificación docente se transforme en una herramienta flexible y accesible. De acuerdo con Blanco Guijarro, R. (1990) se pueden considerar cuatro etapas fundamentales en el proceso de adaptación curricular: Evaluación inicial psicopedagógica, identificación de las necesidades educativas especiales, respuesta educativa y seguimiento.

- **Evaluación Psicopedagógica:** Evaluación del alumno en interacción con el contexto en el que se desarrolla y aprende para identificar sus necesidades educativas y fundamentar la respuesta educativa:

- Nivel de desarrollo y de competencia curricular del alumno.
- Factores que facilitan su aprendizaje.
- Contexto y respuesta educativa del aula y centro.
- Contexto sociofamiliar.

- **Necesidades Educativas especiales:** Establecer las necesidades educativas individuales que se consideran especiales porque requieren para ser atendidas

recursos y medidas de carácter extraordinario de forma temporal o permanente.

- **Respuesta Educativa:** Decisiones relativas a:

- Propuesta curricular.

- Modificaciones en el contexto educativo.

- Provisión de ayudas personales, materiales y modalidad de apoyo.

- Colaboración con la familia

- **Seguimiento:** Registro de los avances y revisión de las medidas adoptadas para introducir los ajustes necesarios

Las adecuaciones curriculares se consolidan como el mecanismo indispensable para transformar las barreras de aprendizaje en una realidad inclusiva. La implementación de las etapas propuestas por Guijarro asegura que no sea una respuesta pedagógica limitada, sino un proceso reflexivo y dinámico. De este modo, al identificar y minimizar las barreras presentes en el entorno, se garantiza que el sistema educativo se adapte a la diversidad de los alumnos, promoviendo equidad educativa que favorece el desarrollo integral de los alumnos.

9. La historia clínica en el proceso de psicodiagnóstico infantil. Anamnesis versus entrevista psicológica.

La historia clínica psicológica infantil se define como un instrumento fundamental dentro del proceso de psicodiagnóstico, ya que permite recopilar, organizar y analizar información relevante sobre el desarrollo, contexto familiar, escolar, emocional y conductual del niño o niña. Su finalidad es orientar, explicando el proceso de manera comprensible para establecer un diagnóstico preciso. La historia clínica infantil en proceso psicopedagógico busca entender no solo por qué un niño no aprende, sino cómo aprende y qué factores biológicos, emocionales o sociales están interfiriendo en ese proceso.

La historia clínica infantil debe poseer una estructura flexible que permita al profesional ajustar el instrumento según la complejidad del caso. Por otra parte, la historia clínica debe ser

flexible, el psicólogo necesitará ampliar o reducir el formulario según la problemática de cada niño o niña. Por último, la historia clínica debe ser aplicada con un lenguaje comprensible al nivel cultural de los padres Pujol (1982)

En el proceso de evaluación psicológica, tanto la anamnesis como la entrevista psicológica están constituidas por técnicas fundamentales para recopilar información del paciente, sin embargo, tienen una finalidad diferente en su estructura y el tipo de información que permiten obtener de la historia de vida del paciente.

Por una parte, la anamnesis se define como el proceso psicológico el cual se recopila información, está conformada por antecedentes médicos, familiares, escolaridad, aspectos emocionales y sociales. Por otra parte, la entrevista psicológica es la interacción directa entre el psicólogo y el entrevistado, el objetivo es explorar aspectos emocionales, cognitivos y conductuales (Bleger, 1964). La anamnesis y la entrevista psicológica son procedimientos complementarios, la primera permite contextualizar la problemática desde una perspectiva histórica, la segunda facilita la comprensión del funcionamiento mediante la observación del paciente.

10. Entrevista laboral: Qué es, sus componentes claves, apartados del informe, otros.

10.1 La entrevista laboral que es y sus componentes claves

La entrevista laboral es una técnica fundamental que responde a la selección de personal de una organización, orientada a evaluar a los aspirantes idóneos relacionados con el perfil del puesto. Así mismo para una evaluación oportuna y objetiva se requiere una investigación previa con preguntas estructuradas para una evaluación, esto permite la toma de decisión dentro de la organización.

A respecto Chiavenato (2017) la entrevista es un proceso de comunicación entre dos o más personas que interactúan, donde una de las partes está interesada en conocer mejor a la otra para evaluar su idoneidad para un cargo.

La entrevista está constituida por fases fundamentales, según Chiavenato (2017) para la obtención de información relevante:

- Presentación de la entrevista: Las entrevistas de selección, determinadas o no, deben ser preparadas de alguna manera. Aunque el grado de preparación varíe, debe ser suficiente para determinar: a) Los objetivos específicos de la entrevista b) El método para alcanzar el objetivo de la entrevista c) La mayor cantidad posible de información acerca del candidato entrevistado.

- Gestión del Ambiente: El ambiente para una entrevista puede ser de dos tipos.

-Físico: Un espacio confortable, privado y libre de ruidos o distracción que garantice la confidencialidad.

-Psicológico: Un clima de cordialidad y respeto (rapport) que minimice las barreras comunicativas y permita una expresión natural del candidato.

- Desarrollo de la entrevista: es una etapa en donde ocurre la interacción interpersonal. El entrevistador emite preguntas para observar reacciones y conductas. En la entrevista podemos distinguir dos aspectos:

-Contenido de la entrevista (aspecto material): es el conjunto de información que el candidato suministra de sí mismo.

-Comportamiento del candidato (aspecto formal): es la manera cómo reacciona en una situación. La entrevista es una muestra del modo de pensar, de actuar, etc.

- Terminación de la entrevista: La entrevista debe concluir de forma clara y profesional. a. El entrevistador debe hacer una señal clara que indique el final de la entrevista.

- El entrevistado tiene que recibir algún tipo de información referente a lo que debe hacer en el futuro.

- Evaluación del candidato A partir del momento en que el entrevistado se marcha, el entrevistador debe iniciar la tarea de evaluación del candidato, puesto que los detalles están frescos en su memoria. Si no tomó nota, debe registrar los detalles de inmediato. Si utilizó una hoja de evaluación, debe ser chequeada y completada. Al final deben tomarse ciertas decisiones con relación al candidato: si fue rechazado o aceptado.

10.2 Apartado del informe laboral

Los apartados del informe laboral se definen como instrumentos de comunicación interna, cuyo objetivo es transmitir los datos cualitativos (observaciones conductuales) y cuantitativos (resultados de pruebas de selección de personal). Este documento constituye una herramienta útil que permite tomar una decisión final y objetiva. Cano, M. (2026) propone que debe incluir los apartados del informe laboral

- Datos clave del puesto y del proceso: Debe incluir el nombre de la posición, el departamento, el código de la vacante y las etapas que compusieron el proceso (ej. reclutamiento externo, tres fases de entrevistas).
- Criterios de evaluación utilizados: Se deben listar las competencias críticas (técnicas y conductuales) que se buscaron. Ejemplo: Capacidad de análisis, liderazgo de equipos.
- Resumen de entrevistas y pruebas realizadas: Se detallan las herramientas de medición aplicadas:

-Cualitativo: Hallazgos de la entrevista estructurada (según el modelo de Chiavenato).

-Cuantitativo: Resultados de pruebas psicométricas, de personalidad o pruebas técnicas.

- Valoración objetiva de cada candidato: Este es el apartado comparativo del informe de la terna. La valoración debe ser objetiva, es decir, basada en evidencias observadas

durante la fase del desarrollo de la entrevista.

- Recomendación final con sus argumentos Es el veredicto técnico del reclutador. No solo se dice quién es el mejor, sino por qué. Se categoriza como: Altamente Recomendable, Recomendable no Recomendable.

Un informe laboral, se caracteriza por la practicidad, se centra en los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos que permiten tomar decisiones objetivas. El informe se transforma en una herramienta estratégica que optimiza el tiempo de respuesta para la organización y garantiza la calidad para conformar una terna.

Otro aspecto importante es el método de la entrevista laboral, existen tres tipos de entrevista, la entrevista individual que consiste con cada aspirante, la entrevista grupal con grupos de personas aspirantes al mismo puesto, y por último la entrevista con supervisores que conocen los puestos a analizar Chiavenato, I. (2009)

11. La entrevista laboral y su informe

La entrevista laboral es una técnica fundamental para la selección de personal para evaluar aspirantes idóneos a un perfil de puesto requerido, para evaluar mediante un diálogo que busca conocer las competencias, comportamientos y personalidad para poder determinar si cumple los requisitos del perfil.

Según Chiavenato (2009), se entiende como un proceso de comunicación entre dos o más personas que interactúan, donde una de las partes busca conocer las competencias y el comportamiento de la otra para determinar su ajuste al cargo. Es importante establecer una evaluación objetiva para valorar los datos obtenidos.

El principal objetivo del informe de la entrevista es registrar de manera clara la información relevante del aspirante, evaluar su idoneidad para el puesto y servir como apoyo para tomar la decisión final de selección. Asimismo, el informe permite documentar el proceso

de manera objetiva, garantizar la transparencia y conservar un respaldo técnico para futuras consultas o auditorías internas (Dessler, 2015).

12. Reclutamiento y selección de talento humanos

El reclutamiento se entiende como la identificación de candidatos capacitados para llenar una vacante. El proceso de reclutamiento se inicia con la búsqueda y termina cuando se reciben las solicitudes de empleo con la finalidad de revisar requisitos exigidos por la vacante a ocupar.

Chiaveato (2011) define que el reclutamiento está compuesto por técnicas y procesos mediante los cuales la organización atrae y propone candidatos más aptos para ocupar una vacante. El reclutamiento se entiende como una actividad estratégica que permite identificar el talento humano acorde a las necesidades y funcionamiento de la organización.

En este orden de ideas, el reclutamiento debe de obtener un número definido de aspirantes que permita obtener una adecuada selección, desde esta perspectiva el reclutamiento no implica la contratación directa, sino una base de aspirantes que cumplan con el perfil requerido.

Mientras que, el talento humano se define como el conjunto de capacidades, conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que poseen las personas y que contribuyen al logro de los objetivos organizacionales.

Según Idalberto Chiavenato (2017), el talento humano constituye el recurso más valioso de las organizaciones, ya que a través de él se genera innovación, productividad y ventaja competitiva. En este sentido, la gestión adecuada del talento humano resulta fundamental para el desarrollo y sostenibilidad de las instituciones.

Por otra parte, la selección de talento humano se define como el proceso técnico y administrativo mediante el cual una organización elige, entre un grupo de aspirantes, a la persona que mejor se ajusta a los requerimientos de un puesto específico y a la cultura

organizacional. A diferencia del reclutamiento que es una actividad de divulgación y atracción, la selección es una fase de análisis, comparación y toma de decisiones.

13. Entrevista laboral manejo de ternas.

La entrevista laboral es una técnica fundamental dentro del proceso de selección de personal, mediante preguntas estructuradas y por medio de la observación directa del comportamiento del candidato, permite evaluar las competencias, actitudes y conductas del postulante. Con la información obtenida durante las entrevistas resulta estratégico para el manejo de las ternas.

Por otra parte, las ternas se refieren al conjunto de tres propuestas de candidatos que califican a una vacante, estos deben cumplir los criterios del descriptor del puesto postulado, esto mediante la entrevista de selección de personal, esto permite a la organización tomar una adecuada decisión final para ocupar una vacante Díaz-Bravo et al. (s. f.)

En lo que respecta, una propuesta de terna adecuada debe ser estricta, documentada, argumentada y asesorada. Cada uno de estos aspectos debe reflejar objetividad en la información obtenida durante la entrevista, como se refleja en el currículum y los resultados de las pruebas obtenidas, así mismo registrar las habilidades blandas y duras de cada candidato. También, toda la información obtenida de los candidatos debe de ser documentada y analizada, posteriormente se argumenta como una recomendación final para la selección del posible candidato, finalmente, la asesoría es una fase que se les informa a los candidatos sobre instrucciones finales del proceso.

14. Pruebas psicológicas (detalle pruebas vistas y sus fichas técnicas de las diferentes áreas) (Modulo de Diana Miranda)

Las pruebas psicológicas se definen como instrumentos estandarizados, diseñados específicamente para medición y evaluación de características de la personalidad, inteligencia, habilidades cognitivas. La implementación de dichas pruebas permite la obtención de muestras

objetivas del comportamiento humano, así mismo para establecer un diagnóstico preciso en los ámbitos clínico, educativo u organizacional.

Se seleccionaron cinco tipos de pruebas psicológicas, las cuales permiten evaluar según su área de aplicación, estas se clasifican en el área de la personalidad, inteligencia, área forense, psicológicas y de madurez neurológica, y las pruebas aplicadas en la selección de personal.

A continuación, se describen las pruebas psicológicas y fichas técnicas según su área de aplicación:

- **Área de personalidad:** Las pruebas de personalidad se definen como instrumentos estandarizados, que tienen como objetivo evaluar rasgos y patrones de pensamiento y comportamiento del ser humano. Estos instrumentos son herramientas que miden características de las reacciones en diferentes situaciones del entorno.

14.1 Ficha técnica PAI Inventario de evaluación de la Personalidad

Nombre: PAI. Inventario de evaluación de la personalidad.

Nombre original: PAI. Personality Assessment Inventory.

Autor: Leslie C. Morey

Procedencia: PAR, Psychological Assessment Resources, 1991, 1997, 2007.

Adaptación española: Universidad de Málaga, TEA Ediciones y Universidad Complutense de Madrid.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos (18 años en adelante).

Duración: Variable, entre 50 y 60 minutos.

Finalidad: Evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales.

Baremación: Baremos provisionales en la versión experimental en puntuaciones T a partir de una muestra de adultos americanos normales.

Material: Manual de aplicación experimental, cuadernillo de evaluación, hoja de respuestas.

Corrección: Manual o mediante software especializado.

Objetivo: Evaluar la personalidad y la psicopatología en adolescentes y adultos, proporcionando información relevante para el diagnóstico clínico, la evaluación psicológica y la toma de decisiones en contextos clínicos, forenses, organizacionales y de investigación.

Confiabilidad: Presenta adecuados índices de consistencia interna y estabilidad temporal, con coeficientes alfa generalmente superiores a 0.80 en la mayoría de las escalas.

Validez: Cuenta con evidencia de validez de contenido, validez de constructo y validez criterial, respaldada por numerosos estudios empíricos.

Materiales: Cuadernillo de preguntas, hoja de respuestas y manual técnico.

Prueba de Inteligencia: Las pruebas de inteligencia se definen como evaluaciones psicológicas que miden la capacidad cognitiva del ser humano, así mismo como la facultad de su razonamiento lógico, la capacidad de asimilar ideas complejas, la planificación y resolución de problemas y la adaptación del entorno.

14.2 Ficha técnica TEST BETA-4

Nombre del instrumento: Prueba de Inteligencia Beta IV

Autores: Kellogg y Morton

Año de publicación: Versión original 1934; versión Beta IV revisada y estandarizada en 2003

Tipo de instrumento: Prueba psicométrica de inteligencia no verbal

Objetivo: Evaluar la inteligencia general a través de tareas no verbales, minimizando la influencia del lenguaje, el nivel educativo y el contexto cultural.

Población objetivo: Adolescentes y adultos a partir de los 16 años.

Ámbito de aplicación: Clínico, educativo, laboral, militar y de investigación psicológica.

Forma de aplicación: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente entre 25 y 30 minutos.

Número de subpruebas: 7 subpruebas. Subpruebas que la integran: Claves. Figuras incompletas, Pares iguales, Dibujo geométrico, Razonamiento por analogías, Construcción de figuras y Laberintos.

Tipo de respuesta: Ejecución práctica y selección gráfica.

Capacidad que evalúa: Inteligencia general (factor *g*), razonamiento abstracto y percepción visoespacial.

Confiabilidad: Presenta adecuados índices de confiabilidad, con coeficientes de consistencia interna superiores a 0.80.

Validez: Cuenta con evidencia de validez de constructo y validez criterial, correlacionando positivamente con otras pruebas de inteligencia.

Materiales: Manual técnico, cuadernillos de aplicación, hojas de respuesta y material gráfico.

Corrección: Manual, mediante tablas normativas.

Descripción: Esta prueba permite una evaluación general de la inteligencia en adultos con bajo nivel cultural, inclusive con dificultades del proceso de lecto-escritura y/o de alfabetización. El instrumento tiene una estructura similar a las ediciones anteriores, siendo una versión actualizada del Test Beta-III, tercera edición, publicada en 1999, aunque en ella se han realizado algunas nuevas modificaciones para modernizar el instrumento, como mejorar la

calidad de los materiales, ampliar el rango de edades de aplicación, y actualizar los baremos y estudios de validez.

Objetivo: Beta-4 permite una rápida evaluación de las capacidades intelectuales no verbales de los adultos, abordando diversos aspectos como inteligencia fluida y espacial, razonamiento no verbal, procesamiento de información visual y velocidad de procesamiento.

14.3 Ficha técnica RAVEN GENERAL

Nombre: Test de Matrices Progresivas, Escala General.

Autor: J.C. Raven.

Objetivo: Medir la capacidad intelectual, el razonamiento fluido, la observación, el análisis, la percepción y la capacidad de abstracción (Factor G de Spearman).

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Evaluación educativa, clínica, organizacional y de investigación.

Población: Adolescentes y adultos (12 a 65 años).

Duración: Aproximadamente 30 a 60 minutos, sin límite de tiempo estricto.

Materiales: Cuadernillo de matrices (Series A, B, C, D, E), plantilla de puntuación y protocolos.

Descripción: Esta prueba está compuesta por 60 ítems (matrices o problemas) distribuidos en 5 series (A-E) de dificultad creciente, cada una con 12 ítems. Su formato está compuesto por figuras geométricas abstractas con una pieza faltante que el sujeto debe identificar de entre varias opciones. Base Teórica, bifactorial de la inteligencia (Factor G) y pensamiento no verbal.

Objetivo: Está diseñado para medir el coeficiente intelectual. Se trata de un tests no verbal, donde el sujeto describe piezas faltantes de una serie de láminas preimpresas. Se pretende que el sujeto utilice habilidades perceptuales, de observación y razonamiento lógico para deducir el faltante de la matriz.

Pruebas Psicológicas de Madurez Neurológica: Las pruebas de madurez neurológica se definen como herramientas de evaluación psicométricas que miden el funcionamiento cerebral y mental, con el fin de analizar los procesos como la atención, memoria, lenguaje, razonamiento y las emociones.

14.4 Ficha Técnica CUMANES Cuestionario de Madurez Neuropsicológica

Nombre original: Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES).

Autores: Portellano, J. A., Mateos, R., y Martínez, R.

Procedencia: TEA Ediciones, Madrid (España).

Objetivo: Evaluación del desarrollo neuropsicológico global, detectando puntos fuertes y débiles en las funciones cognitivas.

Población: Niños y niñas de 7 a 11 años (etapa de Primaria).

Aplicación: Individual.

Duración: Variable, entre 40 y 50 minutos aproximadamente.

Materiales: Manual técnico, cuadernillo de estímulos, hoja de anotación, hoja de respuesta.

Ámbito de aplicación: El CUMANES se puede utilizar en niños de 7 a 11 años que sepan leer y escribir, que no tengan un grado de discapacidad severa o algún tipo de trastorno sensorio motriz grave.

Estructura: 12 subtests agrupados en 6 áreas (Lenguaje, Visopercepción, Funcionamiento Ejecutivo, Memoria, Ritmo y Lateralidad).

Baremación: Puntuaciones centiles y decatipos por rangos de edad.

Estructura y contenido: El CUMANES Está conformado por un total de seis escalas: lenguaje, visopercepción, función ejecutiva, memoria, ritmo y lateralidad; dentro de las cuales a su vez podemos encontrar diferentes subpruebas.

Pruebas Forenses: Las pruebas forenses se definen como herramientas claves, utilizadas por expertos en psicología como peritos en el ámbito legal para la evaluación de la salud mental y el comportamiento de individuos involucrados en un proceso legal.

14.5 Ficha técnica Evaluación Global Del Estrés Post Traumático EGEP-5

Nombre: Evaluación Global Del Estrés Post Traumático EGEP-5

Autores: M. Crespo, M. M. Gómez y C. Soberón.

Aplicación: adultos a partir de 18 años

Ámbito de aplicación: Para adultos mayores de 18 años, víctimas de diversos acontecimientos traumáticos, tanto en contextos clínicos como de investigación, para evaluar y diagnosticar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según criterios DSM-5, analizando la historia traumática, los síntomas: intrusión, evitación, cognición, ánimo, reactividad y el impacto en el funcionamiento diario.

Duración: 30 minutos

Finalidad: Diagnóstica y de evaluación de la severidad de los síntomas.

Forma de aplicación: Individual.

Baremación: Se basa en una versión actualizada al DSM-5 y cuenta con baremo colombiano para adultos de 18 años en adelante, permitiendo evaluar la intensidad de síntomas (intrusión, evitación, cognición/ánimo, activación), la historia de traumas y el impacto funcional, proporcionando puntuaciones normativas para cada grupo de síntomas y una puntuación total para el diagnóstico y severidad del TEPT. Se compone de 58 ítems y evalúa áreas clave para entender la sintomatología postraumática en contextos clínicos y forenses.

Material: Manual de la Prueba. Protocolo de Respuesta (Cuestionario).

Objetivo: Evaluación del trastorno de estrés postraumático de acuerdo con los criterios del DSM-5.

14.6 Ficha técnica MMPI-2 RF Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado

Nombre: MMPI-2 RF Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2

Reestructurado

Autor: Yossef S. Ben-Porath y Auke Tellegen

Procedencia: University of Minnesota Press, 2008, 2021.

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbito de aplicación: Adultos

Duración: entre 35 a 50 minutos.

Finalidad: Evaluación de varios factores de la personalidad. Contiene 8 escalas de validez, 3 escalas de segundo orden (dimensiones globales), 9 escalas clínicas reestructuradas, 23 escalas de problemas específicos, 5 escalas somáticas, 9 escalas de internalización, 4 interpersonales, 2 escalas de intereses y 5 escalas de personalidad psicopatológica.

Baremación: Baremación de puntuaciones a partir de una muestra normal de población española.

Objetivo: El objetivo de la prueba es valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica.

Descripción: El cuestionario cuenta con 338 items en 50 escalas, 8 de validez, para detectar las amenazas a la interpretación del protocolo y 3 niveles de escalas sustantivas que son: Dimensiones globales, Escalas clínicas y escalas de problemas Específicos.

Materiales: Manual, cuadernillo, hoja de respuesta.

Prueba de selección de personal: Las pruebas de selección de personal son instrumentos estandarizados que las organizaciones utilizan para la evaluación objetiva de las habilidades, aptitudes, conocimientos y rasgos de personalidad de los aspirantes en proceso a una vacante.

14. 7 Ficha técnica CLEAVER

Autor: J.P Cleaver

Año: 1959

Área en que se aplica: Industrial; Selección de personal, promoción interna, capacitación y desarrollo, etc.

Forma de aplicación: Individual o colectiva

Material para la aplicación: Lápiz, hoja de autodescripción.

Material para la interpretación: Manual, plantilla de Human Factor job, gráfica.

Objetivo: Contribuir con una herramienta objetiva, rápida y fácil de utilizar, en la tarea de identificar al mejor candidato para un puesto de trabajo.

Descripción: La compatibilidad entre el perfil del puesto y el estilo personal del evaluado en 4 factores: 1. Dominación o Empuje 2. Influencia, Relación o Interés por la Gente. 3. Constancia o Permanencia en una tarea. 4. Apego, Cumplimiento de Normas o conciencia de deber. Se toma la autodescripción de la persona en tres tipos de situaciones: Comportamiento Diario (T), Motivación (M), Bajo presión (I). Su propósito general es establecer una descripción acerca del tipo de comportamiento necesario para satisfacer los requerimientos de un puesto; así como el estilo de comportamiento de la persona evaluada para poder hacer una comparación y determinar si existe compatibilidad o no.

Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos

Administración: Adolescentes y Adultos

15. Derechos del evaluador y del evaluado de acuerdo a las leyes de El Salvador

El proceso de evaluación psicológica en El Salvador se sustenta en diversas normativas que regulan la atención en salud, la relación profesional- usuario y la protección de la salud mental. Entre ellas encontramos la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud (2012), la Ley de Salud Mental (2017) y el Código de Ética de la

Profesión en Psicología emitido por la Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología. Estas normativas aseguran que el proceso evaluativo sea digno, ético y pertinente.

Las normativas mencionadas incluyen diversos derechos del evaluado y del evaluador, a continuación, se desarrollan algunos de estos.

15.1 Derechos del evaluado

Derecho a trato igualitario: La Ley de Pacientes establece que toda persona debe recibir un trato digno, respetuoso y sin discriminación por motivos de sexo, raza, religión, nivel socioeconómico o ideología (Art. 11). La Ley de Salud Mental refuerza este principio al mencionar que toda persona debe recibir atención sin estigmatización ni discriminación (Art. 15, lit. g).

Derecho a la información: El evaluado tiene derecho a recibir información clara, veraz y comprensible sobre su proceso de atención, incluyendo diagnóstico, procedimientos, riesgos, alternativas y resultados (Ley de Pacientes, Art. 13). En el ámbito psicológico, esto implica explicar la finalidad de la evaluación, las pruebas que se utilizarán y cómo se manejarán los resultados.

Derecho al consentimiento informado Todo procedimiento debe contar con consentimiento informado otorgado de forma libre y consciente (Ley de Pacientes, Art. 15). En casos de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento corresponde al representante legal (Art. 17). El Código de Ética de la profesión en psicología también reafirma la importancia del consentimiento.

Derecho a la confidencialidad El evaluado tiene derecho a que su información clínica o psicológica sea protegida (Ley de Pacientes, Art. 20). La Ley de Salud Mental también garantiza la privacidad e intimidad de la persona en todo procedimiento (Art. 15, lit. h). El Código de Ética establece la obligación del psicólogo de resguardar notas, grabaciones, pruebas e informes, y de revelar datos únicamente por autorización escrita o mandato legal.

Derecho a una atención calificada La Ley de Pacientes reconoce el derecho a atención brindada por personal acreditado y autorizado (Art. 12). El Código de Ética sostiene que aplicar pruebas o realizar evaluaciones sin formación suficiente constituye una falta ética.

Derecho a un trato sin estigmatización La Ley de Salud Mental exige que toda persona sea tratada con dignidad y libre de estigmas (Art. 15g). Esto incluye evitar juicios, lenguaje descalificador o interpretaciones que vulneren la dignidad del evaluado.

15.2 Derechos del evaluador

Derecho a recibir un trato respetuoso La Ley de Pacientes establece que los prestadores de servicios de salud tienen derecho a trato respetuoso por parte de pacientes, familiares y personal (Art. 30). Esto protege al psicólogo frente a agresiones o faltas de respeto.

Derecho a decidir el procedimiento profesional El profesional puede determinar el método o procedimiento adecuado según su experiencia y recursos disponibles, siempre respetando normas y protocolos (Ley de Pacientes, Art. 31a). En evaluación psicológica, esto implica decidir qué pruebas administrar y cómo estructurar el proceso.

Derecho a negarse a realizar actos contrarios a su profesión El Art. 31c permite dejar constancia de la negativa a realizar procedimientos ajenos a la profesión o que violen principios éticos. El Código de Ética también respalda al psicólogo cuando rechaza realizar evaluaciones fuera de su competencia o que comprometan su integridad profesional.

Derecho a instalaciones adecuadas La ley reconoce el derecho del profesional a contar con instalaciones apropiadas y seguras que garanticen el correcto desempeño de sus funciones (Art. 31d). Esto es esencial para garantizar privacidad y condiciones adecuadas durante la evaluación psicológica.

Derecho a la protección de su integridad profesional La Ley de Pacientes prohíbe actos que atenten contra la dignidad, honor o credibilidad del profesional (Art. 36h). El Código de

Ética también permite al psicólogo utilizar información del caso únicamente para defenderse ante acusaciones injustificadas.

Derecho a ejercer dentro de su competencia El Código de Ética reconoce el derecho del profesional a trabajar dentro de los límites de su formación, garantizando la calidad y ética del proceso evaluativo. Asimismo, contempla el derecho al desarrollo profesional continuo.

El marco legal salvadoreño protege ampliamente los derechos de las personas que participan en un proceso de evaluación psicológica. El evaluado cuenta con garantías fundamentales relacionadas con la dignidad, la privacidad, la información y el acceso a servicios competentes. Por su parte, el evaluador está respaldado por leyes que protegen su autonomía profesional, su integridad y su seguridad. En conjunto, estas normativas contribuyen a un ejercicio ético, justo y profesional de la evaluación psicológica en El Salvador.

16. Devolución de resultados bajo informe (normas éticas)

La devolución de resultados constituye una parte esencial del proceso de evaluación psicológica, ya que garantiza el derecho del usuario a conocer su situación clínica y las conclusiones que se derivan del proceso evaluativo. Tanto la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud como el Código de Ética de la Profesión en Psicología establecen lineamientos claros sobre cómo debe realizarse este procedimiento de manera ética, responsable y respetuosa.

En primer lugar, la Ley de Pacientes establece que toda persona tiene derecho a recibir explicaciones comprensibles sobre su diagnóstico y los procedimientos realizados, lo que incluye los resultados de una evaluación psicológica (Art. 13). Esto implica que el informe debe ser entregado de manera clara y adaptada al nivel de comprensión del usuario o su representante. Además, la Ley de Salud Mental indica que las personas deben recibir información que favorezca su participación y facilite su proceso de restablecimiento y rehabilitación (Art. 15, lit. d y f).

Desde el Código de Ética, la devolución de resultados debe cumplir con tres principios: veracidad, claridad y respeto. Es responsabilidad del profesional presentar los hallazgos “de forma objetiva, comprensible y cuidadosa”, evitando tecnicismos innecesarios y salvaguardando la estabilidad emocional del usuario (Código de Ética, Parte 2, Sección 2, literal I). Además, debe evitarse cualquier expresión que pueda estigmatizar o dañar la dignidad de la persona evaluada.

El informe psicológico debe basarse exclusivamente en datos obtenidos mediante métodos válidos y confiables, integrando entrevistas, pruebas y observaciones. El Código de Ética establece que la realización del informe no debe ser delegado a “personal no calificado” (Parte 2, Sección 3, literal B) y que la información presentada debe estar directamente relacionada con el proceso evaluativo, evitando incluir datos irrelevantes, prejuicios u opiniones.

Finalmente, la entrega del informe debe registrarse, indicando la fecha y a quién se le entregó, como lo establece el Código de Ética (Sección 3, literal C). Esto contribuye a la transparencia del proceso y protege tanto al evaluado como al profesional.

17. Manejo ético de resultados (normativas de resguardo de los expedientes según Junta de vigilancia y la ley)

El manejo y resguardo de los resultados y expedientes constituye una obligación ética y legal en El Salvador, debido a que estos contienen datos altamente sensibles sobre el estado mental, emocional y social de las personas. Las tres normativas principales: Ley de Pacientes, Ley de Salud Mental y Código de Ética de la Profesión en Psicología, establecen criterios claros sobre protección, confidencialidad, custodia y acceso.

En primer lugar, la Ley de Pacientes establece la obligación de proteger la privacidad del usuario, garantizando que su información clínica no sea divulgada sin consentimiento

expreso (Art. 20). Este principio es reforzado por la Ley de Salud Mental, que exige resguardar la intimidad y la información psicológica de las personas atendidas (Art. 15, lit. h).

El Código de Ética profundiza en las normas específicas para el manejo de expedientes. Señala que el psicólogo debe tomar “precauciones para proteger la información confidencial”, mantener los documentos bajo resguardo seguro y evitar que personas no autorizadas accedan a ellos (Parte 2, Sección 1, literal B). También establece que el expediente psicológico debe ser conservado de forma ordenada y accesible únicamente para profesionales acreditados (Sección 7, literal C).

Otra obligación importante es que la información sólo puede ser divulgada cuando exista un motivo legal, un riesgo grave o cuando el usuario autorice por escrito (Código de Ética, Sección 1, literal A). Asimismo, todas las grabaciones, fotografías o registros audiovisuales requieren consentimiento escrito previo y no pueden ser difundidos sin autorización (Sección 1, literal E).

La Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología también establece que los expedientes deben conservarse durante un período razonable para garantizar continuidad de atención y respaldo profesional. Si bien la normativa no especifica un número exacto de años, el Código de Ética establece una guía al señalar que los informes psicológicos tienen una vigencia de dos años en la mayoría de las instituciones, y seis meses en procesos judiciales (Sección 3, literal B), por lo que el expediente debe mantenerse al menos durante este período y preferiblemente más tiempo para fines clínicos y legales.

En caso de retiro del profesional o cierre del servicio, el Código de Ética exige que se garantice la continuidad del resguardo de los expedientes (Sección 7, literal C). Esto evita la pérdida o divulgación accidental de información y asegura la protección del usuario.

18. Cualificación del evaluador según la ley y las áreas para el caso de El Salvador

La legislación salvadoreña y el Código de Ética de la Profesión en Psicología establecen criterios sobre la formación, competencia y responsabilidades del profesional que realiza evaluaciones psicológicas. La correcta cualificación del evaluador garantiza la validez técnica del proceso y protege a los usuarios frente a prácticas inadecuadas.

La Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes reconoce explícitamente que toda persona tiene derecho a recibir atención de profesionales acreditados y debidamente autorizados (Art. 12). Esto implica que únicamente personas con título universitario en Psicología, reconocidas por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), pueden aplicar pruebas psicológicas, emitir diagnósticos psicológicos o elaborar informes.

El Código de Ética profundiza en este aspecto señalando que los profesionales deben “mantener una constante formación profesional y actualización de conocimientos teóricos y prácticos” (Parte 1, Sección G). Asimismo, prohíbe aplicar pruebas psicológicas si no se cuenta con entrenamiento adecuado y señala que solo los psicólogos certificados pueden administrar, interpretar y resguardar material psicométrico (Sección 2, literales E, F y J).

En cuanto a las áreas de ejercicio, la normativa reconoce que existen distintos campos de especialización (p. ej., clínica, educativa, organizacional, social, forense). El evaluador debe conocer sus límites profesionales y “solo proporcionar servicios en los cuales ha recibido entrenamiento a través de la formación académica y la experiencia” (Código de Ética, Parte 1, literal G). Esto significa que un psicólogo sin formación en psicología forense no debe emitir dictámenes judiciales, y uno sin entrenamiento psicométrico no debe aplicar pruebas estandarizadas complejas.

La Ley de Salud Mental también indica que la atención psicológica debe realizarse con personal capacitado y especializado en salud mental, especialmente en casos de trastornos mentales o poblaciones vulnerables (Art. 21 y 25). Esto implica que el profesional debe contar

con competencias clínicas suficientes para realizar evaluaciones diagnósticas en estos contextos.

Finalmente, la Junta de Vigilancia vela por el cumplimiento de estos requisitos, estableciendo que ejercer sin la acreditación o la competencia necesaria constituye una falta ética y legal. El evaluador, por lo tanto, tiene la obligación de trabajar dentro de su campo de competencia, actualizarse continuamente y garantizar que su intervención cumpla con los estándares técnicos y legales vigentes.

19. Proyectos psicosociales: importancia, que son, estructura y otros

Los proyectos psicosociales son intervenciones planificadas que buscan promover la salud mental, prevenir trastornos psicológicos y fortalecer los recursos personales, familiares y comunitarios, considerando la interacción entre factores psicológicos y sociales que influyen en el bienestar de las personas. En El Salvador, estos proyectos se enmarcan dentro del modelo de Atención Integral en Salud Mental con enfoque familiar y comunitario, impulsado por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2017).

La importancia de los proyectos psicosociales radica en que permiten abordar la salud mental desde una perspectiva preventiva y promotora, priorizando acciones comunitarias antes de que los problemas se agraven. Los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud Mental señalan que la mayoría de las necesidades en salud mental pueden ser atendidas eficazmente desde el primer nivel de atención, mediante intervenciones psicoeducativas, consejería, fortalecimiento de redes de apoyo y promoción de la resiliencia (MINSAL, 2017).

Asimismo, estos proyectos contribuyen a la reducción de factores de riesgo como el fracaso escolar, la violencia, el consumo de sustancias y la conducta suicida, al mismo tiempo que fortalecen factores protectores como el apoyo familiar, la comunicación asertiva, la organización comunitaria y el autocuidado. El enfoque intersectorial e interinstitucional permite

que los proyectos psicosociales articulen acciones entre salud, educación, comunidad y otras instancias locales, garantizando una atención integral y continua.

En cuanto a su estructura, los proyectos psicosociales deben diseñarse de forma organizada para asegurar su efectividad y sostenibilidad. Generalmente incluyen: diagnóstico de la situación, justificación, objetivos generales y específicos, población beneficiaria, nivel o niveles de intervención, metodología, actividades, recursos, cronograma y mecanismos de monitoreo y evaluación. Esta estructura permite dar seguimiento a las acciones desarrolladas y realizar ajustes oportunos según las necesidades detectadas (MINSAL, 2017).

20. Niveles de intervención en proyecto y formato de proyecto a realizar

Los proyectos psicosociales se desarrollan a partir de distintos niveles de intervención, los cuales permiten responder de manera progresiva a las necesidades de la población según el grado de complejidad de los problemas de salud mental. Este enfoque es coherente con el modelo de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS) y la Atención Primaria en Salud promovida por el MINSAL (2017).

El primer nivel de intervención se orienta a la promoción de la salud mental y la prevención primaria. En este nivel se incluyen acciones dirigidas a toda la población, como la psicoeducación, charlas educativas, sesiones grupales, consejería y fortalecimiento de redes comunitarias. Estas intervenciones buscan fomentar la resiliencia, prevenir trastornos de ansiedad y depresión, reducir el consumo de sustancias y promover entornos familiares y comunitarios saludables, principalmente desde las Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas y el trabajo comunitario.

El segundo nivel de intervención corresponde a la prevención secundaria y atención no especializada. En este nivel se realizan intervenciones dirigidas a personas que ya presentan señales de riesgo o síntomas iniciales, como dificultades emocionales, problemas escolares, conflictos familiares o consumo incipiente de sustancias. Se utilizan técnicas como entrevistas

educativas, consejería individual, sesiones psicoeducativas y seguimiento comunitario, con posibilidad de referencia a UCSF especializadas cuando la condición excede la capacidad resolutoria del primer nivel (MINSAL, 2017).

El tercer nivel de intervención está orientado a la atención especializada y rehabilitación psicosocial, dirigida a personas con trastornos mentales graves. Este nivel incluye la intervención en Unidades Hospitalarias de Salud Mental y hospitales especializados, combinando tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales como terapia cognitivo-conductual, intervención familiar, programas psicoeducativos y rehabilitación cognitiva. El objetivo principal es la recuperación funcional y la reintegración familiar y comunitaria del usuario.

En relación con el formato del proyecto psicosocial, este debe incorporar de manera clara el nivel de intervención al que responde, así como las estrategias y técnicas a utilizar. Un proyecto debe contener: título, diagnóstico, justificación, objetivos, población blanco, nivel de intervención, metodología, actividades, recursos, cronograma y evaluación. Este formato permite asegurar que las acciones desarrolladas sean coherentes con los lineamientos técnicos nacionales y contribuyan efectivamente a la promoción y atención integral de la salud mental.

21. Parciales: Informe Clínico / Informe Forense / Informe Psicopedagógico / Informe Laboral / Proyecto Social

En este apartado se presentan los parciales realizados a lo largo del curso de especialización, los cuales corresponden a la elaboración de informes en las distintas áreas de la evaluación psicológica. Para cada tipo de informe se incluyen tres trabajos independientes, elaborados por cada uno de los integrantes del equipo, en los ámbitos clínico, forense, psicopedagógico y laboral, así como en el proyecto social. Estos informes reflejan la aplicación progresiva de los contenidos teóricos y prácticos abordados durante el curso, el cumplimiento de los principios éticos y el uso adecuado de técnicas e instrumentos de evaluación,

evidenciando el desarrollo de competencias profesionales en la elaboración de informes psicológicos en diversos contextos de intervención

21.1 Informes Clínicos

21.1.1 Informe Clínico 1.

Hoja de registro

Datos generales

Nombre: [REDACTED] **Edad:** 24 **Sexo:** F

Estado Civil: Soltera **Ocupación:** Estudiante

Nivel educativo: Universitario, Relaciones públicas

Número de teléfono: [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

Nombre del padre: [REDACTED] **Edad:** 63

Ocupación: Contador **Lugar:** [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

Nombre de la madre: [REDACTED] **Edad:** 61

Ocupación: Contadora **Lugar:** [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

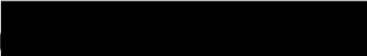

Estado civil de los padres: Casados **Religión:** católicos

Persona para contactar en caso de emergencia:

Nombre: [REDACTED] **Teléfono:** [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

CONTRATO TERAPÉUTICO


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

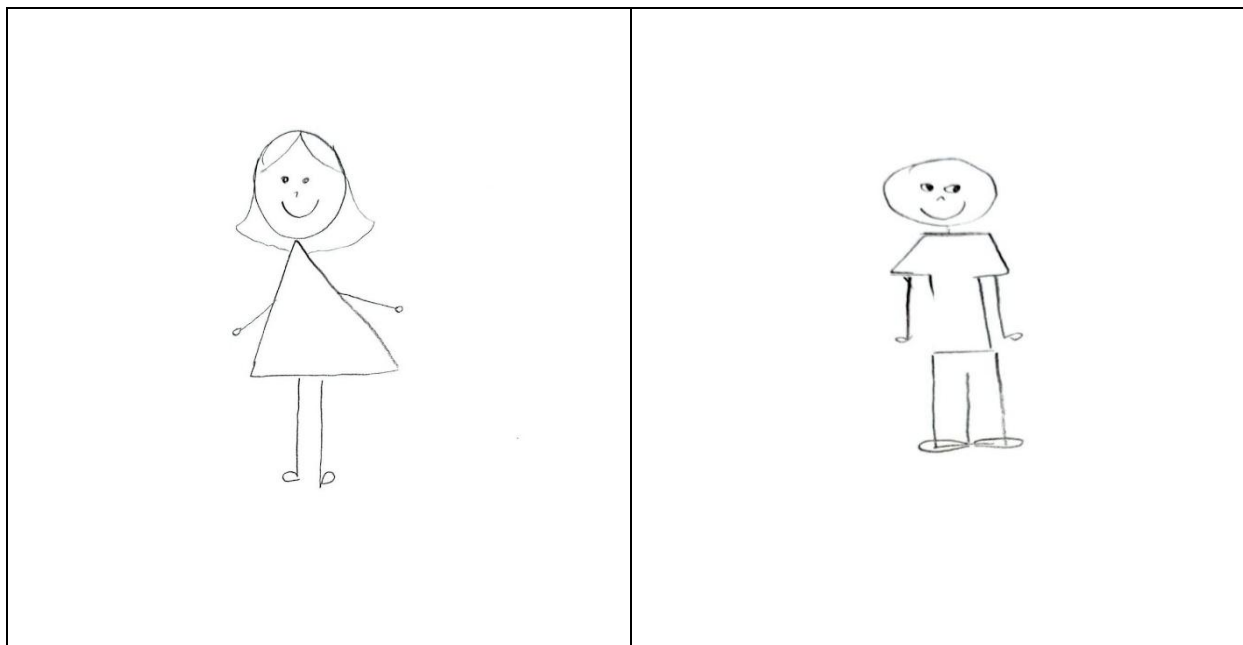
1. Dado que asisto voluntariamente a psicoterapia para mi beneficio, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por el terapeuta.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas; si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente a mi terapeuta.
3. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
4. 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.
5. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
6. El presente contrato estará vigente hasta que el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Por mi parte, como terapeuta, me comprometo a brindar un espacio seguro, confidencial y libre de juicios, donde se trabajara con profesionalismo, respeto y ética para apoyar el proceso terapéutico.


Cesar Daniel Jimenez Garcia

Firma del terapeuta


Firma de la consultante



Mecanismos de defensas rebeldes.	Conflictos encontrados	Amenazas	Características de personalidad
Proyección Formación reactiva Idealización Negación Racionalización	Dependencia vs. autonomía Identidad femenina no integrada Narcisismo herido vs. necesidad de validación externa Agresión reprimida	Miedo al rechazo Ansiedad frente a la autoafirmación Temor a la soledad Amenaza a la autoimagen	Se puede observar en la persona las siguientes características de personalidad, insegura, pasiva, idealista, autoexigente, evitativa, soñadora,

			racionalizante, autoanulante, reservada, empática, introspectiva.
--	--	--	---

Informe General

Datos generales del evaluado:

Nombre: [REDACTED] **Edad:** 24 **Sexo:** F

Estado Civil: Soltera **Ocupación:** Estudiante

Nivel educativo: Universitario, Relaciones públicas

Numero de telefono: [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

Fecha de nacimiento: [REDACTED]

Motivo de consulta: “Muchas veces hago cosas que no quiero por agradar, me pasa más con mis parejas y en situaciones de pareja”

Pruebas aplicadas

Test de la figura humana Karen Machover, esta prueba mide la relación del sujeto con su medio.

Interpretación de resultados:

Los resultados del Test de la Figura Humana permiten observar que la consultante es una persona reflexiva, reservada y atenta al modo en que se relaciona con los demás. Tiene un estilo de personalidad tranquilo, prefiere ambientes predecibles y vínculos donde prime la

armonía. Se muestra como alguien cuidadosa, que procura mantener buenas relaciones y que, en general, evita situaciones de conflicto o tensión interpersonal.

Probablemente le cueste expresar con claridad lo que piensa o necesita, especialmente cuando eso podría generar desacuerdo. En relaciones cercanas, y particularmente en lo afectivo, tiende a priorizar al otro, adaptándose con facilidad, a veces en exceso. Es posible que esa disposición a agradar esté relacionada con una necesidad de sentirse valorada o aceptada, lo que puede llevarla a actuar en contra de lo que realmente desea. Esto coincide con lo que menciona como motivo de consulta.

También se observa una autoimagen que, aunque organizada y estable, podría estar aún en proceso de fortalecerse. Es probable que en algunas situaciones dude de sí misma, especialmente cuando siente que está siendo observada o evaluada. Aun así, conserva recursos importantes. Tiene un pensamiento claro, bien estructurado, y capacidad para reflexionar sobre su mundo interno. Reconoce lo que le genera malestar y está dispuesta a trabajarlo, lo cual habla de buena disposición para el cambio.

En su forma de vincularse, tiende a mostrarse cercana con un grupo reducido de personas, valorando más la profundidad que la cantidad. Aunque no se muestra abiertamente, puede desarrollar lazos afectivos significativos. Es probable que, en algunos casos, idealice a ciertas personas, especialmente figuras que representan seguridad o contención, lo que podría generar desequilibrios en la relación si no hay reciprocidad.

En conjunto, el perfil que se desprende es el de una persona sensible, introspectiva y con disposición a construir vínculos valiosos, pero que necesita fortalecer su seguridad personal, confiar más en su criterio, y animarse a expresar sus necesidades con claridad. El trabajo terapéutico puede ser un espacio propicio para fortalecer su autoestima, desarrollar herramientas para poner límites, y construir relaciones más equilibradas y auténticas.

Diagnóstico:

Z60.9 Problema no especificado relacionado con el entorno social.

Presencia de rasgos evitativos y dependientes de la personalidad, que afectan la expresión de deseos propios, la capacidad de poner límites, y la autoafirmación en relaciones cercanas, especialmente de tipo afectivo.

Hoja Resumen De Sesión Psicológica

Nombre:	[REDACTED]	
Fecha de Nacimiento:	Edad: 24	[REDACTED]
Psicoterapeuta:	Cesar Daniel Jimenez Garcia	Fecha: [REDACTED]

Objetivo de la sesión:

Establecer un primer contacto terapéutico y generar un espacio de confianza inicial (rapport) con la consultante. Recoger información general sobre su motivo de consulta, antecedentes personales y familiares relevantes, así como explicar el encuadre terapéutico: frecuencia de las sesiones, tipo de intervención, confidencialidad, roles y objetivos esperados del proceso.

Observaciones:

La consultante se mostró inicialmente nerviosa, con lenguaje contenido y respuestas breves.

A medida que avanzó la sesión, fue relajándose ligeramente, manteniendo contacto visual y participando con mayor apertura.

Manifestó interés y disposición a iniciar un proceso de autoconocimiento, aunque con cierta inseguridad sobre cómo será el camino terapéutico.

Mostró una actitud respetuosa, cooperativa y reflexiva.

Conclusiones:

Durante esta primera sesión se logró establecer un vínculo inicial adecuado con la consultante. Se recogió información general sobre su historia de vida, dinámica familiar y situación actual. La consultante expresó de forma clara su motivo de consulta, vinculado a dificultades para poner límites en relaciones afectivas. Se observó un estilo relacional cuidadoso, una actitud algo inhibida al inicio, pero con capacidad de introspección y disposición para continuar el proceso terapéutico. Se sentaron las bases para una relación clínica de confianza y se acordó el compromiso mutuo hacia el trabajo terapéutico.

Tarea Asignada al paciente:

Se le propuso como tarea para la semana reflexionar sobre situaciones recientes en las que haya sentido que actuó en contra de su deseo o necesidad por agradar a alguien. Se le sugirió tomar nota breve de al menos una situación concreta para comentarla en la próxima sesión.

Hoja Resumen De Sesión Psicológica

Nombre:	[REDACTED]	
Fecha de Nacimiento: [REDACTED]	Edad: 24	
Psicoterapeuta:	Cesar Daniel Jimenez Garcia	Fecha: [REDACTED]

Objetivo de la sesión:

Explorar con mayor profundidad experiencias personales relacionadas con el motivo de consulta, especialmente aquellas en las que la consultante identificó haber actuado en contra de sus propios deseos o límites personales por agradar a otros. Comenzar a identificar

patrones relacionales repetitivos y emociones asociadas a estas situaciones.

Observaciones:

La consultante se mostró más cómoda que en la primera sesión, con mayor fluidez verbal y disposición a compartir experiencias personales.

A pesar de su mayor apertura, manifestó vergüenza al hablar de ciertas situaciones íntimas, especialmente relacionadas con su vida sexual.

Se observó un tono emocional moderado, con momentos de incomodidad, pero sin evasión ni cierre.

Mostró conciencia de que, en varias de estas experiencias, actuó de forma complaciente a pesar de no sentirse cómoda, y reconoció la dificultad para poner límites en momentos donde deseaba evitar el rechazo.

Conclusiones:



La consultante logró compartir situaciones concretas relacionadas con su vida afectiva y sexual, donde se hizo evidente un patrón de docilidad o complacencia para sostener el vínculo con el otro. Se identificaron sentimientos de incomodidad, culpa y vergüenza posteriores a estas experiencias, así como un conflicto interno entre el deseo de agradar y la necesidad de cuidado personal. La sesión permitió avanzar en la comprensión de su estilo relacional, mostrando una mayor apertura emocional y disposición al trabajo terapéutico. El ambiente de confianza se consolidó, y la consultante se mostró receptiva al proceso.

Tarea Asignada al paciente:

Se le propuso reflexionar sobre qué factores cree que influyen en su dificultad para decir que no. Se sugirió anotar pensamientos o situaciones donde haya sentido que tenía que complacer, aunque no estuviera convencida, para luego analizarlas en la próxima sesión.

Hoja Resumen De Sesión Psicológica

Nombre:	[REDACTED]
----------------	------------

Fecha de Nacimiento: 	Edad: 24	
Psicoterapeuta:	Cesar Daniel Jimenez Garcia	Fecha: 

Objetivo de la sesión:

Aplicar el Test de la Figura Humana con el fin de explorar aspectos de la personalidad, dinámica emocional, percepción del sí mismo y modos de relación interpersonal, especialmente en lo afectivo, en función del motivo de consulta.

Observaciones:

La consultante se mostró dispuesta a participar en la tarea, aunque al inicio verbalizó que le parecía “raro” y manifestó cierta vergüenza.

A medida que avanzó, fue completando los dibujos con actitud cooperativa, aunque con expresiones verbales como “no sé dibujar” o “esto me da pena”, lo cual puede reflejar inseguridad o autocrítica.

Mantuvo buena disposición durante toda la actividad y completó ambos dibujos (figura femenina y figura masculina) en un tiempo adecuado.

Respondió sin resistencia a las preguntas posteriores sobre los personajes y su relación, mostrando cierta espontaneidad e implicación emocional.

Conclusiones:

La consultante participó activamente en la aplicación del Test de la Figura Humana. Durante la actividad, se observaron manifestaciones de inseguridad y vergüenza, especialmente vinculadas a la autoimagen y a la exposición personal. Los dibujos y las historias proyectadas permitieron acceder a aspectos de su funcionamiento emocional y

relacional que complementan lo verbalizado en sesiones anteriores. En especial, se evidenciaron elementos relacionados con la dificultad para afirmar sus propios deseos, la tendencia a agradar, y el lugar que ocupa en los vínculos afectivos. La sesión transcurrió en un ambiente de confianza, y se consolidó la alianza terapéutica.

Tarea Asignada al paciente:

No se dejó tarea específica, pero se acordó que en la próxima sesión se retomarán y analizarán las respuestas del test, vinculándose con lo trabajado previamente y con experiencias personales relevantes.

Hoja Resumen De Sesión Psicológica

Nombre:	[REDACTED]		
Fecha de Nacimiento:	Edad: 24	[REDACTED]	
Psicoterapeuta:	Cesar Daniel Jimenez Garcia	Fecha:	[REDACTED]

Objetivo de la sesión:

Realizar la devolución de los resultados obtenidos en la aplicación del Test de la Figura Humana. Contrastar estos hallazgos con la percepción de la consultante y profundizar en aspectos relevantes del motivo de consulta. Además, comenzar a establecer pautas generales de abordaje terapéutico para el proceso.

Observaciones:

La consultante se mostró receptiva y participativa durante la devolución.

Escuchó atentamente los resultados y mostró acuerdo con la mayoría de las interpretaciones ofrecidas, manifestando sentirse identificada con varios aspectos.

Expresó alivio al poder poner en palabras ciertas vivencias que no sabía cómo explicar.

Mostró una actitud reflexiva y colaboradora al dialogar sobre posibles objetivos terapéuticos.

Conclusiones:

La sesión permitió consolidar el vínculo terapéutico a través de una devolución clara y respetuosa de los resultados del test proyectivo. La consultante se mostró cómoda, validó gran parte de los contenidos presentados y agradeció el espacio. Además, fue posible profundizar en detalles relevantes para el abordaje clínico, particularmente en relación con sus vínculos afectivos y su forma de posicionarse frente a los demás. Se observó buena disposición para iniciar un trabajo más activo en torno al desarrollo personal, los límites y el reconocimiento de sus propios deseos y necesidades.

Tarea Asignada al paciente:

No se dejó tarea en esta sesión.

Nota evolutiva

NOMBRE	MES:Junio	N° Exp.:	
CONSULTANTE: ██████████ ██████████	2025	0001-2025	
DIAGNOSTI		N°	N° NOTA
CO		SESIONES DEL MES: 4	EVOLUTIVA: 01- 2025

Fecha

██

Indicadores relevantes a trabajar

Dificultad para poner límites
Tendencia a complacer al otro
Inseguridad personal en contextos relacionales
Necesidad de aprobación externa
Idealización del otro y minimización de lo propio.
Expresión emocional inhibida
Autoimagen frágil

Objetivo de las sesiones del mes

Establecer una alianza terapéutica sólida y un encuadre claro, generar un espacio de confianza donde la consultante pueda expresarse con libertad, e iniciar la exploración de su dinámica relacional, especialmente en lo que refiere a su dificultad para afirmar sus deseos frente a los otros. Se buscó también identificar patrones de complacencia, reconocer emociones asociadas a estas situaciones, e iniciar el trabajo de toma de conciencia sobre los efectos que esto tiene en su bienestar emocional.

Observaciones/comentarios.

Durante el primer mes, la consultante mostró progresivamente una mayor apertura y disposición a explorar su mundo interno. A pesar de cierta vergüenza inicial, fue ganando comodidad en el espacio terapéutico y pudo compartir situaciones personales y emocionales de manera reflexiva y colaborativa. La aplicación del Test de la Figura Humana permitió profundizar en aspectos de su autoimagen, su forma de vincularse y su estilo de afrontamiento emocional, facilitando una devolución que fue bien recibida y validada por ella.

La consultante se muestra comprometida con el proceso, reconoce las dificultades que desea trabajar y responde positivamente a las intervenciones realizadas. Se observan buenas capacidades de introspección y un funcionamiento psíquico conservado. Se sugiere continuar con la línea de trabajo centrada en el fortalecimiento de la autoafirmación, el reconocimiento de

Test de la Figura Humana (Karen Machover, 1949). La consultante representó figuras con pocos detalles, líneas simples y omisiones significativas (como la ausencia de manos definidas). Se identificó una autoimagen frágil, tendencia a la pasividad, necesidad de agradar, idealización del otro y dificultad para autoafirmarse. Las historias proyectadas reforzaron la hipótesis de patrones de complacencia afectiva y temor al rechazo.

Recomendaciones

Continuar con el proceso terapéutico centrado en el fortalecimiento del yo, especialmente en lo vincular.

Trabajar con técnicas de conciencia emocional, límites personales y afirmación de necesidades.

Profundizar en los esquemas relacionales internalizados que refuerzan la conducta de complacencia.

Mantener un espacio terapéutico de contención, gradualidad y validación emocional.

21.1.2 Informe Clínico 2.

HOJA DE REGISTRO

Nombre y apellidos del paciente: [REDACTED]		
Edad: [REDACTED]	Sexo: [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: [REDACTED]		
Lugar de nacimiento: San Salvador		
Nivel de estudios: Bachiller	Ocupación: Estudiante	
Estado civil: Madre soltera	Hijos: 2	
Teléfono (s): [REDACTED]	Religión: cristiana	
Lugar de trabajo: negocio propio		
Domicilio: [REDACTED]		
Correo electrónico: [REDACTED]		
Nombre de la madre: [REDACTED]		
Ocupación: costurera	Teléfono: ----	Edad: [REDACTED]
Nombre del padre: [REDACTED]		
Ocupación: [REDACTED]	Teléfono: ----	Edad: [REDACTED]
Persona de contacto en caso de emergencia: [REDACTED]		
Teléfono de persona de contacto: [REDACTED]		
Relación con el sujeto: [REDACTED]		
Motivo de consulta: Problemas familiares con la madre.		



Lugar y fecha: _____
 Institución: _____
 Entrevistador/a: _____

*Formulario para
 tomar anamnesis*

ADULTOS

I. IDENTIDAD PERSONAL: _____

Nombre: *Alessandro Melissa Aguilar Mejía*

Edad: <i>31</i>	Sexo: <i>femenino</i>	Estado Civil: <i>soltero</i>	Ocupación: <i>Estudiante</i>
-----------------	-----------------------	------------------------------	------------------------------

Lugar y Fecha de Nacimiento: *San Salvador, 26 de abril de 1994*

Dirección: *Colonia Florencia Pasaje n°2 # 30, Soyapango.*

Teléfono Fijo: *6030-3913* Teléfono Móvil: _____

Persona Responsable: *Rodrigo Larios* Relación con el Sujeto: *Pareja*

Aspecto Externo (Apariencia Física): *Apariencia limpia y ordenada*

Actitud General: *Muestra seguridad al expresarse, es muy colaborativa, atenta a los interrogantes.*

Remitido por: *Ninguna*

II. MOTIVO DE CONSULTA: _____

Problemas con su madre

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL: _____

¿Cuándo comenzó el problema?
La paciente menciona que los problemas son ocasionados desde su niñez, recuerda no llevarse con ella.

¿Cómo comenzó?
Menciona que por la separación de sus padres

¿Cómo siguió después?
Normaliza la convivencia.

¿Ha tenido Mejoras y Recaidas? *No* ¿Cuántas?

¿Han sido continuas? *No*

¿Comenzó repentinamente? *No*

¿O gradualmente?

¿Ocurrió algo desacostumbrado antes de enfermarse? *No*

¿Ha recibido Tratamientos? *Ninguno*

¿A base de qué?

¿Está actualmente en Tx? *No*

¿Con qué?

¿Qué resultados ha tenido? *Ninguno.*

IV. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL PROBLEMA:

¿Qué piensa Ud. de su problema?:
Que no puedo seguir con esta situación, es mi madre y quiero vivir tranquila no peleando.

¿A qué lo atribuye?
Problemas de incesto en su familia materna.

- ¿Qué actitud asume frente a su problema?
- Esperanza
 - Desaliento
 - Temor
 - Resignación
 - Paciencia
 - Optimismo
 - Rebeldía
 - Desesperación
 - Confianza

Otros *Colera e Ira*

¿Desea realmente recuperarse? *Si*

¿Viene a consulta por su gusto? *Si*

¿Obligado? *No*

¿Está dispuesto a colaborar y ayudarse a sí mismo?
Si, quiero promover cambios.

V. HISTORIA GENERAL DE SALUD:

¿Qué enfermedades ha padecido Ud. desde su nacimiento hasta ahora?

Operación por apendicitis.

¿Enfermo su madre durante el embarazo?

No

¿De qué?

¿Sufrió mucho moralmente su madre durante el embarazo?

Si.

¿Cómo fue?

Menciona que recibía abuso psicológico.

¿Fumaba?

ninguna

Cigarros

Drogas

¿Tomaba?

¿Cómo fue su nacimiento?

Normal

Laborioso

Prematuro

Único

A termino

Múltiple

Por Fórceps

Por Cesárea

Salud al nacimiento

Sano

Enfermo

¿De qué?

Cianótico

¿Estuvo en tiendas de oxígeno? (tiempo)

no lo sabe

¿Por qué?

¿Presentaba lesiones?

¿Dónde?

Ninguna

¿Malformaciones?

Ninguna

¿Traumatismos?

¿A qué edad?

¿Dónde?

¿Intoxicaciones?

Ninguna

¿A qué edad?

¿Con qué?

¿Ha sido hospitalizado?

Si

¿Cuántas veces?

¿Por qué?

por apendicitis

¿Cirugías?

1.

¿Por qué?

¿EEG?

Ninguna

¿Cuándo?

¿Por qué?

¿Qué encontraron?

¿Le han tomado la tensión arterial?

Si

¿Cuándo?

Febrero 2025

¿Por qué?

Chequeo rutinario.

¿Cuánto marco?

¿Exámenes de heces?

Si

¿Cuándo?

Febrero

¿Resultados?

bajo rango normal

¿Hemogramas?

Si

¿Cuándo?

Febrero

¿Resultados?

bajo rango normal.

¿Serológico?

No

¿Cuándo?

¿Resultados?

Otros

VI. HISTORIA DE PATOLOGÍA FAMILIAR:

Madre: Si Viva: ¿De que murió?

¿De qué enfermedades padecía o padece?

Diabetes

Padre: Si Viva: ¿De que murió?

¿De qué enfermedades padecía o padece?

Ninguna

Otros:

CONTRATO TERAPEUTICO

Viernes 23 de mayo de 2025.

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 o nuestro beneficio, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por los terapeutas.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas; si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente a mi terapeuta asignado.
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 explicó 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 el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Firman de común acuerdo:

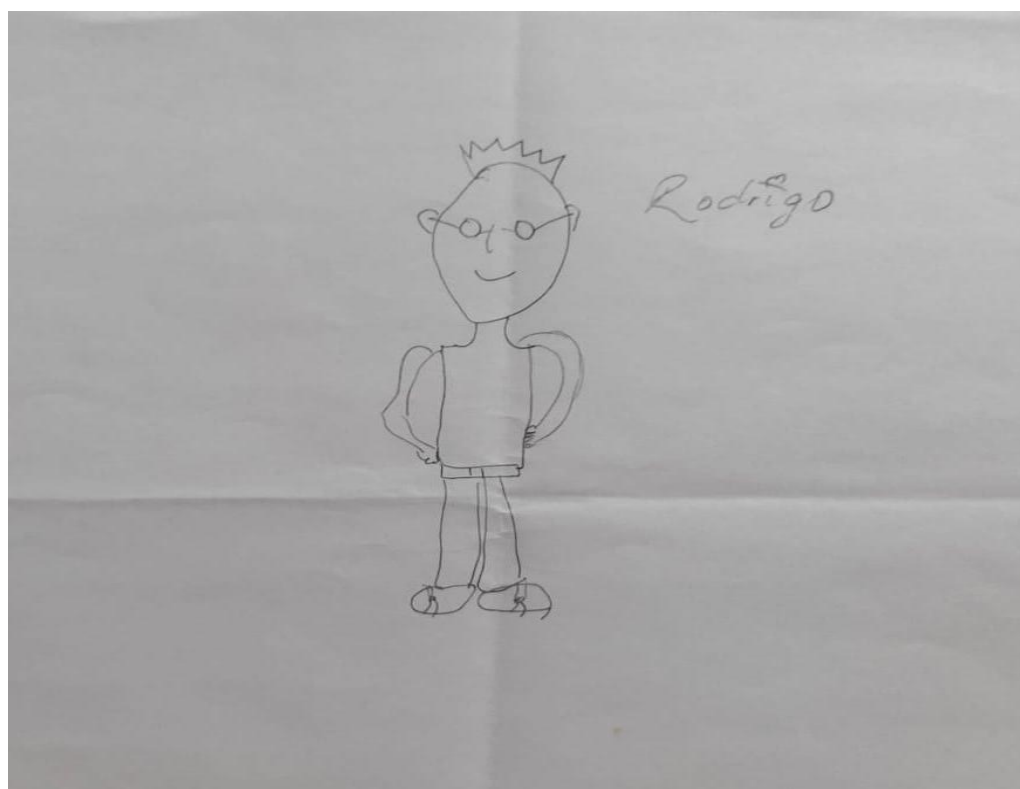
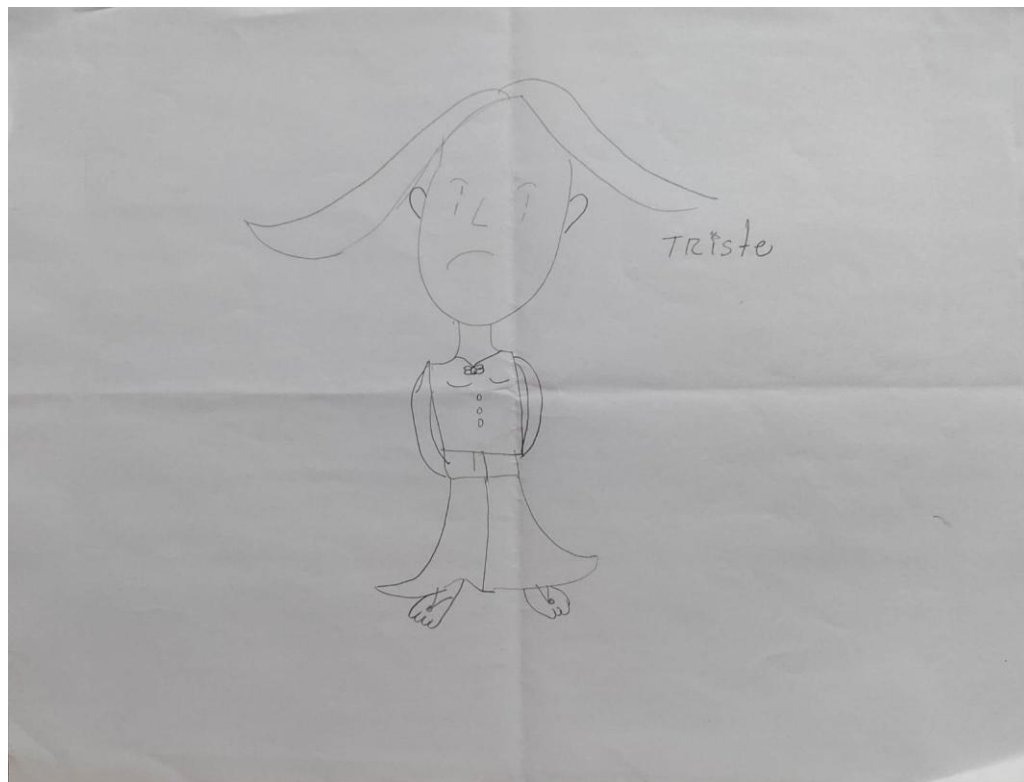


Diana Carolina Peña Cruz

Nombre y firma del terapeuta



Nombre y firma del paciente



PACIENTE: [REDACTED]

DX: Con base a los indicadores encontrados en el test de la figura humana, posiblemente podría estar relacionado a un diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite.

CUADRO DE ANÁLISIS DE TEST DE LA FIGURA HUMANA: Dibujo N°1 (mujer)			
MECANISMO DE DEFENSA	CONFLICTOS	AMENAZAS	PERSONALIDAD
<p><i>Ataque, Infantilismo, Tendencia agresiva, Aislamiento, Aislamiento, Voyeurismo, Infantilismo, Tendencias extrovertidas, Reacción a la crítica, Susplicacia, Susceptibilidad, Rebeldía, Reacción a la opinión social, Disgregación, Falta de control, Dificultad para controlar los impulsos instintivos, Disgregación, Disgregación, Difusión, Infantilismo, Declinación, Despersonalización aguda, Introversión, Sobrevigilancia, Fuerza, Violencia, Agresividad, Despersonalización</i></p>	<p><i>Imago materno fuerte Escisión de personalidad Conflictos del super yo Menosprecio propio, Yo "hinchado" Culpabilidad por masturbación Falta de diferenciación sexual. Falta de dirección en la vida Fantasías de hechizar el sexo opuesto Inmadurez emocional Retraso por influencias efectivas Frigidez Imago materno, Despersonalización con delirios, Descomposición de la frontera entre</i></p>	<p><i>Rechazo, Desprecio, Contacto social débil, Dificultades relacionadas en el contacto social, Inmadurez psicosexual Miedo, Miedo al varón, Tendencia al cambio, Preocupación somática, Cansancio, Espontaneidad excesiva, Falta de control, Falta de concentración, Preocupación Somática, Falta de coordinación, Falta de control Tensión emocional, Sentimiento de ser observado,</i></p>	<p><i>Timidez, Narcisista, Orgullo, Vanidad Inmadurez emocional, Dominante Protesta viril, Indiferencia, Impulso desordenado, impulsividad, Impulsividad, Ansiedad, Narcisismo, Inadaptación social, Agresividad psicopática, Sensibilidad Inmadurez Realismo, Capacidad de organización, Iniciativa, Excitación, Impulsividad, Timidez, Inseguridad,</i></p>

	<i>el yo y el mundo exterior</i>	<i>Imaginación Falta de autoconfianza Femineidad, Inestabilidad, Retraimiento agudo, Arbitrariedad, Afectividad desenfrenada, Docilidad por indecisión</i>	
--	----------------------------------	--	--

CUADRO DE ANÁLISIS DE TEST DE LA FIGURA HUMANA: Dibujo N°2 (hombre)			
MECANISMO DE DEFENSA	CONFLICTOS	AMENAZAS	PERSONALIDAD
<i>Agresividad, Introversión, Fantasía como mecanismo, Agresividad, Placer, Justificación, Defensa, Malhumor, Vouyerismo, Intento de liberación de inhibiciones, Rechazo, Disgregación, Disgregación,</i>	<i>Deseos de atracción sexual, Menosprecio propio, Yo "hinchado", Deficiencia, Arranques ocasionales de agresión, Agresividad reprimida, Inmadurez psicosexual, Descontento con el propio cuerpo, Desplazamiento del erotismo muscular, Compensación contra la falta de amor, Sentimiento de superioridad contra el Medio ambiente amenazador, Rasgos</i>	<i>Desarmónía social, Amenaza, Disgusto manifiesto, Culpabilidad visual, Conflicto visual, Sentimiento de invasión, Debilidad, Sentimiento de inseguridad, Primitivismo, Resignación,</i>	<i>Narcisismo, Vanidad, Pedantería, Aspiraciones intelectuales, Frustración intelectual, Virilidad, Sexualidad, Orgullo, Vanidad, Ausencia de emociones, Realismo, Inseguridad, Imaginación, Iniciativa,</i>

<p><i>Desprecio,</i> <i>Impulso,</i> <i>Malhumor,</i> <i>Evasión, Rebelión</i> <i>interna reprimida</i> <i>el cuerpo,</i> <i>Regresión,</i> <i>Desorganización,</i> <i>Masculinidad,</i> <i>Indiferencia, Miedo,</i> <i>Inhibición</i> <i>inconsciente</i> <i>temprana,</i> <i>Instintividad,</i> <i>Disgregación,</i> <i>Regresión,</i> <i>Fijación, Torpeza</i> <i>mental,</i> <i>Interrelación</i> <i>defensiva, Fuerza,</i> <i>Violencia,</i> <i>Extroversión,</i> <i>Agresividad,</i> <i>Femineidad,</i> <i>Masculinidad</i> <i>autoafirmada,</i> <i>Arbitrariedad</i></p>	<p><i>obsesivos, Cansancio, Falta</i> <i>de concentración, Deseo de</i> <i>volver a edades anteriores,</i> <i>Fijación, Adolescencia,</i> <i>Alcoholismo, Deficiente</i> <i>autoestimación, Senilidad,</i> <i>Despersonalización aguda,</i> <i>Falta de autoconfianza,</i> <i>Inmadurez, Docilidad por</i> <i>indecisión</i></p>	<p><i>Necesidad de</i> <i>apoyo,</i> <i>Protección</i> <i>contra el medio</i> <i>ambiente,</i> <i>Afectividad</i> <i>desenfrenada</i></p>	<p><i>Sensibilidad,</i> <i>Lentitud,</i> <i>Indecisión,</i> <i>Inestabilidad,</i> <i>Actividad</i> <i>Inestabilidad,</i> <i>Impulsividad,</i> <i>Inseguridad</i></p>
---	--	---	--

INFORME GENERAL

DATOS GENERALES

NOMBRE: [REDACTED] **EDAD:** [REDACTED] **SEXO:** [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED] **OCUPACIÓN:** [REDACTED]

FECHA DE EVALUACIÓN: 13/06/2025 **FECHA DE INFORME:** 25/062025

MOTIVO DE CONSULTA:

Problemas familiares con la madre.

PRUEBAS APLICADAS

Test de la figura humana de Karen Machover, evalúa la personalidad del individuo.

INDICADORES HISTORICOS:

Alessandra ha presento hace 8 años síntomas de miedo, preocupación, anticipación a lo peor, temblores y dolor en el pecho. El segundo ocurrió hace 5 años presento sintomatología como visión borrosa, llanto, miedo persistente, temblor en el cuerpo, miedo excesivo a morir, problemas estomacales y sofocos atrás, acudió a FOSALUD el cual no le brindaron ayuda, decidió leer en internet porque presentaba esos sus síntomas. Actualmente está manifestando síntomas como reacciones con sobresalto, llanto fácil, sueño interrumpido, dificultad para concentrarse, mala memoria, perdida de interés, dolor en el pechos, síntomas gastrointestinales y miedo excesivo. Su padre le brinda apoyo económico.

Es madre soltera de una niña de 8 años y un niño de 10 años, estuvo en unión libre con el padre de sus hijos durante 3 años con un Salvadoreño 2 años mayor que ella, se separaron hace 8 años, el motivo de su separación fue a causa de una infidelidad por parte de él, sin embargo ella también fue infiel por represalia a la acción de su ex pareja el resultado un embarazo repentino, por lo que ella le aseguro que era el padre, a los 8 meses de su embarazo ella regreso a casa de sus padres, situación que le llevó a experimentar miedo, frustración, incapaz de sostener a sus hijos, inferioridad y soledad porque sería madre soltera.

Actualmente se encuentra en una situación conflictiva con el padre de sus hijos es conflictiva, dada a la responsabilidad de Enrique padre de sus hijos, actualmente está siendo procesado por la Procuraduría de El Salvador, tiene un retraso de 8 meses de retraso de la manutención de sus hijos, [REDACTED] ha tomado la decisión de no prestarle los niños por desconfianza y miedo que el padre no los cuide, por lo que en una ocasión él estaba ingiriendo bebidas alcohólicas frente a sus hijos. Enrique le ha manifestado que procederá a contrademandar por no prestarle a sus hijos, [REDACTED] manifiesta taquicardias, insomnio, problemas estomacales, intranquilidad preocupación y miedo persistente por perder a sus hijos.

Actualmente presenta frustración, sentirse incomprendida, sin apoyo por parte de su novio actual mantienen una relación desde hace 8 años mas no piensa formalizar por sentir desconfianza por la seguridad de sus hijos, ella protege a sus hijos y quiere crezcan en un entono libre de consumo de bebidas alcohólica, otro de los factores es por infidelidades de parte de su pareja, mencionó no verlo como una figura paterna para sus hijos, menciona que tiene que proteger a sus hijos de todos los peligros, recuerda que en su infancia a los 6 años, fue víctima de tocamientos por parte del esposo de su tía paterna el hechor introducía los dedos dentro de en la vagina de Alessandra. También la relación se ve deteriorada porque manifiesta sentirse tranquila en las salidas con su pareja por sentir culpa de dedicar un poco de tiempo en pareja, el apetito sexual ha disminuido significativamente.

Menciona sentir mucha frustración para iniciar las actividades académicas, también irritabilidad, enojo, cólera e ira a causa de las constantes agresiones verbales por parte de su madre, menciona que su madre no aprueba su relación actual, cuando decide tener una salida o cita con su novio, la madre le hace señalamientos como “mala madre” que es “una zorra por abandonar a sus hijos por el hombre”, situación que la lleva a defenderse con palabras más no con palabras ofensivas.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados de la prueba de la figura humana describen a [REDACTED], como una persona con características de personalidad que evidencian a tendencia de timidez e inseguridad, la acompañan rasgos narcisistas actitudes de orgullo y vanidad que pueden funcionar como mecanismos de defensa en su entorno. Se evidencian indicadores de inmadurez emocional y comportamientos dominantes, manifiesta dificultad en el manejo de los impulsos conductas impulsivas y desordenadas indiferencia activa puede relacionarse a sus relaciones sentimentales que se tornan en desconfianza por las infidelidades por parte de sus parejas anteriores y actual.

También destacó sintomatología de ansiedad producida por los diferentes sucesos impactantes que lo propicia en su estado emocional, puede relacionarse a su segundo embarazo, también presenta adaptación y dificultad para relacionarse o integrarse en un contexto social, muestra una posible agresividad psicopática. Como manipulación de lo que quiere lograr o satisfacerse. Se observa rasgos de inmadurez general, con indicadores como realismo, muestra tendencia a la capacidad de organización e iniciativa se refleja en los hábitos domésticos. No obstante, la impulsividad recurrente ante las situaciones que le generan malestar, la inseguridad que le causan las personas de su entorno.

Presenta indicadores de imago materno, es decir que evidencia los constantes conflictos relacionados con su figura materna, indica encisión de personalidad se refiere a las

dificultades para ordenar sus pensamientos emociones y conductas, refleja conflictos del super yo en luchas internas entre sus impulsos a normas morales se evidencia en limitarse a convivir con su pareja por reacciones de su madre, menosprecio propio implica su baja autoestima una imagen deteriorada de si misma a consecuencia de hacer comparaciones de las parejas de sus relaciones sentimentales. Sin embargo, presenta indicadores de rechazo se evidencia a las creencias de su madre, desprecio puede percibirse así misma con sentimientos de inferioridad al compararse con las relaciones pasadas de su pareja, esto le ocasiona un contacto social débil tiende a aislarse de sus amistades prefiere un círculo pequeño pero seguro, situación que se le dificulta relacionarse en el contexto social, muestra mucha inseguridad en su entorno no por los peligros hacia ella sino más bien al resguardar de sus hijos, esto le genera miedo al sentirse vulnerable.

En relación con miedo al varón por experiencias pasadas se relacionan con el padre de sus hijos se relaciona miedo a las acciones legales, muestra resistencia al cambio para afrontar situaciones con mayor responsabilidad por ser madre soltera y no encontrar apoyo materno, esta situación le genera preocupación somática que se manifiestan con conflictos emocionales a través de síntomas físicos a raíz de esto muestra cansancio.

Muestra espontaneidad excesiva actúa sin pensar en las consecuencias, falta de control se asocia a la manera de reaccionar con un mecanismo de defensa, falta de concentración se evidencia al iniciar actividades académicas dependiendo de su estado de ánimo, también podría relacionarse con la falta de coordinación para procesar pensamientos emociones y acciones que sean coherentes muchas veces actúa sin medir las consecuencias, a raíz de esto presenta tensión emocional es una persona conflictiva. Manifiesta sentimientos de ser observada por su comportamiento, muestra ser vengativa dado a sus relaciones pasadas que tomaban acciones de infidelidad mutua, muestra falta de autoconfianza se evidencia por las constantes comparaciones conforme a las habilidades que poseen las

exparejas de sus relaciones pasadas denota inseguridad de sí misma lo que se le dificulta tomar decisiones.

Tiene presencia de inestabilidad se muestra inestable emocionalmente a raíz de estas situaciones que se le presenten, muestra presencia de retraimiento agudo la paciente ha mostrado significativamente el miedo y desconfianza en su entorno que pueda atentar con la integridad de sus hijos o de ella misma, también muestra arbitrariedad son conductas poco coherentes al interponer límites claros se puede relacionar que normaliza las infidelidades por parte de sus parejas no obstante al saber que esto le puede generar inestabilidad emocional, afectividad desenfrenada, docilidad por decisión esto muestra la incapacidad para decidir su propia voluntad aceptando cualquier situación mas no dándose cuenta que puede atentar contra su dignidad,

Presencia del Yo hinchado se interpreta como un mecanismo de defensa ante situaciones que atentan contra ella, se relaciona con su narcisismo que se protege por sus inseguridades. Se percibe culpabilidad por masturbación indica conflictos sexuales se relaciona con la falta de actividad sexual de cierta forma se omite encuentros con su pareja por las acusaciones de su madre también por desinterés hacia su pareja, presencia de falta de dirección en la vida este hecho se explica por la falta de claridad de establecer metas en sus proyectos personales. Presencia de fantasías de hechizar al sexo opuesto se evidencia en la validación afectiva al comparar el trato que recibe si le muestra afecto y atención mientras que su pareja es todo lo contrario sexo opuesto y no de su pareja, presencia de influencias efectivas se refiere a la falta de desarrollo personal y afectivo carencias que se evidencian en su entorno familiar esto influye a la dependencia, frigidez muestra un bloqueo a la sexualidad por sentir culpa se relaciona a la escasa actividad sexual con su pareja no siente atracción por su estado anímico..

Presencia de despersonalización con delirios, se refiere que se siente desconectada de sí misma, no controlar lo que dice en momentos de enojo como responderle a su madre o

cualquier persona de su entorno, descomposición de la frontera entre el yo y el mundo exterior se refiere como distinguir su realidad, la paciente ha mostrado disponibilidad en su evaluación lo que indica disposición de cambio lo que indica un panorama favorable para su tratamiento.

DIAGNOSTICO

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación se concluye que la paciente presento cuadro clínico de trastorno de personalidad limite acuerdo al DSM-5 es trastorno mental que causa inestabilidad en el estado de ánimo, las relaciones, la autoimagen y el comportamiento, se manifiesta por 5 o más hechos. La paciente presenta esfuerzos desesperados de abandono por parte de sus parejas sentimentales debido a los constantes pensamientos de infidelidades sus pensamientos se tornan que su pareja la abandonara por alguien más. Patrones de relaciones interpersonales inestables, debido a su historial de sus relaciones fallidas en donde ella percibe a su pareja con devaluación ve defectos, fallas e incluso llega a hacer dañina por las acciones de pareja como no mostrar interés, falta de comunicación. Muestra alteración de la identidad no finaliza con eficacia sus objetivos al punto de abandonarlos, lo que afecta emocionalmente y su capacidad para desenvolverse en su vida cotidiana.

Presencia de inestabilidad afectiva presenta ira y tristeza en periodos de una hora o por un día, manifiesta irritabilidad, síntomas de ansiedad que no repercuten más de una hora y por un día, dependiendo de la emoción que este experimentando. Manifiesta sensación de vacío, sentirse incompleta internamente. Enfado inapropiado como explotar verbalmente a constantes peleas que están asociadas a un mecanismo de defensa en su entorno familiar.

CONCLUSIONES

La paciente cumple con seis criterios de los nueve, no obstante, no muestra ideaciones suicidas. Los síntomas que presenta la paciente, afectan significativamente su funcionamiento en el área académica, familiar y sentimental, por lo que manifiesta conflictos interpersonales

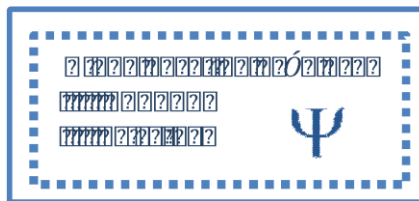
con frecuencia, muestra dificultad para controlar sus impulsos ante situaciones que alteren su estabilidad emocional.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la regulación emocional y manejo de conflictos interpersonales
- Se sugiere implementar un plan de intervención de autocuidado, debido a la baja autoestima que evidenciada la paciente.
- Monitoreo de sesiones de seguimiento cada mes durante 3 meses.



Diana carlina Peña Cruz



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: 23/04/1994	Edad: [REDACTED]
Psicoterapeuta: Diana Carolina Peña Cruz	Fecha: 23/ 06/ 2025

Objetivo de la sesión: Entrar en contacto con la paciente, promoviendo un clima de empatía y confianza para que la comunicación verbal sea fluida y espontánea; recopilar información pertinente y relevante sobre el motivo de consulta, asimismo establecer las demandas, las expectativas y encuadre terapéutico, con el fin de garantizar la funcionalidad del proceso.

Observaciones: A lo largo de la sesión fue posible identificar que la paciente mostró tristeza, enojo y culpa dados a los conflictos familiares, según su relato pueden estar relacionados a las constantes agresiones verbales por parte de su madre, creando una convivencia hostil. Cabe resaltar que, durante la sesión, la paciente presentó episodio de llanto al momento de relatar un acontecimiento, la paciente muestra afectación, mencionando sentirse incomprendida por su madre y su pareja sentimental.

Conclusiones: Se obtuvo un nivel de confianza adecuado donde la paciente pudo expresarse libremente sobre el motivo de consulta, manifestó lo que espera del proceso terapéutico lo que facilitará el abordaje terapéutico, se mantuvo un contacto amable y cordial con la paciente donde se pudo conocer un poco más acerca de la misma.

Tarea asignada al paciente: Línea de vida, representación gráfica de la vida desde la infancia hasta su vida adulta.

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: [REDACTED]	Edad: [REDACTED]
Psicoterapeuta: Diana Carolina Peña Cruz	Fecha: 30/ 06/ 2025

Objetivo de la sesión: Recopilar más información acerca de la historia de vida de la paciente, para poder relacionar las situaciones que influyen en la dinámica familiar y también poder relacionarlos con la aparición de los síntomas y acciones que provocan los conflictos de la paciente.

Observaciones:

Cumplió con su tarea satisfactoriamente, fue de mucha utilidad para abordar la sesión y contrastarla con su historia de vida.

Presenta sentimientos de inseguridad y desconfianza.

La aparición de los síntomas, suceden inmediatamente al presenciar las acciones negativas que van en su contra ella.

La necesidad de afecto puede deberse a la falta de figura materna.

Conclusiones: Se obtuvo un nivel de confianza adecuado donde la paciente pudo expresarse libremente sobre el motivo de consulta, manifestó lo que espera del proceso terapéutico lo que facilitará el abordaje terapéutico, se mantuvo un contacto amable y cordial con la paciente donde se pudo conocer un poco más acerca de la misma, al igual adecuar

Tarea asignada al paciente: Autorregistro de pensamientos

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: 23/04/1994	Edad: [REDACTED]
Psicoterapeuta: Diana Carolina Peña Cruz	Fecha: 06/ 06/ 2025

Objetivo de la sesión: Conocer acerca del área sentimental y como estas podrían estar impactando significativamente su autoconfianza, dependencia emocional y autoestima, para saber de qué manera estas situaciones influyen en su entorno.

Observaciones:

Las relaciones sentimentales de Alessandra se han tornado inestables, mostrando falta de responsabilidad afectiva.

Sin embargo, tiene una red de apoyo de su amiga Evelyn, amiga desde su infancia que le muestra su admiración, la alienta a seguir estudiando y emprendiendo.

Uno de los factores que podría propiciar la sintomatología de la paciente es en relación con el estado de inferioridad al compararse con las parejas de su relación anterior y de su relación actual, muestra menosprecio a sí misma.

Se ejecutó un ejercicio sobre la comunicación asertiva.

Conclusiones: En general se logró completar información del área sentimental, la sintomatología nos indica que está relacionado con las experiencias sentimentales vividas, que involucran su relación anterior y de su relación actual, debido a la inferioridad, su autoconfianza por lograr metas en su vida.

Tarea asignada al paciente: 1. Dada la explicación de las DC, se le asignará un Autorregistro de Distorsiones cognitivas para que pueda registrar las situaciones que se le puedan presentar. 2. Poner en práctica la comunicación asertiva, la técnica fue explicada en sesión.

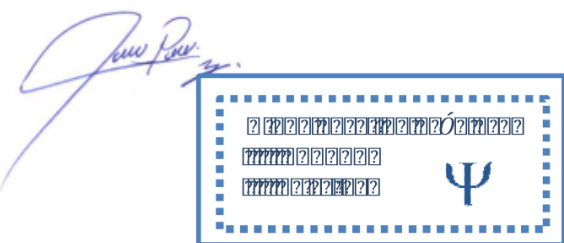
NOTA EVOLUTIVA Y ADMINISTRACIÓN DEL AVANCE/LIMITANTES/PROGRESOS/DEL PACIENTE		
NOMBRE DE LA PACIENTE: [REDACTED]	MES: [REDACTED]	N° Exp: [REDACTED]
DIAGNÓSTICO: Trastorno de Personalidad limite	N° SESIONES DEL MES: 4	N° NOTA EVOLUTIVA: 01-2025
FECHA:	23 de mayo 2025	
INDICADORES RELEVANTES POR TRABAJAR:	Afrontamiento de problemas. Comunicación asertiva. Manejo de las emociones.	
OBJETIVOS DE LAS SESIONES DEL MES:	Las sesiones tienen el objetivo de explorar las situaciones que le generan inestabilidad emocional, para aplicar estrategias para que ella pueda modificar patrones de pensamientos negativos o distorsiones cognitivas para que pueda mejorar su estado emocional y sus relaciones interpersonales.	
OBSERVACIONES/COMENTARIOS:	Tiene conflictos con su madre, la convivencia es hostil por las constantes	

agresiones, situación que la lleva a actuar a la defensiva, pero sin faltarle el respeto.

Muestra dificultad para mantener relaciones sentimentales estables, muestra dependencia y carecen de responsabilidad afectiva.

Muestra inferioridad al compararse con las parejas de su relación anterior y de su relación actual, muestra menosprecio así mismo por no haber logrado sus objetivos por ser madre soltera.

A pesar de las dificultades de Alessandra, muestra mucho interés por descubrir más sus habilidades, reconoce que tiene la habilidad de aprender si se lo propone, es una madre responsable atiende a sus hijos se encarga de su higiene, de su alimentación, llevarlos a la escuela y les orienta en sus tareas escolares. Está dispuesta a mejorar su situación, ha logrado identificar situaciones que antes no entendía y no son de su responsabilidad, sin embargo es necesario seguir interviniendo para su mejora.

<p>TERAPEUTA/FIRMA:</p> <p>Diana Carolina Peña Cruz</p>	
--	--

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

<p>Nombre: [REDACTED]</p>	
<p>Fecha de nacimiento: [REDACTED]</p>	<p>Edad: [REDACTED]</p>
<p>Psicoterapeuta: Diana Carolina Peña Cruz</p>	<p>Fecha: 20/ 06/ 2025</p>

<p>Objetivo de la sesión: Continuar profundizando el área sentimental de la paciente y cómo sus vivencias han impactado significativamente con sus problemas de autoconfianza, para saber de qué manera estas situaciones influyen en su entorno., así mismo ver la efectividad de la tarea asignada.</p>
--

<p>Observaciones:</p> <p>Uno de los factores que influyen en su relación sentimental, es la desaprobación de su madre por su relación actual.</p>
--

Muestra frustración por abandonar su trabajo por falta de apoyo con el cuidado de sus hijos.

Un factor de deterioro de su relación es la mala comunicación con su pareja, ella menciona que *“los problemas con mi madre no son de su interés, a él no le importan”*, decide omitir los conflictos que vive en su hogar situación que la lleva a distanciarse de él.

Conforme a la tarea asignada sobre las DC, citaron sus palabras *“los problemas con mi madre no son de su interés, no le importo”*, ella identificó la distorsión cognitiva *“Leer la mente”*.

Conclusión: En general se logró completar información del área sentimental, la sintomatología nos indica que está relacionado con las experiencias que le afectan significativamente su entorno, ha logrado poner en práctica la tarea asignada.

Tarea asignada al paciente: Autorregistro de Distorsiones cognitivas con pensamientos alternativos.

HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: [REDACTED]	
Fecha de nacimiento: [REDACTED]	Edad: [REDACTED]

Psicoterapeuta: Diana Carolina Peña Cruz	Fecha: 27/ 06/ 2025
--	----------------------------

Objetivo de la sesión: Continuar profundizando el área sentimental de la paciente y cómo sus vivencias han impactado significativamente con problemas de autoconfianza y seguridad en su entorno.

Observaciones:

El miedo y la sobreprotección por sus hijos, puede estar relacionado con tocamientos que ella sufrió por parte del esposo de su tía paterna.

Menciona no formalizar su relación por desconfianza con su pareja, en una ocasión tuvo que llamar a la PNC por descontrol en estado de ebriedad, ella quiere proteger a sus hijos y crezcan en un entorno libre de consumo de bebidas alcohólicas, razón por la que se opone que visiten a su padre, en una ocasión él ingirió bebidas alcohólicas frente a sus hijos.

La activación de sus síntomas se relaciona a la magnitud de las situaciones que se le presentan, actualmente está en un proceso de demanda contra el padre de sus hijos por incumplimiento de manutención.

Conclusión: En general se logró completar información del área sentimental, nos indica que está relacionado con las experiencias que van en contra de la seguridad de sus hijos le afectan significativamente, cabe mencionar que ha logrado poner en práctica la tarea asignada buscando pensamientos alternativos.

Tarea asignada al paciente: Poner en práctica el Modelado, fue aplicado en la sesión para que pueda aplicarlo para que la comunicación con su pareja sea asertiva.

Demanda por lesiones a su pareja actual.

REF. 01407-21-SOY-PNPC-1PA0
REF. FISCAL 802-UDST- 2021-SY

CENTRO JUDICIAL, JUZGADO PRIMERO DE PAZ, SOYAPANGO, A LAS NUEVE HORAS DEL DÍA VEINTISIETE DE MAYO DE DOS MIL VEINTIDOS.

Advirtiendo la Suscrita Juez que en el presente Proceso Penal con número de Referencia *supra*, SE BENEFICIO AL IMPUTADO **RODRIGO ALBERTO MELENDEZ LARIOS**, de generales conocidas, en el ilícito penal calificado como **LESIONES**, previsto y sancionado en el artículo 142 del Código Penal, en perjuicio de la víctima **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA, CON SOBRESEIMIENTO DEFINITIVO** y se han realizado las notificaciones respectivas y no habiéndose interpuesto recurso de apelación, en ese sentido **LA SUSCRITA JUEZ RESUELVE:**

1. De conformidad al Art. 498 y siguientes Pr. Pn., DECLÁRASE FIRME Y EJECUTORIADA SOBRESEIMIENTO DEFINITIVO, en BENEFICIO DE **RODRIGO ALBERTO MELENDEZ LARIOS**, de generales conocidas, a quien se le proceso por el ilícito penal provisionalmente calificado como **LESIONES**, previsto y sancionado en el artículo 142 del Código Penal, en perjuicio del señor en perjuicio de la víctima **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA;**
2. NOTIFIQUESE 1. al agente auxiliar fiscal LUIS MIGUEL OCHOA MARTINEZ EN FGR.SY; 2. A LA DEFENSA TECNICA Y PARTICULAR DEL PROCESADO LICENCIADO BRYAN EDUARDO AYALA ESTRADA, quien puede ser notificado en tablero judicial debido a que no señalo medio técnico o por medio de Sistema de Notificación Electrónica; 3. el beneficiado **RODRIGO ALBERTO MELENDEZ LARIOS**, en **COMUNIDAD BUENA VISTA NORTE, CASA CUARENTA Y CUATRO, SOYAPANGO Y AL TELEFONO 7665-7033;** 4. a la víctima **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA** en **COMUNIDAD BUENA VISTA, PASAJE NÚMERO DOS, CASA TREINTA, SOYAPANGO**

Ante mí

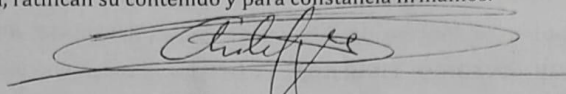
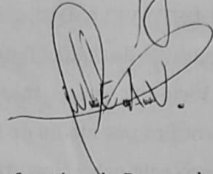
(5)

Demanda por pensión alimenticia.

El Infrascrito Procurador Auxiliar de la Procuraduría Auxiliar de Soyapango, CERTIFICA: Que la presente fotocopia a folios 11 del expediente clasificado bajo el número 53-F14-2020 promovido por la señora **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA** contra el señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ** se encuentra el contenido que literalmente DICE: -----

Ministerio Público Procuraduría General de la República, Procuraduría Auxiliar de Soyapango, Unidad de Defensa de la Familia, a las diez horas con cinco minutos del día once de marzo de dos mil veinte, siendo este el día y hora señalada para celebrar audiencia de conciliatoria en Proceso de Fijación de Cuota Alimenticia. Ante M. Licenciado **SALVADOR ANTONIO FIGUEROA PORTILLO**, Procurador Auxiliar comparece el señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ**, de veintiséis años de edad, soltero, estudiante, salvadoreño, del domicilio de Ciudad Delgado, departamento de San Salvador y residente en Barrio Las Victorias, pasaje Madre Guillermina, casa número nueve, Ciudad Delgado, quien de identifica por medio de su Documento Único de Identidad número cero cuatro nueve cinco seis ocho cinco tres guion dos, quien señala para oír notificaciones en el tablero de esta Institución, Manifiesta: Se le hace del conocimiento de las diligencias que ha iniciado la señora **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA** en cuanto a que le establezca cuota alimenticia por la cantidad de **CIENTO VEINTICINCO DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**, en beneficio de sus hijos **JEFFERSON ENRIQUE** y **ANDREA NICOLE**, manifiesta que reconoce la obligación alimenticia que tiene con sus hijos, sin embargo expresa que no tiene la capacidad económica para aportar dicha cantidad porque no tiene un empleo formal, actualmente esta trabajando en un taller, por lo que en este acto ofrece aportar de forma voluntaria la cantidad de **CIENT DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA mensuales**, correspondiéndole a cada uno de sus hijos la cantidad de **CINCUENTA DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**, a partir del mes de marzo del presente año por medio de entrega personal. Se le previene al señor que en caso de incumplimiento a la cuota alimenticia se le enviara orden de descuento al lugar donde se encontrare trabajando sin previo aviso. Presente desde el inicio la señora **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA**, de veinticinco años de edad, soltero, estudiante, salvadoreña, del domicilio de Soyapango, departamento de San Salvador, y residente en Comunidad Buena Vista Norte, casa número treinta, Soyapango, quien se identifica por medio de su Documento Único de Identidad número cero cinco cero cuatro cero cuatro ocho guion dos, señala para oír notificaciones en el tablero de esta Institución. Y me dice: Que ha escuchado al señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ** y está de acuerdo en aceptar de forma definitiva la cantidad de **CIENT DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA mensuales**, a partir del mes de marzo del presente año y con la forma de hacer efectivo el pago. Asimismo, se le hace del conocimiento al referido señor que en el mes de diciembre de todos los años debe aportar otra cuota adicional a la alimenticia en concepto de aguinaldo. Se le informa al señor **ARGUETA VELASQUEZ** que en caso de incumplir con la cuota alimenticia se librarán los oficios respectivos conforme al artículo doscientos cincuenta y tres A del Código de Familia, por lo que una vez se reciba la solicitud por parte de la madre de sus hijos informando el incumplimiento de la cuota alimenticia se librarán los oficios antes

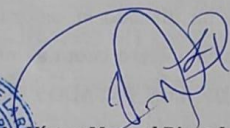
mencionados. También se les informa a las partes que en caso de modificar el presente convenio fuera de los trámites de esta Institución deberán informarlo a esta Oficina, caso contrario será bajo absoluta responsabilidad de las partes. No presentan inconvenientes en que en un futuro se extienda certificación del presente convenio a cualquiera de las partes presentes. Así se expresaron los comparecientes a quienes se les explico los efectos jurídicos del presente convenio y leída que les fue íntegramente el acta, ratifican su contenido y para constancia firmamos.

Melissa

Es conforme con su original, la cual se confrontó en la Procuraduría Auxiliar de Soyapango y para ser entregado a la señora **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA** extendiendo, firmo y sello la presente, a las catorce horas del día cinco de diciembre del año dos mil veintitrés.




Lic. Víctor Manuel Rivas López.
Procurador Auxiliar de Soyapango.

El Infrascrito Procurador Auxiliar de la Procuraduría Auxiliar de Soyapango. CERTIFICA: Que la presente fotocopia a folios 27 del expediente clasificado bajo el número 53-F14-2020 promovido por la señora **ALESSADRA MELISSA AGUILAR MEJIA** contra el señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ** se encuentra el contenido que literalmente DICE:-----



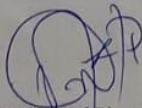
Ministerio Público Procuraduría General de la República, Procuraduría Auxiliar de Soyapango, Unidad de Familia, a las diez horas con cuarenta y cinco minutos del día veinte de octubre del año dos mil veintitrés, siendo este el día y hora señalado para celebrar audiencia conciliatoria en proceso administrativo de Incumplimiento de cuota alimenticia. Ante Mi Licenciado **VICTOR MANUEL RIVAS LOPEZ**, Procurador Auxiliar, comparece el señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ** de veintinueve años de edad, soltero, mecánico, salvadoreño, del domicilio de Ciudad Delgado, departamento de San Salvador, y residente en: Las Victorias, avenida Arce, pasaje Madre Guillermina, Ciudad Delgado, San Salvador, identificándose con Documento Único de Identidad número cero cuatro nueve cinco seis ocho cinco tres guion dos, señala para oír notificaciones la dirección señalada y el WhatsApp con número setenta y uno sesenta y uno cincuenta y tres setenta. Manifiesta: Se da por enterada de las diligencias que ha iniciado la señora **ALESSADRA MELISSA AGUILAR MEJIA** en cuanto a incumplimiento de cuota alimenticia, en este acto el señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ** dice estar de acuerdo con la cuota de incumplimiento solicitada por la señora, siendo la cuota que ha fijado por la cantidad de CIENTO DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA a favor de sus hijos **JEFFERSON ENRIQUE** de nueve años de edad, y **ANDREA NICOLE** de seis años de edad, ambos de apellido **ARGUETA AGUILAR** a razón de CINCUENTA DOLARES a cada uno de ellos, por lo que adeuda la cantidad de DOSCIENTOS DOLARES según Declaración Jurada de fecha diecinueve de octubre del presente año, más la cuota correspondiente del mes de octubre de los corrientes, haciendo un total de TRESCIENTOS DOLARES la mora. Por lo que manifiesta cancelar por medio de DOCE CUOTAS DE VEINTICINCO DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, los que hará efectivo por medio de DEPOSITO PERSONAL a cuenta del Procuraduría y a través de la Unidad de Control de Fondos de Terceros de la Procuraduría Auxiliar de San Salvador, los días treinta de cada mes y así sucesivamente, A PARTIR del mes de OCTUBRE del presente año, aportando un total de CIENTO VEINTICINCO DOLARES mensuales, a razón, de SESENTA Y DOS PUNTO CINCUENTA DOALARES a cada uno de sus hijos, en el periodo de cuotas antes referidas cuota fijada y amortización a la mora, todo ello en beneficio de sus hijos antes referidos. Presente desde el inicio la señora **ALESSADRA MELISSA AGUILAR MEJIA** de veintinueve años de edad, soltera, estudiante, salvadoreña, Originaria del municipio San Salvador, Departamento de San Salvador, y del domicilio de Soyapango, departamento de San Salvador, con residencia en: Comunidad Buena Vista Norte, casa número treinta, Soyapango, identificándose con su Documento Único de Identidad número cero cinco cero cero cuatro cero cuatro ocho guion dos, señala para oír

notificaciones la dirección señalada y a la aplicación de WhatsApp con número sesenta treinta y nueve trece. Y me dice: que ha escuchado al señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ** está de acuerdo en lo expresado por él, acepta de forma definitiva la forma de hacer efectivo el pago del Incumplimiento de la cuota alimenticia a favor de sus hijos antes referidos y ratifica que la deuda en cuanto a la cuota alimenticia es el monto antes relacionado. Asimismo, se le hace del conocimiento al referido señor que en el mes de diciembre deberá aportar una cuota adicional en concepto de aguinaldo o en el caso de ser asalariado lo que corresponda al treinta por ciento de lo que reciba en concepto del mismo, así como también el mismo porcentaje de cualquier otras indemnizaciones laborales, bonificaciones, fondos de retiros, pensiones adicionales, incentivos laborales y cualquier otra gratificación o prestación laboral, esto en virtud que deberá darle cumplimiento al Decreto Legislativo ciento cuarenta, de fecha seis de noviembre de mil novecientos noventa y siete, reformado por Decreto Legislativo número ciento sesenta y siete, de fecha diecinueve de octubre de dos mil; y Decreto Legislativo quinientos tres, de fecha nueve de diciembre de mil novecientos noventa y ocho, reformado por Decreto Legislativo número ciento sesenta y ocho, de fecha diecinueve de octubre de dos mil. Se le informa al señor **WILLIAN ENRIQUE ARGUETA VELASQUEZ**, que en caso de incumplir con la cuota alimenticia se librarán los oficios informando la insolvencia conforme al artículo doscientos cincuenta y tres A del Código de Familia, por lo que una vez se reciba la solicitud por parte de la madre de sus hijos el incumplimiento de la cuota alimenticia se librarán los oficios antes mencionados. También se les informa a las partes que en caso de modificar el presente convenio fuera de los trámites de esta Institución deberán informarlo a esta Oficina, caso contrario será bajo absoluta responsabilidad de las partes. Así mismo autorizan a la Procuraduría en que en un futuro se extienda certificación del presente convenio a cualquiera de las partes presentes. Es todo lo que manifiestan y leída que les fue la presente acta, habiéndoles explicado los efectos jurídicos de la misma, ratifican su contenido y para constancia firmamos.

  + Melissa al M.

Es conforme con su original, la cual se confrontó en la Procuraduría Auxiliar de Soyapango y para ser entregado a la señora **ALESSANDRA MELISSA AGUILAR MEJIA** extendiendo, firmo y sello la presente, a las catorce horas del día cinco de diciembre del año dos mil veintitrés.





D^o Victor Manuel Rivas López.
Procurador Auxiliar de Soyapango.

INFORME TERAPEUTICO DEL PACIENTE

Datos personales del cliente	
Apellidos y nombre: [REDACTED]	
Dirección: [REDACTED]	
Teléfonos: [REDACTED]	E-mail: melissa01123@gmail.com
Género: Femenino	
Edad: [REDACTED]	Fecha de nacimiento: [REDACTED]
Estado civil: [REDACTED]	
Situación laboral: desempleada	Profesión: Bachiller
Nombre de la madre o responsable: [REDACTED]	
Parentesco: [REDACTED]	Estado Civil: soltero
Edad: [REDACTED]	
Tel. de ubicación del padre: -----	
Situación laboral: Sastre/Profesor	

Diagnostico

De acuerdo con los resultados obtenidos, se identifican rasgos de personalidad caracterizados por temor al abandono, patrones relacionales inestables, cambios emocionales intensos, sentimientos persistentes de vacío, dificultades para la toma de decisiones, irritabilidad y episodios de enojo inapropiado en contextos interpersonales. Asimismo, se observan síntomas de ansiedad y somatización que se activan frente a situaciones de estrés psicosocial, especialmente aquellas vinculadas a conflictos familiares, de pareja y experiencias traumáticas previas, por lo que el diagnostico se formula de manera presuntiva.

Áreas de tratamiento desarrolladas

El área de tratamiento que se desarrolló en el área de intervención cognitiva, para que identificara de cómo funcionan los pensamientos y creencias e interpretaciones que tiene la paciente.

Áreas sugeridas para trabajar como próximo terapeuta

Se sugiere trabajar con la paciente las relaciones interpersonales y habilidades sociales y toma de decisiones.

Procedimiento de evaluación y resultado

Formulario para tomar anamnesis (adultos)

Se aplica en casos específicos con el objetivo de explorar e identificar mediante una serie de preguntas dirigidas al individuo, enfocadas a conocer sus dolencias actuales, obtener una mejor retrospectiva del cliente o sujeto, la presencia de antecedentes familiares o de salud y aspectos personales relevantes de la persona entre otros.

Por lo tanto, los resultados obtenidos por la paciente fueron favorables, no se evidenciaron afecciones en su persona que permitieran considerar que su estado de salud es óptimo o que padece de alguna enfermedad crónica y que su contexto familiar sea preocupante.

Test de la Figura Humana

Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover (1971): Evalúa la personalidad a través del dibujo de la figura humana, proyectando toda una gama de rasgos significativos y útiles para obtener un mejor diagnóstico. Identificando la visión que tiene el sujeto de sí misma, los demás, de su entorno y su relación con el mundo.

En donde los trazados, formas, tamaño de la figura entre otros elementos a considerar, permiten generar una serie de asociaciones e interpretaciones.

Los resultados de la prueba de la figura humana permitieron conocer que el paciente se describe rechazo y desprecio hacia ciertos aspectos del entorno social, junto con un contacto social débil y dificultades para establecer vínculos interpersonales, lo que podría reflejar aislamiento o retraimiento. Se observa además inmadurez psicosexual, acompañada de miedo generalizado, especialmente hacia figuras masculinas, miedo al varón y una marcada tendencia a evitar cambios, lo que puede dificultar la adaptación a nuevas situaciones.

Se identifican también preocupaciones somáticas y cansancio, lo que sugiere la somatización de conflictos emocionales. La espontaneidad excesiva, combinada con la falta de control, falta de concentración y falta de coordinación, evidencia posibles dificultades para la autorregulación y la organización de la conducta.

Se destacan indicadores de tensión emocional constante, sentimiento de ser observado, así como una imaginación activa que, en lugar de contribuir a la creatividad, se relaciona con falta de autoconfianza y temor al juicio externo.

Otros aspectos relevantes incluyen la femineidad, que puede relacionarse con aspectos de identidad de género y roles internos, junto con inestabilidad emocional, retracción social aguda, arbitrariedad y afectividad desenfrenada, lo cual refleja oscilaciones afectivas y posibles conductas impulsivas. Finalmente, se observa una docilidad vinculada a la indecisión, lo que refuerza la imagen de una personalidad con dificultades para tomar decisiones firmes y afirmar sus propios límites.

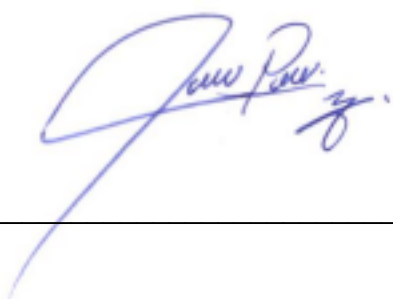
Conclusiones

En conclusión, la paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por

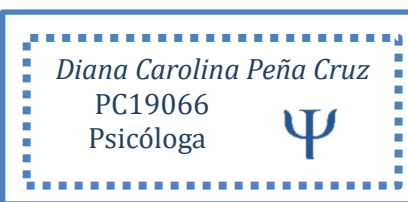
desregulación emocional, inestabilidad afectiva y dificultades en las relaciones interpersonales, compatibles con rasgos de personalidad límite, acompañados de estresores psicosociales, sintomatología ansiosa y somática. Dichas manifestaciones afectan su funcionamiento personal, familiar y de pareja. El diagnóstico se formula de manera presuntiva, se recomienda profundizar la evaluación clínica y dar continuidad al abordaje terapéutico para favorecer la estabilidad emocional y el funcionamiento adaptativo de la paciente.

Recomendaciones

Se recomienda continuar con el proceso de evaluación clínica y terapéutica, incorporando herramientas estandarizadas para la valoración de la personalidad, a fin de confirmar, descartar o precisar el diagnóstico en fases posteriores del tratamiento. Así mismo, Se sugiere implementar estrategias que aborden: autoestima, autoconfianza, relaciones interpersonales y habilidades sociales y la toma de decisiones. Posteriormente, el monitoreo de sesiones de seguimiento, por un periodo de una vez por mes durante 3 meses.

F. 

Psicoterapeuta Asesor-Docente

F. 

Diana Carolina Peña Cruz

Terapeuta Practicante

21.1.3 Informe Clínico 3.**HOJA DE REGISTRO**

Nombre: [REDACTED] **Edad:** 27 años **Sexo:** Femenino.

Fecha de nacimiento: [REDACTED]

Lugar de nacimiento: [REDACTED]

Estudios: [REDACTED]

Estado Civil: soltera.

Ocupación: Estudiante.

Nivel Educativo: Estudiante universitaria.

Centro de Estudios: [REDACTED]

Religión: católica.

Nombre de la Madre: [REDACTED] **Edad:** 45 años

Ocupación: emprendedora.

Nivel Educativo: Estudiante de 9no grado

Nombre del padre: [REDACTED] **Edad:** 46

Ocupación: mecánico soldador.

Nivel Educativo: 6to grado

Dirección Familiar: [REDACTED]

Teléfono: XXXXXXXX

Motivo de remisión o consulta: síndrome de madre con mi hermano, por la responsabilidad que se me dio desde muy pequeña de cuidarlo, la tome muy para mí, ser su ejemplo, ser su mamá, no me enfoque en ser su hermana, y necesito desprenderme y tomar posición como hermana, y me he sentido mal emocionalmente, he llorado porque no sé cómo dejar a un lado eso.

Psicólogo/a: Silvana Rebeca Escalante Rivas

CONTRATO TERAPEUTICO

30 de mayo del 2025


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 o nuestro beneficio, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por el terapeuta.
2. Me comprometo a asistir de manera puntual a mis sesiones terapéuticas, si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente a mi terapeuta asignado.
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 explicó 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 el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Firman de común acuerdo:



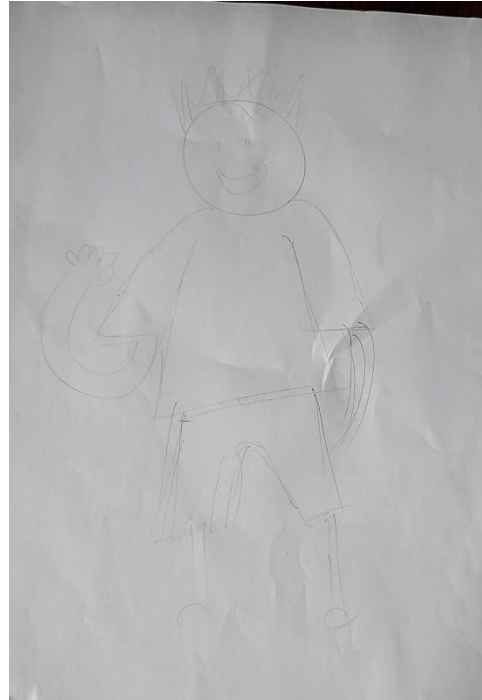
Nombre y firma del terapeuta



Nombre y firma del paciente

PRUEBAS APLICADAS

- **Test de la figura humana-Karen Machover**



Dibujo 1: mujer

Dibujo 2: hombre

Historias

Historia dibujo 1: Mujer.

Yesenia una niña nacida en Italia, es hija mayor perdida con manos, con ella son 3, rodeada de lo necesario, con su madre siendo una persona muy trabajadora, su padre también trabajador, a los 17 Yesenia quiso entrar a estudiar en la fuerza armada, y sus padres apoyaron muchísimo, la apoyaban en todas decisiones pero tenía un problema, ella se sentía triste de dejar a sus padres y hermanos, sin embargo ella decide luchar por sus sueños, hace sus exámenes y entra a trabajar para la fuerza aérea de Italia, estando ahí logra destacarse, subir de rango y logra viajar a diferentes bases del mundo, luego decide regresar a casa, ya con 35 años y pasar tiempo perdido con sus padres y hermanos fin. (Se le preguntó si añadiría algo más y dijo: continuará.)

Asociaciones.

¿Qué está haciendo? En el parque o en la playa.

¿Edad? 23.

¿Estado civil? Soltera.

¿Hijos? No.

¿Con quién vive? Independiente.

¿Hermanos? dos menores.

¿Mas afecto por? Su madre.

¿Clase de trabajo? Psicología de la fuerza aérea.

¿Ambición? Tener su propia clínica.

¿Escolaridad? Universidad.

¿Elegante? Claro.

¿Fuerte? Claro.

¿Saludable? Claro.

¿Bien parecido? Si, bella.

¿Tipo nervioso? No.

¿Preocupaciones? Miedo a que la olviden.

¿Temores? Nada.

¿Triste o feliz? Feliz.

¿Lo que le enoja? Las mentiras.

¿Lo que más desea? Independencia, estabilidad económica y emocional.

¿Mejor parte del dibujo? Su cabello.

¿Peor parte del dibujo? Su nariz.

¿Solo o con personas? Ambos.

¿Consciente de sí mismo? Si claro.

¿se le quedan mirando? Si porque es muy guapa.

¿Confía en las personas? Depende.

¿Les tiene miedo? No.

¿Se lleva bien con la esposa? No tiene.

¿Parrandea? Obvio, de vez en cuando.

¿Esposo o esposa parrandea? No tiene.

¿Relaciones sexuales matrimoniales? No tiene.

¿Primera experiencia sexual? Cuando andaba viajando por Italia.

¿Novia? No.

¿Espera casarse? Tal vez.

¿Tipo de amigo o amiga íntima con quien sale? Divertida, social, alegre.

¿Relaciones sexuales extramatrimoniales? No, no tiene.

¿Relaciones con el mismo sexo? No, no tiene.

¿Masturbación? No.

¿Frecuencia? No.

¿Qué piensa de la masturbación? Que no está bien visto.

¿Qué piensa del dibujo? Que es una persona que se ha superado a si misma en muchas cosas.

¿A quién le recuerda la figura dibujada? A mi yo pequeña.

¿Quisiera ser como él? Superarlo.

La evaluación de sí mismo por el paciente.

¿Peor parte del cuerpo? Panza.

¿Mejor parte? Todo, mi pelo.

¿Lo que hay de bueno en usted? Soy una persona empática, tranquila, se comprender, comprensiva.

¿Lo malo de usted? Impuntual.

Historia dibujo 2: Hombre.

Omar Alejandro hijo único nacido en el salvador, sus padres tienen ganado, por ende, se convierte en un ganadero y heredero de todo, ya que no hay más familia y nadie más que el, empieza su amor por las tierras, por cultivar, por los animales, y en eso decide poner un emprendimiento, o, mejor dicho, decide estar al mando de las tierras que son herencia de su papá y mamá. Sus padres son presentes, todas las noches se reúnen para cenar y ver cómo han estado, su mamá es la que se encarga de hacer la limpieza aseo y comida del rancho, su papá se encarga de la ganadería, de los animales de las tierras, de las vacas, de los caballos, de todo. Y el amante de los animales decide aparte de tomar las riendas de lugar, decide estudiar en la universidad la carrera de veterinaria, y después de eso se gradúa con honores porque es muy aplicado, y logra poner su propia veterinaria, lo que el más quiere es ayudar a sus vecinos, no les cobra la consulta, solo les cobra los medicamentos, (ya no sabía que más agregar) después de tanto trabajo decide darse un break y se va a viajar por el mundo, (también agregó el continuará)

Asociaciones.

¿Qué está haciendo? Caminando en el parque.

¿Edad? 25

¿Estado civil? Soltero.

¿Hijos? No.

¿Con quién vive? Solo.

¿Hermanos? No.

¿Mas afecto por? Su madre.

¿Clase de trabajo? Veterinario.

¿Ambición? Poner un hospital veterinario

¿Escolaridad? Universidad.

¿Elegante? Si.

¿Fuerte? Si.

¿Saludable? Si.

¿Bien parecido? Bello.

¿Tipo nervioso? No.

¿Preocupaciones? No encontrar pareja, porque es muy exigente.

¿Temores? Quedarse solo, sin amor de su madre.

¿Triste o feliz? Feliz.

¿Lo que le enoja? Por la gente que lo acusa de cosas que no ha hecho.

¿Lo que más desea? Ser fuerte, autónomo. De criterio propio y capaz de realizar todo lo que se proponga.

¿Mejor parte del dibujo? Sus músculos y su cabello.

¿Peor parte del dibujo? Sus ojos.

¿Solo o con personas? Ambos.

¿Consciente de sí mismo? Si.

¿se le quedan mirando? De vez en cuando.

¿Confía en las personas? Muy poco.

¿Les tiene miedo? No.

¿Se lleva bien con la esposa? No tiene.

¿Parrandea? Casi no.

¿Esposo o esposa parrandea? No tiene.

¿Relaciones sexuales matrimoniales? No tiene.

¿Primera experiencia sexual? Con una amiga de la universidad.

¿Novia? No.

¿Espera casarse? Posiblemente.

¿Tipo de amigo o amiga íntima con quien sale? Personas divertidas, sociales y amables.

¿Relaciones sexuales extramatrimoniales? No.

¿Relaciones con el mismo sexo? No, no tiene.

¿Masturbación? No.

¿Frecuencia? No lo hace.

¿Qué piensa de la masturbación? Que no está bien visto.

¿Qué piensa del dibujo? Que se está superando en muchas cosas a si mismo.

¿A quién le recuerda la figura dibujada? A un amigo de la infancia.

¿Quisiera ser como él? Si.

Historia ambos.

Yesenia en uno de sus viajes por el mundo decide visitar el país de sus sueños que es México, por los tacos y el tequila. En ese país lo visita sola y tiene una amiga ahí, y su amiga le da un tour de unos días, pero después la amiga tiene que volver a sus quehaceres, entonces ella decide visitar ella sola la ciudad y se anota para hacer un tour, y en ese tour mientras va en el tren que los lleva hacia su destino, ve a lo lejos a un joven apuesto, (dijo con dinero, se río y dijo que era broma) amable, educado, y pues solo lo observa, ella anda un libro y sigue enfocada en su libro, al terminar el viaje ella no se percató que ya todos los pasajeros se habían bajado del tren, por lo que Alejandro decide ir y decirle que ya habían llegado a su destino, la saluda cordialmente y la invita a bajar del tren, pasan todo el tour juntos, riendo , conversando , comiendo, platicando, tienen una tertulia muy amena, después de eso, después de todo el día estar juntos, intercambian números telefónicos, ella le comento que estaba de viaje e ese país, él le comento que también está de viaje, ya que había tenido unos años satisfactorios pero estresantes debido a la universidad y al cargo del estrés de la universidad.

Días después Alejandro le escribe para ver como esta, ella le dice que bien, que no tiene intenciones de salir porque se siente agotada, él le dice que está en la ciudad donde ella se está quedando, y le pide ir por café, ella acepta y pasa a recogerla. Alejandro muy amablemente como todo un caballero se bajan del vehículo, le abre la puerta y le entrega una rosa por haber aceptado salir con él a tomar un café, van al café y la pasan increíble. Ella

regresa a su casa, a su departamento y él se va para donde se está quedando. Luego de unos odias ella quiere ir a pueblear y decide llamar a Alejandro con lo que él felizmente acepta y se van y la pasan muy bien y empiezan a tocar temas más personales donde él le expresa a ella que gusta y ella afirma que también a ella le gusta el, desde ese día empiezan a salir más frecuentemente a cafés, almuerzos, cenas, etc. Al pasar de las semanas se van enamorando un poco más y él decide que es momento de formalizar, por lo que le pide ser su novia...fin. (se le pregunto si le agregaría algo más al fin y solo dijo que: continuará...)



Dibujo 3: su propia persona.



Dibujo 4: dibujo libre.

Historia de ambos dibujos.

Ella es Yesenia, una persona tranquila, alegre, con muchísima empatía, con servicio a las personas. Yesenia es hija mayor de 2 hermanos.

Yesenia sueña con ese una gran profesional, sueña con tener mucho éxito, sueña con viajar por el mundo. A ella le encanta caminar, subir montañas, cerros, le encanta estar rodeada de naturaleza; cuando se siente estresada, trata de caminar, cuidar sus plantas, ver el atardecer.

A Yesenia no le ha ido tan bien en el amor, le han tratado muy mal, pero por el complejo de salvavidas que tiene, le cuesta irse, aun, sabiendo que no está siendo valorada.

Yesenia vive con su madre y su hermano, con la mamá se lleva muy bien, aunque al principio del año, sentía cierto enojo, ya que se sentía un poco triste porque la mamá ya no le dedicaba tiempo como antes, pero logro entender y ahora es muy feliz.

Yesenia ha superado muchas cosas, es trabajadora y atenta. Yesenia ahorita se siente bastante estable con su vida. Se siente feliz. Es feliz viendo atardeceres, caminando por la naturaleza, cuidando sus plantas.

Asociación libre

Padre: piedra

Casa: casa: casa de montaña o en el bosque

Responsabilidad: hacer el trabajo: ser responsable: yo

Protección: mi mami

Golpe: cincho: enojo: malas palabras: gritos: papá

Madre: mi mami: protección: cuidado

Viaje: mar: playa: Hamacas: cocos: dormir: mi cuarto,

Bolsillos: dinero: comprar: pizza

Hermano: peleas: discusiones: consejos: aceptación: tranquilidad.

Soledad: dormir

Miedo: llorar

Control: posesión: aislamiento: tristeza: dolor

Culpa: castigo: gritos: tristeza

Abrazo: amor

Fuerza: alegría: felicidad: independencia

Manos: anillos: alegría

Cuerpo: ropa: vestirse bien: sentirse cómoda

Niña: protección: cuidado

Trabajo: madrugar: levantarse temprano

Estudio: pasar la materia: esforzarse

Yo: ser independiente

Persona: esfuerzo, disciplina

Rabia: enojo: mal humor: gritos: dolor de cabeza

Tequila: alcoholismo: gente borracha: afectación en la salud: muerte: tristeza

Continuara: algo que va a pasar: sorpresas: regalos: obsequios

Historia de 12 palabras

Las 12 palabras seleccionadas para la historia fueron estas: Madre, hermano, padre, protección, tristeza, control, independencia, culpa, fuerza, soledad, amor y relación.

La independencia de los hermanos afectó demasiado a la madre y claramente al padre, causando muchísima tristeza en ambos, pero, sobre todo, en la madre. Los hermanos tomaron la decisión de independizarse ya que sentían que el padre los tenía demasiado controlados, y eso no les gustaba, ya que tenían que darle cuentas de absolutamente todo de lo que hacían. Los hermanos sintieron un poco de culpa al saber que a la madre le había afectado mucho que se fueran de la casa, ya que con ella tenían protección, amor y todos los cariños que necesitan. Al pasar de los días, fueron tomando fuerza para enfrentar la soledad que llegaron a sentir de no tener a sus padres con ellos, ya que la madre siempre había estado presente en todos los días, ayudándolos en lo que ellos necesitaran.

Con el paso de los días, fueron haciendo sus cosas, cada uno logró comprar su casa, amueblarla y trabajar de lo que había estudiado. Uno de los hermanos tomó la decisión de

formalizar su relación, se casó y se llevó a su pareja a vivir a la casa. El otro hermano decidió seguir estudiando, trabajando y empezó a viajar a diferentes países. Ambos haciendo su vida por separado, pero siempre pendientes de sus padres. Mas que nada de su madre.

ANALISIS DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

- **Test de la figura humana- Karen Machover**

Cuadro dibujo 1:

MECANISMO S DE DEFENSA	CONFLICTO S	AMENAZA S	PERSONALIDA D
Humor, defensa, justificación, excusa, evasión, Anulación de los afectos, despersonalización, disociación crónica, retraimiento, ensimismamiento, agresión oral, timidez, haraganería, desprecio por las apariencias personales, protesta viril, alcoholismo, egocentrismo	Temor a la sexualidad, masturbación, infantilismo, dependencia, personalidad femenina con rasgos masculinos, cansancio, falta de concentración, mal humor, arranques temperamentales, impulso, poder narcisista, frágil evolución psicológica, inmadurez emocional, debilidad mental, identificación psicosexual con la madre, imago materno.	Privación orgánica, privación afectiva, amenaza, despersonalización imagen paterna, temor a la sexualidad, masturbación.	Normalidad psicológica, comunicación, placer, placer, agresividad, masculinidad, adaptación, autodirección, estabilidad, seguridad, extroversión, esperanzas.

Cuadro dibujo 2:

MECANISMO S DE DEFENSA	CONFLICTO S	AMENAZA S	PERSONALIDA D
Humor, defensa, justificación, excusa, retraimiento, alcoholismo, ensimismamiento, disociación crónica.	infantilismo, dependencia, temor a la sexualidad, cansancio, falta de concentración, poder narcisista, frágil evolución psicológica, graves conflictos sexuales, inmadurez sexual, inseguridad sexual, complejo de castración, inmadurez, deficiencia mental, regresión, incapacidad de control, conflicto del super-yo, agresión infantil, escasa habilidad manual, debilidad en el contacto.	Interrelación evasiva, interacción superficial, cautela.	Normalidad psicológica, placer, hostilidad, masculinidad, adaptación, autodirección, estabilidad, seguridad, extroversión.

Cuadro dibujo 3:

MECANISMO S DE DEFENSA	CONFLICTO S	AMENAZA S	PERSONALIDA D
Humor, defensa, Justificación, excusa, retraimiento, ensimismamiento,	Infantilismo, masturbación dependencia, escasa habilidad manual, imago	Temor a la sexualidad	Normalidad psicológica, placer, comunicación, ensimismamiento,

haraganería, evasión, timidez.	materno, temor a la sexualidad, falta de concentración, mal humor, impulso, cansancio, debilidad en el contacto, frágil evolución psicológica, poder narcisista.		extroversión, masculinidad, adaptación, autodirección.
--------------------------------	--	--	--

Cuadro dibujo 4:

MECANISMOS DE DEFENSA	CONFLICTOS	AMENAZAS	PERSONALIDADES
Esperanza, anulación de los efectos, despersonalización, Genitales femeninos, repuesta feminoide	Imago paterno.	amenazas	

Historia dibujo 1

Tema: Familiar, vocacional, laboral.

Matices: Culpa leve por dejar a la familia, necesidad de superación, miedo al olvido.

Personaje y ambiente: Mujer autónoma que logra sus metas, pero mantiene un **fuerte vínculo afectivo** con su familia. Ambiente de apoyo familiar.

Autorreferencias: Claras (usa su nombre, refleja su carrera, su rol de hermana mayor, su autoimagen).

Desenlace: Positivo, aunque abierto ("continuará").

Indicadores de conflicto: Temor a ser olvidada. No hay bloqueos ni contradicciones.

Historia dibujo 2

Tema: Familiar, vocacional, comunitario.

Matices: Apego a la madre, deseo de autonomía, miedo a quedarse solo.

Personaje y ambiente: Hombre responsable, trabajador, con deseos de servir a su comunidad. Ambiente familiar cálido y estable.

Autorreferencias: Proyección en cuanto el deseo de superación personal.

Desenlace: Positivo y abierto.

Indicadores de conflicto: Temor a no encontrar pareja y a perder el afecto materno.

Historia dibujo 1 y 2

Tema: Amoroso.

Matices: Deseo de compañía, apertura emocional, buen manejo del afecto.

Personaje y ambiente: Ambos personajes funcionales, respetuosos, con disposición al vínculo.

Desenlace: Feliz, con potencial de continuidad.

Indicadores de conflicto: No se observan.

Historia dibujo 3 y 4

Tema: Familiar y amoroso.

Matices: Tristeza por experiencias negativas en el amor, necesidad de afecto, sensibilidad, empatía, búsqueda de calma emocional.

Personaje y ambiente: Yesenia (autorreferencia directa). Ambiente familiar positivo, con momentos de malestar ya superados.

Autorreferencias: Claras (nombre, hermano, relación con la madre, gustos personales, forma de regular el estrés).

Desenlace: Positivo. Se siente estable y feliz actualmente.

Indicadores de conflicto: Dificultades para dejar relaciones donde no es valorada; malestar previo por cambio en relación con la madre.

Historia de las 12 palabras

Tema: Familiar.

Matices: Sentimientos de culpa y tristeza ante el sufrimiento de la madre. Conflicto entre el deseo de independencia y el apego emocional al núcleo familiar. Necesidad de autonomía enfrentada a una figura paterna percibida como controladora. Presencia de afecto, protección y amor vinculados principalmente a la figura materna. Búsqueda de realización personal sin perder el vínculo con la familia.

Personaje y ambiente: Los protagonistas son los hermanos, están rodeados por un ambiente familiar estructurado, donde la madre es vista como fuente de cariño y apoyo, mientras que el padre representa autoridad y control. A pesar de haberse independizado, los personajes mantienen contacto y preocupación por sus padres, especialmente por la madre.

Autorreferencias: Se proyecta una ambivalencia entre el deseo de autonomía y el afecto espacial hacia la madre.

Desenlace: Positivo. Los personajes alcanzan metas personales, estabilidad y autonomía, manteniendo el contacto emocional con la familia.

Indicadores de conflicto: Culpa por provocar tristeza en la madre. Malestar por el control del padre. Nostalgia por el hogar y temor a la soledad. Tensión entre la necesidad de separación y el deseo de cuidado y pertenencia.

Análisis de la asociación libre

Las asociaciones de la consultante reflejan un mundo emocional centrado en el afecto de su madre como fuente de protección, mientras que su padre se vincula con el enojo, control y gritos, lo cual sugiere experiencias negativas o tensas con esta figura, aspecto confirmado durante las entrevistas. Se observa culpa vinculada a castigo, gritos y tristeza, lo que podría indicar una fuerte autoexigencia o dificultad para desligarse emocionalmente sin sentirse responsable del sufrimiento ajeno, en especial el materno, ya que también fue mencionado en sus historias.

La soledad se asocia con retiro y descanso, pero también con emociones como miedo y tristeza durante los demás aspectos de la prueba. También hay asociaciones positivas con conceptos como “fuerza”, “yo” e “independencia”, que muestran deseo de autonomía y construcción de identidad propia.

Conclusión.

La evaluación proyectiva revela en la paciente una personalidad que, aunque funcional y con metas claras de superación personal, presenta conflictos afectivos no resueltos, especialmente vinculados a su relación con las figuras parentales.

Se evidencia una fuerte identificación con la madre (imago materno), vista como fuente de cuidado y protección. En contraste, la figura paterna (imago paterno) aparece más distante o amenazante, lo que puede estar relacionado con sentimientos de control, gritos y culpa en su historia. Esta configuración lleva a cierta ambivalencia en la construcción de su autonomía emocional, ya que quiere y necesita separarse emocionalmente, pero al mismo tiempo teme lo que esa separación implica (soledad, culpa, pérdida de afecto).

A nivel defensivo, utiliza mecanismos como justificación, humor, evasión y retraimiento, lo cual indica una tendencia a protegerse de emociones incómodas sin necesariamente elaborarlas a profundidad. También aparecen temores ligados a la sexualidad, como el miedo al juicio o a no ser comprendida, que podrían influir en su forma de vincularse afectivamente.

Aunque manifiesta seguridad externa y deseos de independencia, aún existen indicadores de dependencia emocional, miedo a la soledad, y necesidad de aprobación, especialmente desde lo afectivo y familiar. Se observa un esfuerzo constante por mostrarse fuerte, pero con tensiones internas no siempre expresadas.

La proyección de sí misma como una persona que “se ha superado” refleja una imagen idealizada, pero esta imagen convive con aspectos de fragilidad emocional y conflictos no elaborados.

- **Examen del estado mental**

Para establecer un adecuado examen del estado mental a la evaluada, se valoraron aspectos como presentación personal, actitud durante la entrevista, atención, orientación, memoria, lenguaje, conducta motora, percepción, inteligencia, pensamiento, afecto, juicio, insight y control de impulsos.

La evaluada presenta una apariencia adecuada, aseada y acorde a la situación, vestida con camiseta, jeans y calzado tipo Converse. Su actitud durante la entrevista fue colaboradora y simpática, mostrando disposición y amabilidad en su interacción con la entrevistadora. Mantuvo contacto visual la mayor parte del tiempo, aunque al abordar temas relacionados con su padre o hermano, desvió la mirada, disminuyó el tono de voz y tendió a usar el humor como estrategia para suavizar la carga emocional, lo cual puede interpretarse como un posible mecanismo defensivo.

A nivel de lenguaje, se expresa de forma fluida, clara y espontánea, con volumen medio y velocidad normal, aunque en algunos momentos habla con un tono más alto. Su lenguaje no presentó alteraciones de articulación ni contenido. Las respuestas fueron pertinentes y coherentes.

En cuanto al estado de ánimo, se mostró generalmente alegre, con una actitud jovial y cercana. Sin embargo, ante temas sensibles, se observó un cambio hacia un tono más serio, aunque rápidamente volvía al uso del humor o minimización del contenido emocional. Su afecto es cambiante y parcialmente congruente con el contenido del discurso, lo que sugiere una posible dificultad para sostener una expresión emocional constante ante eventos dolorosos.

No se evidencian alteraciones perceptivas de tipo alucinatorio. Sin embargo, la evaluada refiere episodios ocasionales de despersonalización, manifestando dudas sobre su identidad o sensación de no habitar su propio cuerpo. Este fenómeno se relaciona con la visualización de ciertos contenidos audiovisuales que le generan cuestionamientos existenciales.

Su pensamiento es lógico, coherente y orientado a objetivos, sin presencia de ideas delirantes, obsesivas, fóbicas ni ideación suicida o homicida. El contenido del pensamiento se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, y no se evidencian ideas de influencia o de referencia.

Durante la evaluación, se mantuvo alerta y orientada en tiempo, espacio y persona. Su memoria inmediata, reciente y remota está conservada. En tareas de atención y concentración mostró buen desempeño general, aunque presentó algunas dificultades al realizar restas seriadas de siete, mostrando mejor ejecución con series de tres. Las pruebas de cálculo básico, lectura, escritura, habilidades visoespaciales y razonamiento abstracto fueron resueltas de forma adecuada.

En cuanto al juicio, la paciente comprende las consecuencias de sus actos y es capaz de emitir juicios acordes a la realidad. El insight se encuentra presente; reconoce que tiene dificultades personales y manifiesta la intención de trabajar en ellas, lo que demuestra motivación hacia el cambio.

No se evidencian problemas de control de impulsos, ni conductas agresivas o autolesivas. La paciente niega ideación suicida o pensamientos de daño a terceros. Su conducta motora se mantuvo dentro de los parámetros esperados: sin rigidez, tics ni agitación; su postura fue relajada y acorde al contexto.

La relación con la evaluadora fue empática, comunicativa y respetuosa. Se muestra receptiva y con un buen nivel de contacto con la realidad. Durante la entrevista logró vincularse emocionalmente, aún con ciertas resistencias al explorar temas más íntimos o dolorosos.

INFORME PSICOLOGICO

DATOS GENERALES

Nombre: [REDACTED]

Edad: 27 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: soltera

Ocupación: Estudiante

Nivel Educativo: Estudiante universitaria

Centro de Estudios: Universidad de El Salvador

Dirección Familiar: Nejapa, san salvador

Teléfono: [REDACTED]

Motivo de remisión o consulta: síndrome de madre con mi hermano, por la responsabilidad que se me dio desde muy pequeña de cuidarlo, la tome muy para mí, ser su ejemplo, ser su mamá, no me enfoque en ser su hermana, y necesito desprenderme y tomar posición como hermana, y me he sentido mal emocionalmente, he llorado porque no sé cómo dejar a un lado eso.

Psicólogo/a: Silvana Rebeca Escalante Rivas

PRUEBAS APLICADAS

Test de la figura humana-Karen Machover

ANTECEDENTES DEL CASO

La evaluada, de 27 años, vive actualmente con su madre y su hermano menor. Desde pequeña asumió un rol maternal hacia su hermano, quien nació cuando ella tenía aproximadamente 9 o 10 años. La responsabilidad de cuidarlo fue delegada por sus padres, lo cual estructuró en ella una identidad marcada por el deber y el cuidado, dejando de lado su propio lugar como hija o hermana.

Durante su infancia fue testigo de violencia intrafamiliar ejercida por su padre hacia su madre y también hacia ella, con episodios de maltrato físico, amenazas e insultos. Esta dinámica afectó profundamente su desarrollo emocional. A pesar de que su padre mostraba ocasionalmente actitudes cariñosas, predominaba una conducta agresiva, machista y autoritaria. Sus padres se separaron hace aproximadamente cinco años, y desde entonces la

evaluada ha cortado contacto con su padre, a quien guarda resentimiento y dolor. Además, hubo conflictos legales con él relacionados con la vivienda familiar.

Con su madre mantiene una relación cercana y de apoyo mutuo, aunque presenta tensiones puntuales, especialmente cuando la madre le solicita que asuma nuevamente el rol de autoridad sobre su hermano o que acepte a su actual pareja y a la de su hermano. La evaluada considera que esas responsabilidades no le corresponden y está intentando establecer límites saludables.

En el ámbito académico, actualmente cursa una materia universitaria que había postergado previamente. Renunció a su último empleo debido a la sobrecarga emocional y académica, priorizando sus estudios. Ha mostrado compromiso con su desarrollo personal y académico, aunque reconoce que el estrés familiar y emocional ha interferido en su desempeño.

En cuanto a sus relaciones afectivas, ha vivido experiencias de dependencia emocional. Su relación pasada estuvo marcada por infidelidades y una dinámica relacional de complacencia excesiva y desigualdad de interés por parte de su expareja. En su relación actual, que es a distancia, experimenta ciclos de rupturas y reconciliaciones debido a los celos y actitudes controladoras de su pareja, lo cual le genera desgaste emocional, aunque le cuesta tomar la decisión de terminar definitivamente.

La evaluada se encuentra en un momento de cuestionamiento y búsqueda de cambio. Reconoce la necesidad de sanar heridas del pasado, redefinir su identidad fuera del rol de cuidadora, y establecer límites tanto en su familia como en sus vínculos afectivos.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Test de la figura humana-Karen Machover

La evaluación proyectiva revela en la paciente una personalidad que, aunque funcional y con metas claras de superación personal, presenta conflictos afectivos no resueltos, especialmente vinculados a su relación con las figuras parentales.

Se evidencia una fuerte identificación con la madre (imago materno), vista como fuente de cuidado y protección. En contraste, la figura paterna (imago paterno) aparece más distante o amenazante, lo que puede estar relacionado con sentimientos de control, gritos y culpa en su historia. Esta configuración lleva a cierta ambivalencia en la construcción de su autonomía emocional, ya que quiere y necesita separarse emocionalmente, pero al mismo tiempo teme lo que esa separación implica (soledad, culpa, pérdida de afecto).

A nivel defensivo, utiliza mecanismos como justificación, humor, evasión y retraimiento, lo cual indica una tendencia a protegerse de emociones incómodas sin necesariamente elaborarlas a profundidad. También aparecen temores ligados a la sexualidad, como el miedo al juicio o a no ser comprendida, que podrían influir en su forma de vincularse afectivamente.

Aunque manifiesta seguridad externa y deseos de independencia, aún existen indicadores de dependencia emocional, miedo a la soledad, y necesidad de aprobación, especialmente desde lo afectivo y familiar. Se observa un esfuerzo constante por mostrarse fuerte, pero con tensiones internas no siempre expresadas.

La proyección de sí misma como una persona que “se ha superado” refleja una imagen idealizada, pero esta imagen convive con aspectos de fragilidad emocional y conflictos no elaborados.

Examen del estado mental

Se evaluaron aspectos como presentación, actitud, atención, orientación, memoria, lenguaje, conducta motora, percepción, pensamiento, afecto, juicio, insight e impulsividad.

La evaluada presenta apariencia aseada y adecuada, con actitud colaboradora y simpática. Mantuvo buen contacto visual, aunque al hablar de temas sensibles (como su padre o hermano) mostró incomodidad, desviando la mirada y usando el humor como defensa.

Se expresa de forma fluida, clara y espontánea, con volumen medio y respuestas pertinentes. Su estado de ánimo general es alegre, pero ante temas emocionales se torna más seria. Su afecto es cambiante, parcialmente congruente con lo que expresa.

No presenta alucinaciones ni ideas delirantes, aunque refiere episodios ocasionales de despersonalización relacionados con pensamientos existenciales. El pensamiento es lógico y coherente, sin ideación suicida u obsesiva.

Permaneció alerta y orientada en tiempo, espacio y persona. Su memoria está conservada. Mostró buen desempeño en atención, cálculo, lectura, escritura y razonamiento, aunque tuvo leves dificultades en tareas más complejas de concentración.

Demuestra juicio adecuado y buen insight, reconociendo sus dificultades y mostrando disposición al cambio. Tiene buen control de impulsos y no reporta conductas agresivas ni autolesivas.

Durante la entrevista fue receptiva, empática y respetuosa. Mostró capacidad de vinculación emocional, a pesar de cierta resistencia al abordar aspectos personales más profundos.

DIAGNOSTICO MULTIAxIAL

Eje I: Z63.8 Problema paterno-filial [V61.20]

F93.3 problema de relación entre hermanos [V61.8]

Z60.0 Problemas biográfico [V62.89]

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Se observan rasgos dependientes y evitativos de personalidad, sin configurarse como un trastorno.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Historia de violencia intrafamiliar (padre agresivo y maltratador)

Delegación de rol materno por parte de los padres

Conflictos actuales con la madre y distanciamiento del hermano

Relación afectiva inestable y con rasgos de control

Sobrecarga académica y abandono reciente del trabajo

Falta de red de apoyo sólida

Eje V: EEAG = 68 (actual)

Diagnóstico integrado y formulación del caso

La paciente presenta rasgos de apego ansioso y dependencia emocional, especialmente hacia su hermano y su pareja, producto de la responsabilidad temprana de un rol materno y de vínculos familiares con historial de violencia. Existe ambivalencia en su autonomía emocional, ya que desea separarse afectivamente, pero teme a la soledad, el abandono y la culpa. Usa mecanismos defensivos evitativos como el humor, la minimización y el retraimiento afectivo.

La interacción entre estos factores ha generado problemas de atención clínica relacionales y biográficos (Eje I), rasgos desadaptativos sin configurar trastorno (Eje II), una historia ambiental altamente estresante (Eje IV) y un nivel de funcionamiento global moderado (Eje V). Por ello, su caso requiere abordaje terapéutico centrado en la resignificación de roles familiares, el fortalecimiento del yo autónomo y la elaboración de conflictos vinculares.

Desde un enfoque psicodinámico-relacional, estos patrones se entienden como el resultado de identificaciones tempranas con figuras parentales disfuncionales, donde el afecto se condicionó a la sobreadaptación, la contención y el cuidado de otros. Esto ha sostenido vínculos ambivalentes y formas defensivas de relación, que necesitan ser elaboradas en un espacio terapéutico.

CONCLUSIONES

-La paciente muestra patrones vinculares dependientes y ambivalencia emocional, originados en un entorno familiar marcado por violencia, sobrerresponsabilización y fallas en la contención afectiva.

-Existen problemas relacionales actuales con su madre, hermano y pareja, sin configurarse un trastorno clínico o de personalidad, pero con rasgos desadaptativos que afectan su funcionalidad emocional.

-Su nivel de funcionamiento general es moderado, con áreas preservadas, pero con vulnerabilidad afectiva e interpersonal que requiere intervención.

RECOMENDACIONES

-Iniciar proceso psicoterapéutico de orientación psicodinámico-relacional, enfocado en: resignificación del rol materno asumido hacia su hermano. elaboración del conflicto con la figura paterna y su impacto en la configuración del vínculo afectivo, y la revisión de sus vínculos afectivos actuales y patrones de dependencia.

-Favorecer el fortalecimiento del yo autónomo y el establecimiento de límites afectivos claros, promoviendo la diferenciación emocional (modelo psicodinámico-relacional).

-Abordar la ambivalencia frente a la autonomía y culpa, promoviendo mayor conciencia emocional y validación de necesidades propias.

-Estimular la construcción de un proyecto de vida propio, separado del cuidado de otros, desde una mirada comprensiva de su historia emocional.

Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRACTICANTE



HOJA RESUMEN DE TRATAMIENTO

Nombre: Y.E.S.C	Sesión: 1
Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1998	Edad: 27
Psicoterapeuta: Silvana Escalante	Fecha: 06 / Jun / 2025

Objetivo de la sesión:
Establecer rapport inicial, explicar el proceso terapéutico y realizar una primera entrevista clínica (anamnesis).

Observaciones:
Se mostró colaboradora, con disposición al diálogo y expresión emocional contenida en ciertos momentos. Utiliza el humor como recurso de distensión ante temas delicados. La demanda de la paciente estuvo centrada en un fuerte sentimiento de responsabilidad y apego hacia su hermano menor, que identifica como un “síndrome de madre”. Refiere sentirse emocionalmente saturada por este rol y haber experimentado llanto e incomodidad al intentar desligarse.

Conclusiones:
Ha asumido un rol materno desde los 9 años, desplazando su lugar como hija y hermana.
La historia familiar está marcada por violencia intrafamiliar, principalmente por parte del padre.
Expresa resentimiento hacia el padre y apego intenso hacia el hermano.
Se observa dificultad para establecer límites con la madre y la pareja actual.
Presenta fortaleza personal, resiliencia y deseo de cambio.

Tarea asignada al paciente:
No se asignó tareas.

Nombre: Y.E.S.C	Sesión: 2
Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1998	Edad: 27
Psicoterapeuta: Silvana Escalante	Fecha: 10 / Jun / 25

Objetivo de la sesión:
Profundizar en la historia emocional de la paciente mediante entrevista semiestructurada.

Observaciones:
La paciente se mantuvo abierta, con buen nivel de entendimiento de sí misma. Mostró implicación emocional al abordar temas relacionados con su hermano, su rol dentro del hogar y la figura paterna. Se identifican conflictos entre su deseo de independencia y la culpa asociada a dejar de cuidar a otros. También se abordaron temas de pareja, donde refiere dependencia emocional y falta de apoyo.

Conclusiones:
Se evidenció cierto apego ansioso hacia el hermano, con fuerte necesidad de protección hacía él.
Dificultad para distinguir su rol de hermana del rol de madre.
Persisten sentimientos de culpa por desligarse del cuidado del hermano.
Relación conflictiva con el padre marcada por violencia vivida en la infancia.
La relación actual de pareja reproduce patrones de control y dependencia.
Necesidad de fortalecer autonomía emocional e identidad propia.

Tarea asignada al paciente:
No se asignaron tareas.

Nombre: Y.E.S.C	Sesión: 3
Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1998	Edad: 27

Psicoterapeuta: Silvana Escalante	Fecha: 19 / Jun / 25
--	-----------------------------

Objetivo de la sesión:
Aplicación del test proyectivo Figura Humana de Karen Machover.

Observaciones:
Se inició la aplicación del test Figura Humana. La paciente manifestó escepticismo respecto a la validez del instrumento, señalando que no creía que pudiera reflejar aspectos de su personalidad. A pesar de esto, se mostró colaboradora y realizó los dibujos e historias solicitadas. Durante el relato de las historias, se observó un ánimo positivo y disposición imaginativa, empleando el humor y detalles idealizados en sus descripciones.

Conclusiones:
Se logró aplicar la primera parte del test (dibujos e historias).
Se evidenció una actitud ambivalente hacia la técnica proyectiva: resistencia inicial, pero posterior cooperación.
Las historias realizadas sugieren aspectos relevantes de su autopercepción y vínculos afectivos.

Tarea asignada al paciente:
No se asignaron tareas.

Nombre: Y.E.S.C	Sesión: 4
Fecha de nacimiento: 12 de abril de 1998	Edad: 27
Psicoterapeuta: Silvana Escalante	Fecha: 23 / Jun / 25

Objetivo de la sesión:
Finalizar la aplicación del Test de la Figura Humana y profundizar en aspectos relacionales y afectivos.


Observaciones:
La paciente se mostró colaboradora, aunque con cierta resistencia inicial al test y cansancio visible por la carga académica. A pesar de ello, mantuvo una actitud amable durante la sesión.

Conclusiones:
Se completó la aplicación proyectiva y se obtuvo información relevante sobre vínculos e identidad.
Refirió distanciamiento con el hermano como forma de romper el rol materno asumido.
Persisten sentimientos de resentimiento hacia el padre, con ausencia total de vínculo.
La relación con la madre es cercana, aunque presenta roces por expectativas de cuidado hacia otros.
Su relación de pareja actual se caracteriza por ciclos de celos, control y dependencia emocional.
Experimenta sobrecarga académica y necesidad de reafirmar límites personales.

Tarea asignada al paciente:
No se asignó tarea.

NOTA EVOLUTIVA

NOTA EVOLUTIVA Y ADMINISTRATIVA DE AVANCE/LIMITANTES/PROGRESOS/ DEL PACIENTE			
NOMBRE DEL PACIENTE	Y.E.S.C	MES: junio 2025	N°Exp : 0001-2025
DIAGNOSTICO	En este mes se encontraba en proceso diagnóstico.	N° SESIONES DEL MES: 4	N° NOTA EVOLUTIVA: 01- 2025
FECHA:	Periodo del 6 de junio al 23 de junio		
INDICADORES RELEVANTES A TRABAJAR:	<p>Rol de cuidadora asumido desde la infancia.</p> <p>Apego ansioso hacia el hermano menor.</p> <p>Dificultades en la diferenciación de roles familiares.</p> <p>Relación conflictiva con el padre (historia de violencia).</p> <p>Dependencia emocional en la relación de pareja.</p> <p>Necesidad de fortalecimiento de límites y autonomía.</p> <p>Sobrecarga emocional y académica.</p>		
OBJETIVO DE LAS SESIONES DEL MES	<p>Establecer rapport e iniciar proceso diagnóstico mediante entrevista clínica.</p> <p>Profundizar en la historia emocional y relaciones significativas.</p>		

	<p>Aplicar instrumento proyectivo (Test de la Figura Humana de Karen Machover) para explorar identidad y vínculos afectivos.</p>
<p>OBSERVACIONES/COMENTARIOS</p>	<p>Durante el mes de junio se llevaron a cabo cuatro sesiones centradas en la evaluación inicial de la paciente. Se observó una actitud colaboradora, aunque con momentos de resistencia emocional y uso del humor como mecanismo de defensa. La paciente presentó conciencia de su rol sobrecargado como figura materna hacia su hermano y expresó dificultad para establecer límites en distintas áreas de su vida (familia, pareja, estudios).</p> <p>La aplicación del test proyectivo permitió obtener información sobre su autopercepción, vínculo con figuras significativas y necesidad de diferenciación del rol materno. Se identifican patrones de dependencia emocional, resentimiento no resuelto hacia el padre, y sobrecarga académica. A pesar de estas dificultades, la paciente muestra fortalezas como la capacidad de introspección, disposición al cambio y recursos de resiliencia.</p>
<p>TERAPEUTA/FIRMA</p>	<div data-bbox="672 1560 1058 1688" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRACTICANTE</p> </div> <div data-bbox="1214 1619 1333 1730" style="text-align: right;">  </div>

INFORME DE CIERRE DEL PACIENTE

1.Datos personales del cliente
Apellidos y nombre: ██████████
Dirección: XXXXX
Teléfonos: xxxxxxxx Email: xxxxxx
Género: Femenino
Edad: 27 Fecha de nacimiento:
Estado Civil: soltera
Situación laboral: Estudiante Profesión: Estudiante
Nombre de la madre o responsable:
Parentesco: Madre Estado civil: soltera Edad: 45
Tel. de ubicación de la madre:
Profesión madre: Estudiante
Situación laboral: Emprendedora.

2. Diagnostico
<p>Eje I: Z63.8 Problema paterno-filial [V61.20]</p> <p style="padding-left: 40px;">F93.3 problema de relación entre hermanos [V61.8]</p> <p style="padding-left: 40px;">Z60.0 Problemas biográfico [V62.89]</p> <p>Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]</p> <p>Se observan rasgos dependientes y evitativos de personalidad, sin configurarse como un trastorno.</p> <p>Eje III: Ninguno</p> <p>Eje IV: Historia de violencia intrafamiliar (padre agresivo y maltratador)</p> <p style="padding-left: 40px;">Delegación de rol materno por parte de los padres</p>

Conflictos actuales con la madre y distanciamiento del hermano

Relación afectiva inestable y con rasgos de control

Sobrecarga académica y abandono reciente del trabajo

Falta de red de apoyo sólida

Eje V: EEAG = 68 (actual)

3. Áreas de tratamiento desarrolladas

No se ha iniciado tratamiento

4. Áreas sugeridas para trabajar como próximo terapeuta

Iniciar proceso psicoterapéutico de orientación psicodinámico-relacional, enfocado en: resignificación del rol materno asumido hacia su hermano. elaboración del conflicto con la figura paterna y su impacto en la configuración del vínculo afectivo, y la revisión de sus vínculos afectivos actuales y patrones de dependencia.

Favorecer el fortalecimiento del yo autónomo y el establecimiento de límites afectivos claros, promoviendo la diferenciación emocional (modelo psicodinámico-relacional).

Abordar la ambivalencia frente a la autonomía y culpa, promoviendo mayor conciencia emocional y validación de necesidades propias.

Estimular la construcción de un proyecto de vida propio, separado del cuidado de otros, desde una mirada comprensiva de su historia emocional.

5. Procedimiento de evaluación y resultados

Test de la figura humana-Karen Machover (1979) Técnica proyectiva que explora aspectos de la personalidad, la autopercepción, conflictos inconscientes, funcionamiento

emocional y vínculos significativos, a través de la representación gráfica del cuerpo humano y las historias asociadas.

Resultados: El test proyectivo evidenció conflictos afectivos no resueltos con la figura paterna (Eje I) y una fuerte identificación con el rol materno asumido hacia su hermano (Eje I). Se observaron mecanismos defensivos como el humor, la evasión y el retraimiento, así como temores afectivos y necesidad de aprobación, consistentes con rasgos dependientes y evitativos de personalidad (Eje II). Estos resultados son coherentes con la historia de violencia intrafamiliar, delegación de roles parentales y vínculos afectivos inestables (Eje IV), así como con un funcionamiento global moderadamente conservado (EEAG = 68, Eje V).

6. Recomendaciones

Se recomienda continuar el abordaje terapéutico debido a la presencia de conflictos afectivos no resueltos, especialmente relacionados con el rol materno asumido hacia su hermano, la figura paterna y vínculos de dependencia emocional. Estas áreas impactan su autonomía, bienestar emocional y proyecto de vida.

La consultante accedió únicamente a un proceso diagnóstico, manifestando que no desea continuar en tratamiento. Por ello, no se dará seguimiento al caso, pero se sugiere trabajar con un/a terapeuta profesional los temas identificados para favorecer su desarrollo personal y emocional.

Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRACTICANTE



21.2 Informes del área forense

21.2.1 Informe Forense 1.

INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO

Identificación del Perito y del Informe

Nombre del Perito: Lic. César Daniel Jiménez García

Número de Colegiado: JG13004

Especialidad: Psicología Jurídica y Forense

Identificación del Informe: IPPF-2025/062

Fecha de Emisión: 07 de julio de 2025

Identificación del Caso

Número de Expediente: 2025-PF-0062-SV

Autoridad Requiriente: Tribunal Tercero de Sentencia de San Salvador

Objeto de Evaluación: Aileen Carol Wuornos, mujer de 35 años, nacionalidad estadounidense, privada de libertad por presuntos delitos de homicidio múltiple (7 casos).

Objetivo de la Pericia los hechos por los que está siendo juzgada.

En concreto, se busca:

- Conocer si algunas de las decisiones que tomó estuvieron influenciadas por situaciones de violencia sufrida anteriormente.
- Comprender si, en el momento de los hechos, era capaz de distinguir con claridad entre lo que estaba bien o mal, y de actuar con libertad.
- Analizar si sus acciones fueron resultado de una reacción ante peligros reales o percibidos como tales.
- Evaluar cómo su historia de vida, sus emociones y su estado psicológico pueden haber influido en lo que ocurrió.

La información recogida servirá para que el tribunal o el jurado pueda tomar decisiones más informadas sobre la responsabilidad de la persona evaluada y el contexto en el que ocurrieron los hechos.

Descripción de los Hechos

La persona evaluada, una mujer de aproximadamente 35 años, vivía en la calle y sobrevivía ejerciendo como trabajadora sexual en Daytona Beach, Florida. Llevaba una vida marcada por la pobreza, la falta de apoyo familiar y experiencias de abuso psicológico y sexual desde la niñez. En ese contexto, conoció a otra mujer con la que inició una relación sentimental. Desde entonces, expresó el deseo de cambiar su vida y poder mantener económicamente esta relación.

El primer suceso grave ocurrió cuando un hombre la contrató y la llevó en su coche a un lugar apartado en medio del bosque. Según lo que ella relata, este hombre la golpeó después de ofenderla verbalmente, al ser golpeada quedó inconsciente, al recuperarse se encontró atada, el sujeto posteriormente la agredió sexualmente, mientras hacía comentarios agresivos hacia las trabajadoras sexuales. En medio del ataque, logró soltarse y haciendo uso de una pistola disparó contra el hombre causándole la muerte. Después de matarlo, tomó su coche y sus pertenencias, y se fue del lugar.

Tras ese hecho, intentó conseguir un trabajo estable, pero fue rechazada en varios lugares, lo que la llevó a volver a ejercer trabajos sexuales. A partir de ese momento, se produjeron más muertes de hombres con los que se encontraba en ese contexto. Debido a que ella percibió que esos hombres mostraron comportamientos amenazantes o eran malos; en algunos de estos casos, no se reporta ninguna agresión previa. En varios de esos encuentros, ella tomó dinero, coches o pertenencias de las víctimas.

En uno de los episodios, decidió no hacer daño a un cliente que le pareció amable. Sin embargo, más adelante, mató a un hombre que le ofrecía ayuda y no había mostrado ninguna

actitud violenta, ya que este había visto su arma. Durante ese período, seguía viviendo con su pareja, quien no participó en los hechos, pero sí se benefició de los recursos obtenidos.

En un momento, su pareja tuvo un accidente de coche con uno de los vehículos que Aileen había robado, lo que generó sospechas. Poco después, la pareja regresó a vivir con su familia. La evaluada en cambio fue detenida en un bar mediante una operación policial encubierta. La evaluada desde prisión, mantuvo una última conversación telefónica con su expareja, donde confesó haber cometido los homicidios.

Metodología y criterios empleados

Para la elaboración de la presente pericia psicológica forense se han empleado métodos y técnicas validadas científicamente y éticamente aceptadas en el ámbito de la psicología jurídica y forense. El objetivo ha sido obtener información objetiva, válida y fiable sobre el estado psicológico de la evaluada y su posible influencia en los hechos investigados. A continuación, se detallan los procedimientos utilizados:

Entrevista Clínica Forense Semi-estructurada

Se realizó una entrevista psicológica adaptada al contexto forense, con el propósito de obtener datos biográficos relevantes, explorar la percepción de los hechos y la narrativa de la evaluada sobre su conducta y valorar posibles síntomas psicopatológicos y alteraciones emocionales.

Aplicación de Instrumentos Psicométricos Estandarizados

Se utilizaron pruebas psicológicas con propiedades psicométricas adecuadas para el contexto forense y judicial:

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2):

Objetivo: Es un instrumento diseñado para evaluar la personalidad y detectar la presencia de psicopatología en adultos. Su finalidad en contextos forenses es ofrecer un perfil psicológico que permita identificar posibles trastornos mentales, estilos de afrontamiento

disfuncionales, alteraciones emocionales o rasgos de personalidad que puedan estar relacionados con la conducta delictiva o influir en la imputabilidad.

PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised, de Hare):

Objetivo: Es una herramienta diseñada para evaluar la presencia y el grado de psicopatía en individuos adultos, especialmente en contextos forenses y penitenciarios. La psicopatía se entiende como un conjunto de rasgos afectivos, interpersonales y conductuales relacionados con la propensión a conductas antisociales, manipulación, falta de empatía y remordimiento.

WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition):

Objetivo: Es una de las principales pruebas de evaluación de la capacidad cognitiva general (coeficiente intelectual) en adultos. Mide distintos componentes de la inteligencia, como la comprensión verbal, el razonamiento perceptivo, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento.

Análisis Conductual y Testimonios

Se revisaron informes policiales, testimonios judiciales, entrevistas previas y declaraciones públicas de la evaluada.

Objetivo: Analizar e identificar posibles inconsistencias o distorsiones cognitivas, patrones conductuales repetitivos y posibles factores desencadenantes de la conducta homicida.

Resultados y hallazgos

-Antecedentes Psicosociales Relevantes

El análisis de la historia vital de la evaluada revela un patrón de acumulación de factores de riesgo psicosocial y victimización crónica desde edades tempranas, los cuales resultan esenciales para comprender el contexto en el que se gestaron los hechos evaluados.

Nacida en un entorno marcadamente disfuncional, la evaluada creció sin una figura parental estable. Desde la adolescencia, la evaluada comenzó a ejercer prostitución como

medio de supervivencia, siendo reiteradamente víctima de agresiones físicas, sexuales y explotación por parte de adultos.

Se identifican episodios múltiples de violencia interpersonal a lo largo de su vida adulta, con revictimización constante en contextos de vulnerabilidad social y económica.

Se ha documentado un uso frecuente de alcohol y otras sustancias como forma de autogestión emocional y evasión psicológica. Su historial conductual incluye delitos menores, conflictos con la ley y patrones reiterados de conducta antisocial, aunque no se identifican periodos prolongados de criminalidad planificada.

La evaluada presenta además un patrón relacional marcado por el aislamiento social, la dependencia afectiva y la incapacidad para establecer vínculos seguros. Su relación sentimental más estable, al momento de los hechos, se basaba en una dependencia emocional profunda y un deseo de aceptación que la impulsó a intentar cambiar su vida, aunque de forma desorganizada y violenta.

En cuanto a su situación económica contextual, la evaluada ha vivido en condiciones de marginalidad extrema, sin acceso a recursos económicos, redes de apoyo o servicios de salud mental adecuados. Esta situación de exclusión social y pobreza estructural constituye un factor de vulnerabilidad crítica que contribuyó a la génesis de su conducta delictiva.

MMPI-2

Escala Hs (Hipocondriasis)

La puntuación obtenida en la escala Hs (Hipocondriasis) es de T=70, lo que se sitúa en un rango clínicamente significativo. Esta elevación refleja una tendencia acentuada a preocuparse excesivamente por la salud física y por síntomas corporales, incluso en ausencia de una causa médica objetivable. Las personas con puntuaciones altas en esta escala suelen manifestar quejas somáticas persistentes, buscan atención médica reiterada y pueden experimentar ansiedad relacionada con su estado físico.

Desde un enfoque forense, este patrón podría indicar que la evaluada convierte conflictos

emocionales no resueltos en malestares físicos, lo que puede complicar la comprensión y gestión de situaciones de estrés. También sugiere una baja tolerancia al malestar y una predisposición a victimizarse ante la adversidad.

Escala D (Depresión)

En la escala D (Depresión), la evaluada obtiene una puntuación de T=80, que corresponde a un nivel extremadamente elevado y clínicamente significativo. Esta puntuación es indicativa de un estado emocional marcado por profunda tristeza, desesperanza, desmotivación y una visión pesimista de la vida.

Desde la óptica forense, un resultado de esta magnitud sugiere la presencia de afectividad negativa persistente, vulnerabilidad al estrés y posible anhedonia, factores que pueden influir en la toma de decisiones y en la percepción de las relaciones interpersonales. También se asocia frecuentemente con ideas de inutilidad, incapacidad para experimentar placer y posibles pensamientos autodestructivos. Este tipo de perfil puede ser congruente con personas que actúan de manera impulsiva o desesperada bajo situaciones emocionales extremas.

Escala Hy (Histeria)

En la escala Hy (Histeria), la evaluada presenta una puntuación de T=65, lo que indica una tendencia moderada a negar o minimizar conflictos emocionales y a transformar el estrés psíquico en síntomas físicos. Esta escala mide mecanismos defensivos basados en la negación, la represión y la evitación de la angustia emocional mediante somatización.

En el contexto forense, esta elevación sugiere que la persona puede tener dificultad para reconocer la gravedad de sus problemas psicológicos y, en situaciones de crisis, es probable que recurra a mecanismos de defensa inconscientes para aliviar el malestar. Estas personas pueden parecer superficiales o emocionalmente planas y mantener una apariencia de control mientras internamente experimentan altos niveles de ansiedad o disociación.

Escala Pd (Desviación Psicopática)

La escala Pd (Desviación Psicopática) muestra una puntuación de T=85, considerada muy elevada. Esta puntuación refleja conductas impulsivas, rebeldía ante las normas sociales, dificultad para establecer vínculos estables y escasa tolerancia a la frustración. Las personas con altos puntajes en esta escala suelen mostrar actitudes de desafío a la autoridad, baja capacidad para conformarse a expectativas sociales y una tendencia a racionalizar o justificar conductas antisociales.

Desde una perspectiva forense, este perfil se relaciona con riesgo de conductas delictivas, manipulación interpersonal y escasa conciencia de culpa, elementos que pueden influir en la responsabilidad penal y en la valoración de peligrosidad. Se asocia también con un patrón de vida desestructurado y decisiones impulsivas, sin considerar adecuadamente las consecuencias.

Escala Mf (Masculinidad-Feminidad)

En la escala Mf (Masculinidad-Feminidad), la puntuación obtenida es de T=50, lo que se ubica en un rango promedio sin relevancia clínica o forense significativa. Esta escala evalúa la conformidad con los roles de género tradicionales, pero en la actualidad su valor interpretativo en el ámbito forense es limitado. En este caso específico, la puntuación indica ausencia de conflictos relacionados con la identidad de género o los intereses conductuales asociados a los roles masculino o femenino, por lo que no aporta información relevante para explicar o comprender la conducta criminal.

Escala Pa (Paranoia)

La evaluada obtiene una puntuación de T=85 en la escala Pa (Paranoia), lo que corresponde a un nivel muy elevado y clínicamente significativo. Este resultado es indicativo de una tendencia marcada a la desconfianza extrema, hipersensibilidad interpersonal y percepción de amenazas donde probablemente no las hay. Las personas con puntuaciones altas en esta

escala pueden interpretar los actos de los demás como hostiles, mostrar suspicacia constante y presentar ideas persecutorias o de referencia.

Desde una perspectiva forense, esta elevación sugiere que la persona evaluada podría percibir el mundo como un lugar peligroso y amenazante, lo que puede llevarla a reacciones defensivas desproporcionadas o incluso violentas frente a situaciones ambiguas o neutrales. Este tipo de perfil es coherente con narrativas en las que la persona justifica actos violentos como defensa ante amenazas percibidas, lo que tiene relevancia en la valoración de imputabilidad y en la comprensión de la motivación criminal.

Escala Pt (Psicastenia)

En la escala Pt (Psicastenia), se obtiene una puntuación de T=75, que se considera clínicamente elevada. Esta escala mide niveles significativos de ansiedad crónica, compulsividad, inseguridad, temor persistente e incapacidad para tomar decisiones. Las personas con puntuaciones altas tienden a estar emocionalmente desbordadas, presentan inquietud constante, dudas excesivas y una autocrítica debilitante.

En el ámbito forense, este perfil sugiere que la evaluada podría experimentar altos niveles de ansiedad y estrés ante situaciones de incertidumbre o conflicto, lo que puede derivar en reacciones impulsivas, descontrol emocional o conductas erráticas. También puede coexistir con síntomas obsesivos o rasgos de pensamiento rígido y perseverante, lo que influiría en su capacidad para valorar adecuadamente las consecuencias de sus actos.

Escala Sc (Esquizofrenia)

La puntuación obtenida en la escala Sc (Esquizofrenia) es de T=90, una elevación extremadamente alta que indica un perfil clínico de desorganización cognitiva, distorsión de la realidad, alienación social y posible presencia de síntomas psicóticos como ideas delirantes, pensamiento confuso o despersonalización.

Desde el punto de vista forense, este resultado es particularmente relevante, ya que puede asociarse con alteraciones en la percepción de la realidad, trastornos del pensamiento y

dificultades para establecer juicios de realidad correctos. Estas alteraciones pueden tener impacto directo en la valoración de la imputabilidad, en la medida en que podrían afectar la capacidad de la persona para entender la ilicitud de sus actos o controlar su conducta en el momento de los hechos. Es fundamental en estos casos explorar la presencia de episodios psicóticos transitorios, disociación o trastornos delirantes.

Escala Ma (Hipomanía)

En la escala Ma (Hipomanía), la evaluada obtiene un T=70, lo que indica un nivel elevado. Esta escala está vinculada a hiperactividad, impulsividad, labilidad emocional, irritabilidad y necesidad constante de estímulo. Las personas con puntuaciones altas pueden mostrar conductas desinhibidas, tomar decisiones precipitadas sin considerar riesgos y presentar cambios rápidos en el estado de ánimo.

Forensemente, este patrón se asocia con dificultad para controlar impulsos y con una tendencia a actuar de manera precipitada, sin medir las consecuencias. También puede reflejar comportamientos de riesgo, inestabilidad emocional y una predisposición a conductas agresivas cuando se perciben amenazas o frustraciones. En el caso analizado, esta elevación podría haber facilitado respuestas violentas inmediatas ante percepciones subjetivas de peligro, sin un proceso de reflexión adecuado.

Escala Si (Introversión Social)

La escala Si (Introversión Social) muestra una puntuación de T=65, ligeramente elevada. Esta escala evalúa el grado de aislamiento social, timidez, inseguridad interpersonal y tendencia al retraimiento. Las personas con puntuaciones elevadas suelen experimentar dificultad para establecer vínculos cercanos, se sienten incómodas en situaciones sociales y pueden presentar desconfianza hacia los demás.

En el contexto forense, este resultado sugiere que la evaluada probablemente experimentaba una sensación crónica de aislamiento emocional y social, lo que puede haber acentuado la percepción de hostilidad o peligro en sus relaciones interpersonales. Este factor

puede actuar como un elemento predisponente a respuestas defensivas desproporcionadas o agresivas, especialmente en situaciones ambiguas o de amenaza percibida.

Escala L (Mentira)

La evaluada obtiene una puntuación de T=45 en la escala L (Mentira), lo que se sitúa dentro de un rango bajo-normal. Esta escala mide el grado en que la persona intenta presentarse de manera excesivamente favorable, negando defectos o comportamientos socialmente indeseables que la mayoría de las personas admitirían en algún grado.

Una puntuación baja, como en este caso, sugiere que la persona no está tratando de proyectar una imagen falsamente positiva o idealizada. En cambio, indica disposición a admitir fallos personales, emociones negativas o comportamientos socialmente cuestionables.

Forensemente, este resultado refuerza la validez del perfil general, ya que descarta una manipulación tendente a minimizar la gravedad de la conducta o las dificultades emocionales. También puede estar vinculado a un patrón de desesperanza o desinhibición en la revelación de información personal negativa, coherente con el relato de la evaluada.

Escala F (Frecuencia Infrecuente)

La puntuación en la escala F (Frecuencia Infrecuente) es de T=95, muy elevada y clínicamente significativa. Esta escala detecta respuestas poco comunes, atípicas o extremas que no suelen ser elegidas por la mayoría de las personas, incluso en poblaciones clínicas. Una puntuación tan alta puede interpretarse en diferentes sentidos, puede reflejar auténtico sufrimiento psicológico severo, con presencia de síntomas disociativos, psicosis, paranoia o ansiedad extrema. También puede sugerir tendencia a exagerar los problemas o distorsionar la información, ya sea consciente o inconscientemente. En casos de trauma complejo, abuso crónico o desorganización psíquica, elevaciones en F son frecuentes sin que ello implique simulación.

En este contexto forense, y considerando la narrativa de trauma, abuso y marginalidad, la puntuación elevada en F se interpreta como indicativa de auténtica alteración psicológica

severa, sin evidencias claras de simulación deliberada, sino más bien de caos emocional, desbordamiento afectivo y percepción distorsionada de la realidad.

Escala K (Corrección)

La evaluada alcanza una puntuación de T=40 en la escala K (Corrección), la cual se encuentra en un rango bajo. Esta escala mide la defensividad psicológica, es decir, la tendencia a presentar una imagen de sí mismo más favorable o a minimizar conflictos emocionales.

Una puntuación baja como esta indica que la persona, no utiliza mecanismos de defensa sofisticados o conscientes para proteger su autoimagen. Es probable que exponga sus dificultades emocionales o su malestar sin grandes filtros o maquillajes sociales.

Forensemente, este resultado apoya la validez del perfil obtenido, confirmando que la evaluada no está suprimiendo información relevante ni negando la gravedad de su estado emocional. Esta sinceridad o desinhibición en las respuestas puede estar relacionada con la impulsividad y la baja capacidad de regulación emocional que se desprenden de su perfil clínico.

Escala ? (No Respuestas)

El número de ítems omitidos en el MMPI-2 es de 3, lo que se considera dentro del rango aceptable para garantizar la validez interpretativa del instrumento. Una baja tasa de omisión sugiere: Buena colaboración en la prueba, comprensión adecuada de los ítems y ausencia de confusión cognitiva significativa o de resistencia activa a la evaluación.

En términos forenses, esta consistencia en la respuesta refuerza la fiabilidad de las escalas clínicas y de contenido, permitiendo atribuir mayor confianza a los hallazgos psicométricos.

PCL-R

Factor 1: Interpersonal

En el primer dominio de la PCL-R, que evalúa los rasgos interpersonales, la evaluada muestra una puntuación moderada, indicando la presencia de características como manipulación, engaño y superficialidad afectiva, aunque no de forma extrema o constante.

Esta dimensión refleja la capacidad de algunas personas para usar el encanto superficial o la mentira como herramienta de control social, obteniendo beneficios o evitando consecuencias a través de la tergiversación de la realidad. En el caso de la evaluada, se identifican episodios donde utilizó su discurso o su historia personal para manipular percepciones ajenas, pero sin llegar a mostrar un patrón persistente de seducción o grandiosidad narcisista.

Desde un punto de vista forense, este tipo de perfil interpersonal sugiere que, aunque la persona puede recurrir a estrategias manipulativas en momentos clave, no se trata de una manipuladora sistemática o calculadora. Esto diferencia su perfil de la psicopatía fría instrumental clásico y lo acerca más a una adaptación desorganizada y caótica, con estrategias primitivas de control interpersonal.

Factor 2: Afectivo

En la dimensión afectiva, la evaluada presenta una puntuación elevada que refleja la presencia de insensibilidad emocional, falta de empatía genuina, afecto superficial y escaso remordimiento o culpa por los actos cometidos.

Esta área es crucial en el análisis forense, ya que se asocia con una incapacidad emocional profunda para experimentar y expresar sentimientos morales básicos como la compasión o el arrepentimiento. La evaluación de la persona sugiere que las acciones violentas que cometió no estuvieron acompañadas de una reflexión ética o de sufrimiento emocional significativo, incluso cuando las consecuencias fueron letales.

Asimismo, se observa una tendencia a racionalizar o justificar la violencia, minimizando la responsabilidad y externalizando la culpa hacia las víctimas o las circunstancias. Este patrón

es altamente relevante en la valoración de la peligrosidad social, pues indica un déficit empático severo que puede facilitar la repetición de conductas violentas.

Factor 3: Estilo de Vida

En el dominio del estilo de vida, la evaluada alcanza puntuaciones indicativas de un patrón de vida desestructurado, impulsivo, irresponsable y carente de metas o proyectos sostenibles. Este factor pone de manifiesto una tendencia a vivir de manera errática, con escasa planificación y frecuente involucramiento en conductas de riesgo.

Desde el punto de vista forense, este perfil sugiere una persona con baja tolerancia a la frustración, incapacidad para mantener compromisos personales o laborales estables y una preferencia por gratificaciones inmediatas, aun cuando estas impliquen transgresión de normas legales o éticas.

La presencia de parasitismo social, es decir, dependencia económica o material de terceros sin un esfuerzo propio sostenido, se hace evidente en la relación con su pareja, así como en el uso instrumental de los bienes obtenidos de las víctimas. Este estilo de vida impulsivo y desorganizado contribuye al riesgo criminógeno al favorecer la toma de decisiones precipitadas y agresivas.

Factor 4: Conducta Antisocial

En la dimensión de conducta antisocial, la evaluada presenta puntuaciones elevadas que reflejan una historia consistente de transgresión de normas sociales, delitos previos, comportamientos violentos y violaciones reiteradas de los límites legales.

Este factor es uno de los más predictores en la valoración de reincidencia y peligrosidad criminal. Se asocia a sujetos que desde temprana edad manifiestan comportamientos disruptivos, desafiantes y que desarrollan una carrera delictiva sostenida. En el caso de la evaluada, estos rasgos se evidencian en un historial de conductas violentas previas, consumo problemático, marginalidad y múltiples episodios delictivos que culminaron en los homicidios analizados.

Además, la ausencia de aprendizaje a partir de sanciones previas o de reflexión sobre el daño causado refuerza el perfil de riesgo elevado de reincidencia violenta, siendo este factor central para la toma de decisiones judiciales relacionadas con peligrosidad y medidas de seguridad.

WAIS-IV

Índice de Comprensión Verbal (ICV)

La evaluada obtuvo una puntuación de 80 en el Índice de Comprensión Verbal (ICV), situándose en el rango Bajo Promedio, con un percentil aproximado de 9. Este índice mide la capacidad para comprender, procesar y expresar conceptos verbales, así como para utilizar el razonamiento verbal en la resolución de problemas.

Desde una perspectiva forense, un resultado en este nivel sugiere que la evaluada puede presentar dificultades para entender conceptos abstractos, captar matices verbales complejos o expresar de forma elaborada sus pensamientos y emociones. Este déficit podría afectar negativamente su capacidad para comprender instrucciones judiciales complejas o participar eficazmente en su propia defensa. También puede incidir en la forma en que interpreta situaciones sociales y en la toma de decisiones basadas en la comunicación interpersonal.

Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP)

La puntuación obtenida en el Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP) fue de 85, ubicado en el rango Bajo Promedio, con un percentil de aproximadamente 16. Este índice evalúa la capacidad para analizar y resolver problemas nuevos mediante el razonamiento lógico, la percepción visual y la organización espacial.

En términos forenses, este nivel de funcionamiento sugiere que la evaluada posee una capacidad limitada para abordar problemas novedosos de forma eficiente y estructurada, lo que puede contribuir a respuestas desorganizadas o precipitadas ante situaciones de alta presión o ambigüedad. Estas limitaciones cognitivas pueden haber influido en su capacidad para

anticipar las consecuencias de sus actos o buscar alternativas no violentas en situaciones estresantes o conflictivas.

Índice de Memoria de Trabajo (IMT)

El Índice de Memoria de Trabajo (IMT) refleja una puntuación de 78, lo que se ubica en un rango Muy Bajo, con un percentil cercano al 7. Este índice mide la habilidad para mantener y manipular información en la mente durante períodos cortos, un componente crucial en la toma de decisiones y en la regulación del comportamiento.

Desde un punto de vista forense, esta puntuación revela dificultades significativas para sostener la atención, controlar impulsos y aplicar información pasada a situaciones presentes, lo que puede afectar la capacidad para planificar, inhibir respuestas impulsivas o considerar diferentes opciones conductuales. Este déficit puede haber favorecido la aparición de respuestas automáticas, defensivas o agresivas, sin un procesamiento reflexivo adecuado en momentos críticos.

Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP)

La evaluada obtiene una puntuación de 75 en el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP), lo que corresponde a un rango Muy Bajo, con un percentil de aproximadamente 5. Este índice evalúa la capacidad para realizar tareas cognitivas simples de forma rápida, precisa y sostenida.

Este resultado sugiere la existencia de lentitud significativa en la ejecución de tareas mentales sencillas, lo cual puede impactar negativamente en la eficiencia cognitiva global, en la capacidad para adaptarse a cambios rápidos o en la toma de decisiones en situaciones de alta presión. En el ámbito forense, este perfil puede explicar dificultades para responder de forma adecuada a entornos cambiantes o imprevisibles, favoreciendo reacciones precipitadas o desajustadas emocionalmente cuando la persona se siente sobrepasada.

Índice de Competencia Cognitiva (ICC) – Compuesto

El Índice de Competencia Cognitiva (ICC) se ubica en 45, un rango muy bajo (percentil <1). Este índice sintetiza la capacidad para procesar información de forma eficaz, sostener la atención y razonar de manera adaptativa.

Este nivel extremadamente bajo sugiere que la evaluada presenta una grave limitación en su capacidad para manejar información compleja, controlar impulsos y actuar de forma reflexiva. Desde un punto de vista forense, este resultado puede estar vinculado a reacciones automáticas, desbordamiento emocional y falta de control inhibitorio, todos ellos factores relevantes para la valoración de imputabilidad y control de los actos en el momento de los hechos.

Interpretación integrada

La evaluación integral sugiere que nos encontramos ante un perfil de alta vulnerabilidad psicosocial y psicológica, en el que confluyen, déficits cognitivos moderados que limitan la capacidad de inhibición conductual y toma de decisiones complejas. Disregulación emocional severa, con presencia de síntomas afectivos y paranoides que distorsionan la percepción de la realidad social e interpersonal. Rasgos de personalidad antisociales e insensibilidad emocional, que, si bien no alcanzan una psicopatía plena, sí contribuyen al desarrollo de conductas delictivas impulsivas y agresivas.

El análisis conjunto de estos factores indica que la conducta homicida de la evaluada no puede ser comprendida únicamente como un acto racional o premeditado, sino como el resultado de una interacción compleja entre trauma, deterioro emocional, percepciones distorsionadas de amenaza y un patrón de vida desestructurado.

Observaciones

Durante la evaluación pericial, la evaluada mostró un comportamiento inicialmente colaborativo, aunque con momentos de variabilidad emocional significativa. Su actitud general

fue de desconfianza moderada, con tendencia a justificar sus actos y a minimizar su responsabilidad en los hechos descritos.

Su lenguaje verbal fue coherente, pero en ocasiones desorganizado, especialmente al relatar episodios traumáticos o al ser confrontada con detalles concretos de los homicidios. Se observaron cambios súbitos en su tono de voz y expresión emocional, pasando de una narrativa aparentemente neutra o distante a momentos de agitación emocional, llanto o expresión de ira.

A nivel no verbal, la evaluada mostró, contacto ocular intermitente, con episodios de evasión visual cuando se le preguntó sobre las víctimas, movimientos corporales agitados en momentos de tensión emocional, reflejando probable ansiedad y postura corporal defensiva en los primeros momentos de la entrevista, con ligera relajación conforme avanzaba el vínculo con el evaluador.

A nivel emocional, se evidenció dificultad para conectar emocionalmente con el daño causado, manifestando en varios momentos un discurso centrado en su propio sufrimiento y en la percepción de haber actuado en defensa propia o bajo amenaza. Además de escasa capacidad de introspección profunda y tendencia a racionalizar los actos homicidas como reacciones justificadas ante agresiones reales o percibidas.

Estas observaciones comportamentales apoyan la presencia de un funcionamiento emocional desregulado, con respuestas afectivas inconsistentes y con probable interferencia de síntomas paranoides y traumáticos en su forma de percibir e interpretar las relaciones interpersonales.

Durante las entrevistas clínicas forenses, la evaluada proporcionó un relato de los hechos caracterizado por una narrativa centrada en su experiencia subjetiva de victimización y amenaza constante. Su discurso gira en torno a la idea de que las acciones violentas que ejecutó fueron reacciones de defensa ante situaciones que percibía como peligrosas o humillantes, mostrando un marcado sesgo en la interpretación de las intenciones de los demás.

La evaluada relató que los primeros actos homicidas fueron desencadenados tras experiencias previas de agresión sexual y violencia física durante encuentros con clientes en el contexto de la prostitución. Describió episodios de miedo extremo, pérdida de control emocional y sensación de amenaza a su integridad física y psicológica.

En el análisis de su narrativa se identificaron los siguientes aspectos relevantes:

El relato general mantiene un hilo narrativo comprensible, pero presenta lagunas de memoria, omisiones o imprecisiones en detalles específicos de los hechos, especialmente en relación con las víctimas que no mostraron conductas agresivas objetivas. En varias ocasiones se observaron contradicciones menores que podrían interpretarse tanto como signos de desorganización emocional o cognitiva como intentos de justificación ex post facto.

A lo largo del relato, la evaluada mostró una coherencia emocional parcial: cuando hablaba de sus experiencias de abuso infantil o violencia sexual, manifestaba emociones de dolor genuino, pero al narrar los homicidios, su discurso se tornaba frío o desconectado emocionalmente, alternando en ocasiones con expresiones de irritabilidad o angustia.

La falta de remordimiento auténtico o expresión emocional congruente con el daño causado es notable, lo que puede estar en consonancia con los hallazgos obtenidos en las pruebas psicométricas.

Se percibe una visión deshumanizada de las víctimas masculinas, a quienes describe frecuentemente en términos despectivos o amenazantes, incluso cuando no existen evidencias objetivas de agresión previa.

Se autopresenta como una persona que reaccionó por supervivencia o desesperación, minimizando o justificando las muertes como una forma de protegerse o castigar a individuos que representaban el mal en su narrativa personal.

El lenguaje utilizado fue en ocasiones vulgar, agresivo o con contenido hostil, especialmente al referirse a hombres o a figuras de autoridad.

El estilo narrativo evidenció tendencias paranoides y un pensamiento dicotómico (bueno-malo, víctima-agresor), sin matices intermedios, lo que refuerza la hipótesis de distorsión cognitiva significativa.

Conclusiones

A partir de la información recogida durante las entrevistas, los antecedentes personales y los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, se ha podido conocer de forma más profunda el funcionamiento psicológico de la señora Aileen Wuornos y cómo este pudo haber influido en los hechos que se investigan.

Los resultados muestran que la evaluada tiene dificultades importantes en su manera de pensar y razonar. Se observan problemas para concentrarse, para tomar decisiones de forma calmada y para controlar sus impulsos, especialmente en situaciones donde se siente amenazada o bajo presión. Estas limitaciones no significan que no comprenda la realidad o que no sepa que matar está mal, pero sí indican que en momentos críticos puede perder el control y actuar sin pensar en las consecuencias.

En cuanto a su manera de ver el mundo y de relacionarse con las personas, los resultados muestran que vive con una desconfianza extrema hacia los demás. A menudo interpreta las acciones de otras personas como si fueran un peligro para ella, incluso cuando no lo son. Además, sufre de inestabilidad emocional profunda, pasando de momentos de tristeza y desesperanza a episodios de rabia o angustia sin control. Esta combinación hace que su forma de reaccionar ante las situaciones sea muy impulsiva y, en algunos casos, violenta.

También se identificaron algunos rasgos de personalidad problemáticos, como la falta de empatía, la dificultad para sentir remordimiento o culpa por el daño causado, y una tendencia a justificar sus actos, aunque no se encontró un perfil típico de una persona fría y calculadora. Por el contrario, su historia muestra que ha sido víctima de abandono, abuso y violencia desde muy pequeña, lo que la llevó a desarrollar una personalidad marcada por la desconfianza, el miedo y la lucha constante por sobrevivir.

A lo largo de su vida, la evaluada ha estado expuesta a condiciones de extrema vulnerabilidad: pobreza, explotación sexual, soledad y falta de apoyo emocional. Esto la ha llevado a desarrollar una forma de actuar basada en la supervivencia constante, lo que puede explicar que en situaciones que percibía como amenazantes, incluso si no lo eran en realidad, respondiera con agresión o violencia.

Los resultados permiten concluir que, en el momento de los hechos, la señora Wuornos probablemente actuó bajo un estado emocional desbordado y con percepciones distorsionadas de amenaza, lo que afectó su capacidad para controlarse y actuar de manera razonable. Aunque no presenta una enfermedad mental grave que la haga completamente incapaz de entender sus actos, su historia personal, sus dificultades emocionales y su forma de pensar alterada jugaron un papel importante en lo ocurrido.

Finalmente, se considera que la señora Wuornos presenta un riesgo elevado de volver a mostrar conductas violentas si no se interviene adecuadamente en su salud emocional y en sus formas de relacionarse con los demás.

Fundamentación técnica

Las conclusiones de este informe se sostienen en hallazgos clínicos concretos y en teorías psicológicas ampliamente reconocidas que ayudan a entender cómo se forma y se expresa la conducta de una persona, especialmente cuando ha estado expuesta a situaciones traumáticas desde edades tempranas. En el caso de la señora Wuornos, los resultados de las pruebas psicológicas, su historia de vida y su manera de comportarse durante la evaluación permiten entender que sus actos violentos no surgieron de una maldad innata o frialdad emocional calculada, sino como una forma de reacción profundamente alterada frente a experiencias que percibía como amenazas.

Las pruebas aplicadas muestran altos niveles de sufrimiento emocional, desconfianza extrema y tendencia a interpretar situaciones de forma distorsionada. Este perfil es consistente con lo que la psicología llama trauma complejo (Herman, 1992), que aparece en personas que

han sido víctimas de abusos prolongados, negligencia o violencia continua. En estos casos, la persona desarrolla un sistema de alerta constante y puede responder de forma impulsiva o agresiva incluso cuando el peligro no es claro para los demás. Esta alteración no solo afecta las emociones, sino también la forma de pensar y la percepción del entorno.

La evaluación también muestra una grave dificultad para controlar impulsos, tomar decisiones de forma reflexiva y tolerar la frustración. Esto se relaciona con lo que Linehan (1993) denomina desregulación emocional, es decir, una incapacidad para manejar emociones intensas como el miedo, la ira o la desesperación. Estas personas, ante ciertas situaciones, pueden reaccionar de forma explosiva sin prever las consecuencias. La impulsividad observada en la evaluada se agrava por sus bajos niveles en funciones cognitivas básicas como la memoria de trabajo o la velocidad de procesamiento, medidos por la prueba WAIS-IV. Esto significa que, en momentos críticos, tenía menos recursos mentales para pensar con claridad o frenar una acción impulsiva.

Desde la teoría del modelo general del crimen (Agnew, 2005), también se puede entender cómo las personas expuestas a altos niveles de estrés social, sin apoyo emocional ni medios económicos, son más propensas a involucrarse en conductas violentas, especialmente cuando sienten que están siendo agredidas, ignoradas o traicionadas. La señora Wuornos no solo vivía en condiciones de extrema pobreza y aislamiento, sino que además tenía una historia marcada por la explotación y el abuso. Su visión del mundo, según se observó en las entrevistas era dicotómica: hombres agresores versus ella como víctima. Esta forma rígida de interpretar la realidad se alinea con lo que Beck (1999) describe como esquemas cognitivos disfuncionales, típicos de personas que han sufrido traumas severos.

No se observó en la evaluada un perfil compatible con una psicopatía instrumental, es decir, con una personalidad fría y manipuladora que actúa de manera planificada para obtener beneficios, tal como la describen Hare (1991) o Cleckley (1976). Por el contrario, sus acciones parecen más bien reactivas, cargadas de una fuerte emocionalidad, y motivadas por un deseo

de protegerse o sobrevivir. Esta diferencia es importante, porque indica que, aunque sus actos fueron graves, no necesariamente fueron racionales o maliciosos en el sentido penal más estricto.

En conjunto, los datos obtenidos permiten concluir que la señora Wuornos actuó desde una posición de vulnerabilidad psicológica severa, marcada por el miedo, la desesperación y una percepción del mundo como peligroso y hostil. Su historia de trauma, sus emociones intensas no reguladas y su deterioro cognitivo jugaron un papel central en los hechos que se analizan. Las teorías psicológicas que respaldan estas observaciones no eximen de responsabilidad, pero sí ayudan a comprender el porqué de sus actos, y por tanto, son esenciales para decidir de manera justa y proporcional dentro del proceso judicial.

Datos del perito

César Daniel Jiménez García

Licenciado en psicología

JG13004

21.2.2 Informe Forense 2.**INFORME PERICIAL PSICOLOGICO****Datos e información del perito:****Nombre:** Diana Carolina Peña Cruz**Número de Junta de Vigilancia:** PC19066**Correo:** [REDACTED] **Celular:** [REDACTED]**Calificación profesional en el área:** Psicóloga Practicante en Evaluación Pericial.**Número de identificación del informe:** 0013-2025**Fecha de emisión:** lunes 07 de julio de 2025.**Identificación del Caso:**

A solicitud de Licdo. Julio Cesar Ramírez Beltrán Juez Sexto de Instrucción, quien brinda respuesta oportuna a la petición realizada por el Licdo. Juan Carlos Lemus Ortega, abogado de la República, representante legal del Sr. Krystov Kozlov quien está en la referencia legal número 0013-2025 a efecto de realizar un peritaje psicológico al señor.

En necesario aclarar que la evaluación psicológica se realizó en las instalaciones del Departamento de Ciencias de la Conducta Forense, del Instituto de Medicina Legal en compañía del psicólogo forense, Licenciada Jeimmy Marcela De la O Vega.

Objetivo de la Pericia:

Identificar la presencia patología del delito cometido del presunto victimario Krystov Kozlov y determinar el riesgo en el que él pueda seguir cometiendo delitos.

Describir los hechos relacionados con el homicidio del señor Daniel Sadowski.

Descripción de los Hechos:

Según la información remitida por la Fiscalía General de la República, que él ciudadano Krystov Kozlov, de aproximadamente 38 años de edad, presunto autor intelectual del homicidio del señor Daniel Sawdoski de 43 años de edad.

Según la acusación formal que se le atribuye a Krystov Kozlov con la planificación y la ejecución de la víctima, el cuerpo sin vida fue encontrado atado de manos y pies, con signos de tortura y estrangulamiento, los hechos ocurridos del brutal asesinato coinciden en el relato de obra literaria publicada el pasado 31 de octubre de 2024 en donde lo plasma de forma detallada con lujo de barbarie el crimen.

Metodología:

Para el desarrollo de la presente evaluación psicológica forense se desarrollaron las siguientes técnicas, pruebas, y protocolos en sesiones de evaluación en el mes de junio en las instalaciones del Departamento de Ciencias de la Conducta Forense, del Instituto de Medicina Legal. Se hizo uso de las siguientes técnicas:

Entrevista no estructurada: Para explorar en base a preguntas abiertas lo cual da la pauta para que él evaluado se exprese libremente de una forma narrativa.

Anamnesis: explorar e identificar al evaluado mediante una serie de preguntas dirigidas, enfocadas en obtener una retrospectiva de, la presencia de antecedentes familiares o de salud y aspectos personales relevantes de la persona entre otros.

Observación: Para analizar al evaluado su manera de hablar, tono de voz, pausas, silencios, movimientos corporales y vista fija o desviada.

MMPI-2-RF Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2

Reestructurado: Para analizar aspectos de la personalidad y psicopatología del evaluado.

Examen del estado mental: Para establecer un adecuado examen del estado mental al evaluado, evaluar el estado emocional, pensamiento, lenguaje, percepción, memoria, orientación, conocimientos, abstracción, juicio y raciocinio.

Resultados y Hallazgos:

Entrevista no estructurada: El evaluado respondió de forma colaborativa, reconoce el hecho sucedió y su novela literaria lo cual no mostro remordimiento, tiende a manipular sus argumentos, no se evidencia alteraciones psicopáticas, muestra rasgos antisociales.

Anamnesis: El evaluado presenta antecedentes personales sobre rasgos antisociales, muestra frialdad emocional, pensamientos egocéntricos, usa experiencias sexuales como inspiración en su novela literaria.

Observación: El evaluado presenta un discurso coherente con alto nivel de manipulación, su conducta refleja rasgos narcisistas, ser frio y calculador, muestra un perfil antisocial.

MMPI-2-RF Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado: Dado a los resultados se infiere que el evaluado presenta rasgos antisociales, narcisistas y con un alto nivel de manipulación, muestra alto nivel de carencia de sentir remordimiento o empatía por los demás.

Evaluación examen del estado mental:

Estado Emocional: Él evaluado no mostro ningún remordimiento, carece de expresión emocional, muestra frialdad, manifiesta ausencia de empatía y culpa.

Pensamiento: Él evaluado muestra ser coherente y lógico, pero muestra pensamientos de manipulación, justifica conductas delictivas como arte como lo menciona en su obra literaria, no se observan delirios.

Lenguaje: Él evaluado reflejo un lenguaje fluido, nivel verbal elocuente. Utilizo el lenguaje como herramienta de tomar el control, tono irónico y con manipulación.

Percepción: Él evaluado no presenta alteraciones perceptivas como alucinaciones.

Memoria: Él evaluado omite relatar los hechos, utiliza la manipulación para evadir algunas preguntas que lo acusen. No refleja amnesia.

Orientación: Él evaluado refleja adecuada orientación en espacio, tiempo y persona, tiene conocimiento claro de sí mismo.

Conocimientos: Él evaluado reconoce sus actos y el impacto, mas no admite ninguna culpa, no muestra ninguna disposición al reconocer la responsabilidad emocional, muestra risa al escuchar fragmentos de su libro.

Abstracción: Él evaluado responde lo que desea responder, desvía temas que lo comprometan, muestra buena concentración cuando responde con argumentos precisos para manipular.

Juicio y Raciocinio: Él evaluado demostró análisis y explicación y consciencia intelectual del motivo de la evaluación, explicando todas las experiencias y vivencias, aunque desvía preguntas que lo puedan acusar, carece de remordimiento y culpa, pero omitiendo detalles, tiende a mentir para limpiar su imagen. Su raciocinio es lógico, disfruta de los placeres y evita cualquier cosa que pueda acusarlo.

Conclusiones:

En base a la entrevista, observación, evaluación del estado mental y pruebas psicológicas, el evaluado presenta:

Se aprecia la presencia de Trastorno de personalidad: Grupo B, Trastorno de la personalidad antisocial 301.1(F60,2). Se identifica que el evaluado cumple con los criterios diagnósticos, en donde se destaca el incumplimiento de las normas sociales, utiliza el engaño y la manipulación para obtener su propio beneficio, por lo que manifiesta ser impulsivo, muestra irritabilidad y ser una persona agresiva. A menudo muestra despreocupación por la seguridad de otros, muestra exageradamente falta de remordimiento, empatía y desprecio. Por otra parte, se evidencian rasgos de narcisistas y patrones psicopáticos presencia de manipulación, frialdad emocional, muestra alto nivel de ausencia de culpa, remordimiento y empatía.

Así mismo, con las evaluaciones puesta en práctica con el evaluado, se lograron identificar los hechos ocurridos, parte de los fragmentos los describe en su novela literaria, por lo que queda en evidencia que los hechos coinciden en forma brutal del hallazgo.

Fundamentación Técnica:

Según el DSM- 5, evaluación correspondiente al evaluado, según las características del trastorno de personalidad antisocial muestra un patrón de desprecio por las normas establecidas en la sociedad, la manipulación en la entrevista se evidencia la estrategia que utiliza para desviar preguntas y cambiar el foco de atención para mantener el control, falta de empatía ante la víctima se evidencia en los hechos lo describe en el fragmento de su novela literaria como “*necesario*” sin mostrar culpa ni remordimiento, por lo que también se evidencia que en las evaluaciones se justifica intelectualmente sus actos. No muestra impulsividad, su conducta es controlada, por lo que se evidencia que no responde por impulsos, muestra la incapacidad de planificar el futuro, las decisiones las toma sin reflexionar según el momento y sin pensar en las consecuencias sin premeditación y no tiene en cuenta las consecuencias de si mismo como para los demás. En el MMPI-2-RF los indicadores que se evidencian rasgos de narcisismo se reflejan en la minimización de los sucesos ocurridos.

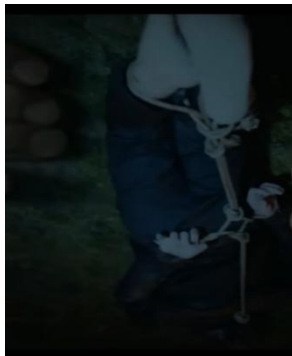
También muestra rasgos de egocentrismo, se evidencia en su imagen y la forma de como muestra su intelecto, en la entrevista el evaluado desvía preguntas relacionadas con la víctima y manifestando desprecio, se posiciona como una persona que comprende la narrativa de su novela literaria.

Documentación Anexa:

Evidencia fotográfica.

Autoría: Fiscalía General de la República.

Se evidencia que el cuerpo fue atado de manos y pies, con señales de estrangulamiento, las características coinciden con los fragmentos de su obra literaria.



Fragmento citado del manuscrito:

Autor. Extraído de la novela literaria de Krystov Kozlov.

“No fue solo un asesinato. Fue un experimento. Atarlo era necesario: cada nudo marcaba una frontera entre lo que era y lo que debía ser. Daniel Sadowski no era inocente ni culpable, era materia prima. Lo dejamos desnudo de secretos, lo obligamos a mirarse en un espejo que él nunca pidió. La habitación estaba fría; el miedo es más puro cuando tiembla. Lo escuché suplicar, pero la súplica también es una mentira cuando se teme morir. La verdad surgió cuando el silencio llegó. El agua se llevó su voz y devolvió la mía.

Nadie entendió entonces que su muerte era el primer capítulo de algo más grande: la historia donde el arte vence a la mentira, donde el escritor y su obra son uno solo. Los cobardes dicen que maté a un hombre. No. Creé un símbolo. Sadowski sigue flotando en cada página que tocan.”

Datos del Perito:

Diana Carolina Peña Cruz
PC19066
Psicóloga



San Salvador, 07 de julio de 2025

Psicóloga.

21.2.3 Informe Forense 3.

INFORME PERICIAL FORENSE

1. Identificación del perito y del informe

Nombre del perito: Silvana Rebeca Escalante Rivas

Identificación profesional: 0382025

Especialidad: Psicología Clínica – Área Forense

Informe N.º: IPF-2025/092

Fecha de emisión: 3 de julio de 2025

2. Identificación del caso

Número de expediente: FGR-2025-0871

Autoridad requirente: Fiscalía General de la República

Persona evaluada: Janiyah Wilkinson, mujer adulta, madre soltera, desempleada al momento de los hechos.

Ha sido remitida para evaluación psicológica forense en calidad de imputada, acusada por su presunta participación en dos incidentes: uno ocurrido en una entidad bancaria de San Salvador, donde portaba un arma de fuego, retuvo a varias personas y solicitó el cobro urgente de un cheque; y otro hecho violento en su lugar de trabajo, momentos antes, donde resultaron fallecidos un presunto asaltante y el gerente del establecimiento.

Según reportes testimoniales y audiovisuales, la evaluada mostró episodios comportamentales erráticos, desorganizados y signos de alteración emocional severa. El entorno que rodeaba a la Sra. Wilkinson estaba marcado por una acumulación significativa de factores estresantes: desalojo forzoso de su vivienda, despido laboral, dificultades económicas, y el fallecimiento reciente de su hija, el cual, presuntamente, no había sido procesado conscientemente al momento de los hechos.

3. Objetivo de la pericia

Evaluar el estado psicológico de la Sra. Janiyah Wilkinson al momento de los hechos ocurridos el día 04 de mayo del 2025, con el fin de determinar si contaba con capacidad de comprender y dirigir su conducta, y si es penalmente imputable. Asimismo, identificar posibles alteraciones psicológicas que influyeran en su comportamiento.

4. Descripción de los hechos

Según expediente fiscal, grabaciones de cámaras y declaraciones policiales, la Sra. Janiyah Wilkinson se vio involucrada en dos hechos relevantes para el presente análisis pericial, ocurridos el mismo día en distintos puntos.

El primer evento tuvo lugar en el establecimiento donde la evaluada trabajaba hasta poco antes de los hechos. De acuerdo con material audiovisual y el reporte de un oficial, Janiyah disparó con un arma de fuego en dos ocasiones: primero contra un hombre que previamente había ingresado armado al local y, posteriormente, contra el gerente del establecimiento. El suceso fue registrado por las cámaras internas del lugar. Un oficial notificó que el gerente logró realizar una llamada antes de fallecer, en la que expresó que la evaluada habría organizado el asalto y luego le disparó. Asimismo, se entrevistó a un testigo que afirmó haber visto entrar a Janiyah al establecimiento, escuchar los disparos y salir corriendo del lugar. Este testigo refirió que conoce a la evaluada y la describió como una buena madre y una persona incapaz de cometer actos violentos.

El segundo evento se desarrolló en una sucursal bancaria, a donde la evaluada acudió con el objetivo de cobrar un cheque. Al no portar identificación y ser rechazada la transacción, sacó un arma de fuego, generando pánico entre los presentes. Algunos usuarios del banco lograron salir, mientras que otros permanecieron dentro del establecimiento. En las grabaciones se aprecia que la evaluada no impidió la salida de rehenes, permitió y facilitó que todos se sentaran y expresó en repetidas ocasiones que no quería hacer daño a nadie, que su intención no era robar el banco y que no entendía porque todos estaban asustados.

Durante la retención, la evaluada fue grabada por medio del teléfono de una rehén y se observó que realizó múltiples declaraciones de contenido emocional, entre ellas, referencias constantes a su hija enferma, al desalojo reciente de su vivienda, a la falta de ingresos y a la escasez de apoyos. También se sabe por testigos que mantuvo la creencia de que su hija seguía con vida, hasta que, recibió una llamada telefónica de su madre, haciéndole recordar que su hija había fallecido la noche anterior. Este hecho fue desconocido o negado por la evaluada hasta que se le comunicó.

La evaluada también manifestó resistencia y temor de salir del establecimiento, alegando haber sido previamente amenazada y agredida por un oficial presente en el perímetro, solicitando su retiro antes de entregarse. La policía activó los protocolos de contención y negociación correspondientes.

Tras varias horas de negociación, y una vez retirado el oficial señalado, la evaluada depuso el arma de manera voluntaria y fue detenida sin ejercer violencia.

5. Metodología y criterios empleados

La evaluación psicológica forense se llevó a cabo mediante entrevista clínica semiestructurada, observación directa, revisión del expediente judicial y del material audiovisual relacionado con el caso, así como la aplicación del Examen del Estado Mental, con base en los criterios diagnósticos del DSM-5.

Además, se aplicaron los siguientes instrumentos complementarios:

MMPI-2-RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) Evalúa patrones de personalidad, presencia de síntomas psicopatológicos (como ansiedad, depresión o pensamiento psicótico), y proporciona escalas de validez que permiten identificar intentos de simulación o distorsión en las respuestas. Es útil para obtener un perfil clínico amplio del funcionamiento emocional y conductual del evaluado.

SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology): Permite detectar posibles indicadores de simulación de síntomas psicológicos o neuropsicológicos mediante

ítems diseñados para identificar respuestas atípicas. Se emplea como medida complementaria para valorar la credibilidad de los síntomas reportados.

La valoración se orientó a determinar si la evaluada presentaba alteraciones psicológicas al momento de los hechos, así como su capacidad para comprender la ilicitud de sus actos y dirigir su conducta en el momento en que estos ocurrieron.

6. Resultados y hallazgos

Durante la evaluación psicológica se identificaron los siguientes elementos relevantes:

La evaluada presenta alteraciones graves del estado mental compatibles con un Trastorno psicótico breve con estrés notable (298.8 / F23). Este diagnóstico se justifica por la aparición súbita de síntomas psicóticos como ideas delirantes transitorias, alucinaciones visuales y auditivas (interacción con su hija fallecida), conducta desorganizada, despersonalización y pérdida de la noción temporal, en un contexto de estrés extremo (desalojo, duelo reciente, desempleo), sin antecedentes psiquiátricos ni consumo de sustancias, y con recuperación posterior del juicio de realidad.

Su comportamiento durante los hechos fue caótico y emocionalmente desbordado, sin indicios de planificación delictiva ni motivación criminal clara, sino impulsado por una percepción distorsionada de urgencia y necesidad.

En el Examen del Estado Mental se observó llanto constante, lenguaje coherente pero intensamente emocional, y afecto congruente con el relato. Se evidenciaron confusión y pensamientos desorganizados.

Las pruebas MMPI-2-RF y SIMS reflejan afectación emocional severa, con elevaciones en escalas de ansiedad, desesperanza y estrés crónico. No se identificaron indicadores consistentes con simulación.

No se registran antecedentes de conductas violentas ni trastornos mentales previos. Testimonios coinciden en describirla como colaboradora, empática y dedicada a su hija.

7. Conclusiones

Al momento de los hechos, la evaluada presentaba un estado de alteración mental significativo, lo que comprometía su capacidad para comprender la ilicitud de sus actos y para dirigir su conducta de manera voluntaria y consciente.

Su comportamiento fue resultado de una descompensación psicológica aguda, enmarcada en un contexto de estrés extremo, pérdida reciente y duelo no procesado.

No se identifican signos de planificación criminal ni motivaciones instrumentales claras; sus acciones parecen haber estado guiadas por una percepción distorsionada de urgencia, desesperación y necesidad.

Se evidencian síntomas compatibles con un Trastorno psicótico breve con estrés notable (298.8 / F23), lo cual afecta su responsabilidad penal desde una perspectiva psicológica.

Recomendación: Se sugiere valorar su responsabilidad penal conforme a los criterios legales vigentes, considerando la alteración mental transitoria al momento de los hechos. Asimismo, se recomienda que reciba atención psicológica y psiquiátrica especializada con carácter inmediato.

8. Fundamentación técnica

Las conclusiones se basan en los criterios del DSM-5, que reconocen el Trastorno psicótico breve con estrés notable (F23) como una reacción aguda ante eventos traumáticos, capaz de alterar la percepción de la realidad, el juicio y el control de la conducta.

Los instrumentos aplicados, entrevista clínica, Examen del Estado Mental, MMPI-2-RF y SIMS, muestran síntomas psicóticos claros, sin señales de simulación. Desde la psicología forense, estos hallazgos indican que, en el momento de los hechos, la evaluada tenía una alteración mental significativa que pudo afectarle para entender que lo que hacía era incorrecto y para actuar de forma consciente y controlada

Firma: _____



Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRACTICANTE

San Salvador, 3 de julio de 2025

21.3 Informes Psicopedagógicos

21.3.1 Informe Psicopedagógico 1.

INFORME PSICOLOGICO

Datos generales

Nombre: [REDACTED]

Sexo: Masculino

Edad: 8 años

Fecha de nacimiento: [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

Nombre de la madre: [REDACTED]

DUI: [REDACTED]

Teléfono encargada (Madre): [REDACTED]

Motivo de consulta

“En la escuela molesta mucho, se levanta, interrumpe y no hace caso. En la casa él no es así, no se porque allá es así”

Pruebas aplicadas

CUMANES: Evalúa el desarrollo neuropsicológico de niños. Evalúa atención, lenguaje, memoria, control motor, lateralidad, percepción, funciones ejecutivas iniciales. Detecta retrasos en maduración, dificultades en funciones básicas, guía para intervención precoz.

Factor g escala 1: Evalúa la inteligencia fluida no verbal en niños. Evalúa razonamiento lógico, resolución de problemas, patrones visuales, pensamiento abstracto, se usa para medir capacidad intelectual sin influencia cultural o escolar. Útil en casos de sospecha de sobredotación o problemas de aprendizaje.

Test del dibujo familiar: Explora aspectos emocionales, vinculares y relacionales del niño con su entorno familiar. Evalúa a través del dibujo, se observan posibles conflictos, temores, identificación con figuras parentales, sentimientos de seguridad/inseguridad.

Interpretación de resultados

Después de conversar con la familia y aplicar algunas pruebas a ■■■■, se puede decir que su desarrollo general está bien. Es un niño que ha crecido dentro de lo esperado para su edad y que ha aprendido lo necesario en las distintas etapas de su infancia.

En la prueba llamada CUMANES, que sirve para revisar cómo ha sido el desarrollo de un niño en aspectos como la atención, el lenguaje, la memoria y la coordinación del cuerpo, los resultados muestran que ■■■■ ha avanzado con normalidad. No hay señales de que haya tenido retrasos importantes o dificultades en su crecimiento mental o físico. Se nota que ha logrado los aprendizajes básicos, y que puede concentrarse y comunicarse bien, sobre todo en ambientes donde se siente cómodo.

En la prueba de inteligencia no verbal, conocida como Factor G de Cattell (Escala 1), ■■■■ obtuvo un puntaje de 38 sobre 46, lo que lo ubica en el percentil 75. Esto significa que su rendimiento está por encima del promedio para su edad. En esta prueba se le pidió que resolviera ejercicios usando la lógica y observando patrones visuales. No necesitaba leer ni escribir, solo usar su razonamiento. ■■■■ entendió las instrucciones fácilmente, se mantuvo atento durante la actividad y resolvió los problemas sin mayores dificultades. Su resultado muestra que tiene una buena capacidad para pensar, razonar y resolver problemas, incluso sin ayuda directa ni explicaciones largas.

También se le pidió a ■■■■ que hiciera un dibujo de su familia. En ese dibujo se representó a sí mismo en el centro, muy cerca de su abuelo, quien aparece como la figura más grande y detallada. Esto da a entender que ■■■■ siente al abuelo como una persona muy importante y cercana para él. La madre y la abuela también aparecen en el dibujo, pero con menos detalles y colocadas en los costados, lo que podría reflejar que también las quiere y las reconoce como parte de su familia, aunque no ocupan un lugar tan central en su mundo emocional.

Todas las personas en el dibujo están con caras alegres y los colores que usó son vivos y agradables. El dibujo está bien hecho para su edad, con orden, cuidado y sin señales que hagan pensar en preocupaciones fuertes o conflictos internos. En general, el dibujo muestra que ■■■■ siente que su familia es un espacio seguro, afectuoso y positivo para él.

En resumen, los resultados de todas las pruebas muestran que ■■■■ es un niño con buenas capacidades mentales, que ha tenido un desarrollo sano y que vive en un entorno familiar donde se siente querido y cuidado, especialmente por su abuelo.

Conclusiones

Dificultades para adaptarse al ambiente escolar, relacionadas con un estilo de crianza permisivo y una necesidad alta de atención cuando está en grupo.

■■■■ es un niño que se ha desarrollado bien y acorde a su edad. Tiene buenas habilidades para aprender, piensa con claridad, y se nota que ha crecido en una familia que lo cuida y lo aprecia. Sus capacidades están por encima del promedio y en general es un niño curioso, expresivo y con una buena base emocional.

Lo que se ha observado es que su comportamiento cambia según el lugar donde esté. En su casa y en las clases particulares se comporta con calma, colabora y se concentra. Pero en la escuela, cuando está con más niños, se muestra inquieto: se levanta seguido, interrumpe al hablar y hace bromas para llamar la atención. Aunque esto puede parecer preocupante, no se trata de un problema grave ni de una enfermedad. Tampoco es un trastorno del desarrollo ni algo que necesite medicación.

Este tipo de conducta normalmente tiene que ver con cómo ha sido criado y cómo se relaciona con los adultos que lo rodean. ■■■■ tiene una relación muy cercana con su abuelo, quien lo consiente mucho y suele evitar que lo corrijan. Aunque esto viene desde el cariño, puede haber hecho que a ■■■■ le cueste un poco más aceptar límites o entender cuándo una conducta no es apropiada, sobre todo fuera de casa.

También se nota que ■■■■ necesita sentirse visto y valorado. Cuando no tiene atención directa, como sucede en un aula con muchos niños, busca destacarse de otras maneras, por ejemplo haciendo chistes o interrumpiendo. Eso le da un rol dentro del grupo, aunque no siempre sea positivo.

Por todo esto, lo que está pasando es un desajuste entre lo que ■■■■ necesita y lo que el ambiente escolar exige de él.

Recomendaciones

-Ámbito familiar

Establecer normas claras y coherentes

Es fundamental que en el hogar se definan reglas simples, concretas y que se mantengan en el tiempo. No se trata de imponer castigos estrictos, sino de establecer límites comprensibles y firmes, que ayuden a ■■■■ a saber qué se espera de él. Las normas deben ser explicadas con calma y aplicadas sin ambigüedades. Por ejemplo: “Cuando estés en la mesa, no se permite levantarse hasta que todos terminen” o “Si se interrumpe cuando otro habla, se espera el turno para hablar después”.

Unificar criterios entre los adultos

Para que las normas funcionen, es necesario que todos los adultos que participan en su crianza y cuidado se pongan de acuerdo y actúen de forma coherente. Si uno corrige y otro lo excusa, el mensaje se pierde y el niño aprende que puede evitar las consecuencias. Se sugiere conversar previamente entre adultos sobre cómo actuar ante conductas inadecuadas, para que haya un mismo criterio al momento de intervenir. Para esto puede incluso elaborarse un reglamento que todos puedan consultar con el fin de estar unidos en la manera de proceder. Aclarar de igual manera a la familia que la corrección no es una forma de rechazo, sino una herramienta educativa. Si ante una conducta inapropiada el niño es defendido o se le resta importancia a lo sucedido (“es solo un niño”, “está jugando”), se refuerza la idea de que no

necesita asumir las consecuencias de sus acciones. Es importante acompañarlo con afecto, pero sin anular los límites.

Entrenar la expresión emocional

En situaciones donde se frustra o se desorganiza, se recomienda guiarlo para que exprese lo que siente con palabras. Por ejemplo, se puede decir: “Veo que estás molesto porque querías seguir jugando” o “Parece que te sentiste ignorado cuando no te respondieron”. Este tipo de acompañamiento emocional favorece que el niño identifique sus emociones y encuentre formas más apropiadas de expresarlas, lo cual es de suma importancia para que el aprenda a autorregularse.

-Ámbito escolar

Asignación de roles dentro del aula

Dado que ■■■■ tiene una fuerte necesidad de sentirse importante y de participar activamente, se recomienda integrarlo en actividades con roles definidos que le den un lugar positivo dentro del grupo. Puede cumplir tareas como ayudar a repartir materiales, liderar pequeños grupos de trabajo o ser responsable de una consigna. Estos espacios pueden canalizar su energía y su deseo de protagonismo de forma constructiva.

Normas estables y consecuencias predecibles

Las reglas del aula deben estar claras desde el inicio, ser conocidas por todos y aplicarse de forma constante. Ante una conducta inadecuada, como interrumpir o hacer comentarios fuera de lugar, se debe intervenir de forma directa, breve y sin enojo, aplicando consecuencias previamente acordadas. Por ejemplo: una pausa breve, pérdida de un privilegio o cambio de lugar. Lo importante es que la respuesta del adulto sea firme, pero sin humillación ni reacción emocional intensa.

Refuerzo inmediato de conductas adecuadas

Las conductas positivas de ■■■■ deben ser reforzadas en el momento en que ocurren. Un simple reconocimiento verbal (“Me gustó cómo esperaste tu turno”, “Gracias por seguir la

instrucción sin interrumpir”) puede ayudar a fortalecer la idea de que también puede recibir atención y valoración cuando actúa correctamente. Este tipo de refuerzo, si es constante, puede cambiar la forma en que busca atención dentro del grupo.

Evitar reforzar el rol de “gracioso del grupo”

Cuando las bromas o interrupciones reciben risas, atención o incluso comentarios del adulto en tono burlón (“Otra vez tú”, “Siempre con tus ocurrencias”), se refuerza el rol que el niño adopta. En cambio, es preferible mantener la neutralidad ante las conductas inapropiadas y redirigir su conducta hacia tareas claras, sin alimentar su protagonismo en esos momentos.

Intervenciones breves e individualizadas

Cuando sea posible, tener momentos de retroalimentación individual con ■■■■ puede ser muy útil. Breves conversaciones donde se le explique qué se espera de él, se le dé espacio para hablar y se refuercen sus logros, permiten construir una relación más sólida con los docentes, basada en respeto y expectativas claras.



Anexos**CONTRATO TERAPÉUTICO**

Yo, [REDACTED], como encarga de [REDACTED] acepto voluntariamente que inicie un proceso terapéutico, comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación:

1. Dado que asistimos voluntariamente a psicoterapia, me comprometo a llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por el terapeuta.
2. Me comprometo a asistir junto con mi hijo de manera puntual a las sesiones terapéuticas; si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente al terapeuta.
3. Tengo derecho a solicitar información sobre el proceso terapéutico.
4. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, acepto que perderé el derecho de mi horario de atención y tendré que solicitar una nueva cita.
5. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
6. El presente contrato estará vigente hasta que el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Por mi parte, como terapeuta, me comprometo a brindar un espacio seguro, confidencial y libre de juicios, donde se trabajara con profesionalismo, respeto y ética para apoyar el proceso terapéutico.

[REDACTED]
CESAR DANIEL JIMENEZ GARCIA

Firma del terapeuta

[REDACTED]
[REDACTED]
Firma de la encargada

21.3.2 Informe Psicopedagógico 2.

INFORME PSICOPEDAGOGICO

DATOS GENERALES	
Nombre Completo	[REDACTED]
Sexo	[REDACTED]
Edad	[REDACTED]
Fecha de nacimiento	21 de diciembre del 2016
Nivel académico actual	2°
Institución educativa actual	Complejo Buena Vista
Responsable	[REDACTED]
Fecha de evaluación	22/07/25
Fecha de informe	30/07/25

MOTIVO DE CONSULTA

Andrea asistió en compañía de su madre, lo cual solicita evaluación por dificultades en la lectura y escritura. La madre expreso que la maestra le informo que Andrea “no quiere leer” y su rendimiento académico es deficiente.

PRUEBAS APLICADAS

Anamnesis es una recopilación detallada de información sobre la historia médica y de desarrollo de un niño, incluyendo aspectos personales, familiares, sociales y emocionales.

Juegos lúdicos para establecer una relación terapéutica, reducir la ansiedad,

facilitar la expresión de emociones y conflictos, y promover la exploración de patrones de comportamiento y pensamiento.

CUMANES cuestionario de Madurez Neuropsicológica para Escolares, J. A.

Portellano, R. Mateos y R. Martínez Arias, evalúa el desarrollo neuropsicológico en niños de 7 a 11 años. Se centra en evaluar funciones mentales clave que influyen en el aprendizaje y la conducta, como el lenguaje, la visopercepción, las funciones ejecutivas, la memoria, el ritmo y la lateralidad. Está compuesto por 12 subescalas agrupadas en 6 áreas (Lenguaje, Visopercepción, Funcionamiento ejecutivo, Memoria, Lateralidad y Ritmo) que permiten obtener un perfil con los puntos fuertes y débiles en el desarrollo de cada niño. Además, también ofrece una puntuación global que resume el nivel de madurez neuropsicológica del menor es decir el (índice de Desarrollo neuropsicológico) del mismo.

Test de Matrices Progresivas Raven Escala Coloreada, J. C. Raven, J. H.

Court y J. Raven, 1993. Evalúa la inteligencia general, específicamente la capacidad de razonamiento abstracto y la percepción de relaciones en niños de 4 a 11 años, y en adultos con necesidades especiales

Test del dibujo de la familia de Louis Corman, percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en este sistema. Además, permite investigar sobre aspectos de la comunicación del pequeño con otros miembros de la familia y de los miembros restantes entre sí.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Andrea se presenta a la evaluación con su madre, con el objetivo de realizar una evaluación psicopedagógica, para explorar las dificultades que presenta en el proceso de la lectoescritura, y así poder identificar los posibles factores que interfieren en su

aprendizaje. Se realizó una exploración en la historia clínica, la madre expresa que fue un embarazo no deseado, menciona que asistió con él padre de la niña a una clínica privada para practicarse un aborto por no tener la seguridad si él era el padre biológico de Andrea. Menciona asistió a sus controles prenatales, el parto fue a término en hospital vía cesarí, el estado de salud de Andrea tiende a ser estable.

Así mismo se exploró la familia, Andrea proviene de un hogar disfuncional de padres separados, actualmente reside con su madre, su hermano mayor y abuela materna. La relación con su padre es distante, actualmente él padre se encuentra demandado por manutención en el Ministerio Público Procuraduría General de la República por irresponsabilidad económica, Andrea expresa que su padre no le da atención por pasar con la actual pareja por lo que suele ser distante, indiferente y celosa, pero en las ocasiones (los domingos) que departe con él es mimada por su padre.

La relación con su madre, es una niña emotiva, celosa, afectuosa, reclama atención y suele ser rebelde. La madre ejerce disciplina cuando es debido utilizando un cincho, expresa que ejerce presión en la lectura, Andrea ha mostrado en ocasiones llanto y preocupación también somatizaba con náuseas, vómito y problemas estomacales situaciones que presenta por no poder realizar las tareas o para realizar exámenes, Andrea menciona que cuando le sucede piensa en el castigo que puede recibir por salir mal en los exámenes o por no poder leer, estos síntomas podrían estar relacionados con la presión de la madre ya que muchas veces le gritaba, expresa no tener paciencia para explicarle a Andrea, la niña teme que pueda ser castigada con el cincho por no saber leer y realizar los dictados.

La relación con hermano mayor es afectuosa, emotiva, celosa, reclama su atención y en ocasiones es agresiva, pero expresa que su hermano tiene paciencia

para explicarle las tareas. La relación con su abuela materna es afectuosa, la madre menciona que en una ocasión la abuela materna le comentó a Andrea que su madre quería abortarla, pero la madre le ha explicado y pedido perdón por esa situación.

■ es acompañada por su madre a la evaluación, su vestimenta es limpia y ordenada y muy acorde a su edad. Durante la aplicación, se observó que Andrea mantuvo una actitud intranquila. Posteriormente se evaluaron las competencias de Andrea, se aplicaron las siguientes pruebas:

En cuanto a los resultados de Andrea en el cuestionario de Madurez Neuropsicológica para Escolares (CUMANES) fueron de 74 lo cual nos indica que está dentro de una clasificación global bajo en su nivel de madurez neuropsicológica para su edad. Descripción de los resultados por áreas:

Comprensión audiovisual (CA): Hace referencia a cuando Andrea recibe al mismo tiempo información auditiva y visual que debe decodificar e interpretar. En esta área la evaluada obtiene un decatipo de 4, lo cual nos indica que su rendimiento es término medio bajo.

Comprensión de imágenes (CIM): Hace referencia a la capacidad de interpretación verbal del significado verbal de las imágenes. Aquí Andrea obtuvo un decatipo de 2 lo cual nos indica un rendimiento término bajo.

Fluidez Fonológica (FF): Hace referencia a la habilidad subyacente a tareas de decodificación y codificación, específicamente vinculadas a la letra inicial. En esa área Andrea obtuvo decatipo de 4 lo que indica un rendimiento término medio bajo.

Fluidez Semántica (FS): La fluidez semántica está más implicada en tareas que exigen de un procesamiento semántico, como los requeridos en la comprensión y en la escritura narrativa. Andrea obtuvo un decatipo de 4 lo que indica un rendimiento término medio bajo en esta área.

Leximetría, comprensión lectora (LX-c): La comprensión lectora es la aptitud para alcanzar un entendimiento de las cosas, elaborar un significado al aprender las ideas relevantes de un texto. Andrea en esta área obtuvo un decatipo de 5, lo que indica un rendimiento término medio.

Leximetría, Velocidad lectora (LX-v): Se refiere al número de palabras que Andrea puede leer correctamente, indica leer con precisión, a buen ritmo y con la expresión y entonación adecuada. En esta área el evaluado obtuvo un decatipo de 1, lo que indica un rendimiento término muy bajo.

Escritura audiognóstica (EA): Hace referencia al nivel de adquisición de la escritura mediante el dictado de palabras y frases de dificultad creciente. Andrea obtuvo un decatipo de 1, lo que indica un rendimiento término muy bajo.

Visopercepción (VP): Hace referencia a la capacidad de reconocer, identificar y discriminar estímulos exteriores que nos impacta, además esta capacidad nos permite entender, interpretar y asociar estos estímulos con otros elementos que ya conocíamos previamente. En esta área Andrea obtuvo un decatipo de 6, lo que nos indica un rendimiento término medio.

Función ejecutiva, Tiempo (FE-t): Se trata de la capacidad que nos permitirá estimar cuanto tiempo tiene uno para realizar ciertas tareas, también nos permitirá tener una buena gestión como dividir el tiempo y asignarlo a cada situación. En esta área Andrea obtuvo un decatipo de 1, lo que nos indica que está en un nivel muy bajo.

Función ejecutiva, error (FE-e): En esta dimensión Andrea obtuvo un decatipo de 4, lo que indica que tiene un rendimiento término medio bajo.

Memoria verbal (MVE): Hace posible que el ser humano reflexione, pueda auto dirigir su conducta, formarse preguntas y resolver problemas. En este aspecto, Andrea tuvo un decatipo de 3 que indica un rendimiento termino bajo.

Memoria visual (MVI): Capacidad para entender y recordar el mundo de forma visual y nada mejor que sacarle partida para ser más eficientes. En esta área Andrea, obtuvo un decatipo de 4, lo que nos indica un rendimiento término medio bajo.

Ritmo (RI): Andrea obtuvo un decatipo de 3 lo que indica un rendimiento término bajo.

Test de Matrices Progresivas Raven Escala Coloreada, Andrea obtuvo un puntaje de 19 correspondiente a un percentil 25 rango IV, esto indica que su nivel de inteligencia general corresponde a una capacidad intelectual inferior al término medio, se sitúa ligeramente por debajo del promedio esperado para su edad, con posibles limitaciones en el procesamiento de información abstracta, especialmente en situaciones nuevas o no estructuradas. Durante la aplicación, se observó que Andrea mantuvo una actitud interesada, intranquila, su forma de respuesta fue reflexiva pero lenta, lo que sugiere que intentó resolver los ítems con cuidado, aunque con posibles dificultades de atención o motivación.

Test de la familia. El tamaño del cuerpo del dibujo destaco más a su mamá en comparación con el papá siendo la primera en dibujar esto indica que piensa en ella y le presta mayor atención. Andrea se identifica con un dibujo de sí misma, lo que significa que reconoce su lugar en la familia, el trazo empleado por Andrea fue un trazo fuerte lo que indica pasiones poderosas, audacia, violencia. Andrea repite el mismo patrón de sus dibujos o que indica que ha perdido su espontaneidad y que vive apegada a las reglas. El dibujo de Andrea indica trazos cortos pueden indicar inhibición de expansión vital y una fuerte tendencia a replegarse. Andrea ubica su dibujo en el sector izquierdo puede representar su pasado y puede ser elegido por sujetos con tendencias regresivas. El dibujo de Andrea presenta borraduras, lo que indica indicadores de ansiedad y conflictos emocionales.

Andrea respondió lo siguiente:

¿Dónde están? En la playa

¿Qué hacen allí? Están de paseo, mi papá le da flores a mi mamá y le da un beso en la mejilla.

Y ¿Quiénes son? Y ¿Qué hacen? Mi mamá, mi papá, mi hermano y yo.

¿Y tú en esta familia a quién prefieres? A mi mamá

¿Cuántos años tiene? Mi mamá 18 años, mi papá no sé, mi hermano 2 años y yo tengo 1 año.

¿Cuál es el más bueno de todos? Mi mamá.

¿Cuál es el menos bueno de todos? Mi papá, porque no me pone atención por estar con la nueva mujer, cuando le hable por teléfono no me puso atención a lo que decía y mejor la pase el teléfono a Jeffery.

¿Cuál es el más feliz? Mi mamá

¿Cuál es el menos feliz? Yo, porque no veo a mi papá

¿Quién se portó mal? Jefferson

¿Por qué? Se portó mal y le van a pegar con el cincho.

CONCLUSIONES

Los resultados en cuanto a, infieren que Andrea presenta dificultades en las funciones cognitivas básicas como la atención, memoria verbal y visual, ritmo, comprensión auditiva, y procesamiento lingüístico, todas ellas cruciales para el desarrollo adecuado de habilidades lectoras y escriturales, las dificultades que presenta Andrea están relacionadas con un retraso en la maduración neuropsicológica que afecta su desempeño académico, en especial en el área de lectoescritura. Andrea presenta llanto a la frustración al no ser capaz de poder realizar las actividades

asignadas, como aquellas que involucren dictado o lectura.

Dado a los resultados obtenidos en la prueba de inteligencia se infiere que Andrea podría presentar dificultades en el razonamiento lógico, la identificación de patrones y la resolución de problemas abstractos, especialmente en contextos nuevos o sin apoyo verbal. Los resultados no indican una discapacidad intelectual, pero sí un rendimiento por debajo del promedio, lo que puede incidir negativamente en su desempeño académico, sobre todo en áreas que requieren organización, análisis visual, atención sostenida y flexibilidad cognitiva

El test de la familia indica que Andrea experimenta un vínculo afectivo sólido con su madre, pero también evidencia una emocionalidad intensa y ciertos indicios de ansiedad, rigidez, evitación de contacto y expresión emocional. Estas características podrían estar influyendo tanto en su desarrollo emocional como en su rendimiento escolar.

RECOMENDACIONES

Organizar horarios fijos para tareas, juegos, descanso y alimentación. Esto le dará seguridad y estructura a Andrea.

Realizar actividades que estimulen el pensamiento lógico como:

Jugar con rompecabezas, bloques, juegos de memoria.

Clasificar objetos por color, forma o tamaño.

Fomentar la lectura diaria, leer historias cortas, hacerle preguntas sobre lo leído y pedirle que invente finales diferentes.

Jugar con rimas, adivinanzas y trabalenguas para mejorar la conciencia fonológica.

Usar letras móviles, imanes o apps educativas para formar palabras.

Hacer dictados breves de palabras sencillas, reforzando el trazo y ortografía.

Motivarla con elogios y refuerzos positivos, celebrar cada logro para fortalecer su autoestima y confianza.

Evitar comparaciones con otros niños.

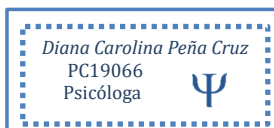
Dedicar tiempo de atención, destinar 30 minutos al día una actividad que Andrea disfrute (dibujar, pintar, cantar, etc.).

Fomentar el juego libre y creativo como: jugar con plastilina, construir, dibujar o dramatizar cuentos para desarrollar su imaginación y habilidades cognitivas.

Enseñarle a resolver problemas paso a paso ayudarle a pensar en diferentes soluciones cuando se frustra o se equivoca.

Fomentar el lenguaje oral como: Conversar diariamente sobre lo que hizo en el día o cómo se siente. Jugar con historias inventadas: uno inicia un cuento y el otro lo continúa.

Utilizar tarjetas didácticas o flashcards, tarjetas con imágenes de animales y sus nombres, frutas y sus nombres, números y cantidades representadas y objetos comunes y sus nombres.



21.3.3 Informe Psicopedagógico 3.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



INFORME PSICOPEDAGOGICO

DATOS GENERALES	
Nombre completo	D.E.F.N.
Sexo	Masculino
Edad	7 años
Fecha de nacimiento	03 de mayo del 2018
Nivel académico actual	Primer grado
Institución educativa actual	Complejo Educativo Republica del Perú
Fechas de evaluación	14, 15, 18, 21 y 28 de Julio del 2025
Fecha de informe	31/07/2025

MOTIVO DE CONSULTA

El niño fue referido a evaluación psicológica por presentar dificultades en lectura, escritura y matemáticas. Según su madre, estas ya se habían identificado el año anterior en su anterior lugar de estudios, Parvularia Zacamil, donde se consideró no promoverlo de grado y se solicitó una evaluación que no se concretó.

Actualmente, la docente de apoyo a la inclusión educativa (DAIE) confirmó dichas dificultades. Fue referido al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), donde no se realizó la evaluación correspondiente y el caso fue considerado como no prioritario.

Ante esta situación, la DAIE consideró necesario solicitar una evaluación psicopedagógica que respalde el caso, con el fin de documentar las necesidades del niño y sustentar una futura referencia a valoración neurológica.

PRUEBAS APLICADAS	
Test del Dibujo de la Familia	<p>Autor y año: Louis Corman, 1967 (inspirado inicialmente en trabajos de Maurice Porot en 1952)</p> <p>Objetivo: Evaluar vínculos afectivos y percepción familiar del niño mediante una técnica proyectiva gráfica.</p>
Prueba de Inteligencia No Verbal de Pierre Guilles Weil	<p>Autor y año: Pierre Guilles Weil, 1951</p> <p>Objetivo: Mide la inteligencia general (Factor G), de manera no verbal. Evalúa la capacidad de razonamiento lógico, percepción visual, análisis de relaciones espaciales y solución de problemas sin involucrar el lenguaje.</p> <p>Validación: Estándar validado en Cuba con amplia aplicación educativa.</p>
Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES)	<p>Autores: Portellano, Mateos y Martínez Arias, 2012</p> <p>Objetivo: Evaluación global de funciones del desarrollo neuropsicológico (lectura, escritura, memoria, funciones ejecutivas, etc.) en niños normales o con algún tipo de trastorno (población clínica o en riesgo)</p>

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante la evaluación, el niño se mostró inquieto y con poca disposición para participar. Manipulaba objetos constantemente (arrugaba hojas, tomaba materiales cercanos), lo que

sugiere inquietud e intentos de autorregulación. Se observó baja tolerancia a la espera y a los errores, lo cual también ha sido reportado por su maestra, quien indica que el niño se distrae fácilmente, mantiene la atención solo por breves períodos y requiere apoyo constante para terminar tareas.

Aunque la docente señaló un mejor desempeño en matemáticas, los resultados del CUMANES muestran que el niño aún no domina la secuencia numérica básica. La escuela ha implementado clases de refuerzo en lectura, escritura y matemáticas, pero los avances han sido limitados.

A nivel general, se evidencia la necesidad de un mayor acompañamiento emocional y académico, así como estrategias de intervención específicas que favorezcan su desarrollo integral.

Test del Dibujo de la Familia

El dibujo del niño refleja una percepción familiar en la que hay cariño, pero también tensiones y posibles fuentes de malestar. También indica que se siente en una posición pasiva o vulnerable dentro del hogar. A su madre la percibe como cercana, pero también como una figura que lo corrige o castiga. Refleja sentirse acompañado, protegido o más tranquilo emocionalmente con su primo, a quien percibe como un hermano, y con su hermana.

Su padre es percibido como figura de autoridad quien comparte junto a su madre el rol de imponer disciplina. También lo asocia con esfuerzo o cansancio, debido a la carga económica del hogar.

A nivel emocional, se identifica como el menos feliz, percibe favoritismos y expresa confusión cuando habla sobre la relación entre sus padres. Durante la actividad mostró incomodidad al compartir la información y deseo de terminar rápido, lo que podría estar relacionado con lo que siente al hablar de su entorno familiar. En conjunto, el dibujo muestra que el niño percibe una dinámica familiar con reglas, corrección y cierta distancia afectiva, y

que podría beneficiarse de más acompañamiento emocional y espacios donde sentirse apoyado, escuchado y seguro.

Prueba de Inteligencia No Verbal de Pierre Guilles Weil

El niño obtuvo un total de 33 aciertos, lo que corresponde a un percentil 80, ubicándolo en un nivel superior al término medio en comparación con su grupo normativo.

Su edad cronológica al momento de la evaluación era de 7 años, 2 meses y 19 días (equivalente a 86 meses y 19 días), mientras que su edad mental estimada fue de 8 años, 1 mes y 18 días (97 meses y 18 días), lo que indica un desarrollo cognitivo adelantado respecto a su edad real.

El Coeficiente Intelectual (CI) obtenido fue de 113, lo cual también se clasifica como superior al término medio, sugiriendo que el niño posee buenas habilidades de razonamiento abstracto y visoespacial, así como una capacidad cognitiva general por encima de lo esperado para su edad.

Estos resultados permiten inferir que cuenta con recursos intelectuales adecuados para enfrentar con éxito los desafíos académicos propios de su etapa escolar, especialmente en tareas que requieren análisis lógico, atención sostenida y solución de problemas sin mediación verbal.

Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES)

El índice de desarrollo neuropsicológico es de 61 lo que ubica al niño dentro del rango muy por debajo de lo esperado para su edad, lo que sugiere una inmadurez significativa en diversas áreas cognitivas que afectan directamente su desempeño escolar.

Descripción de los resultados por áreas:

Comprensión audioverbal (CA): Se refiere a la capacidad para comprender información que se presenta de manera oral. El niño obtuvo un rendimiento medio (decatipo 5), lo que indica que esta habilidad está dentro de los parámetros esperados para su edad.

Comprensión de imágenes (CIM): Evalúa la capacidad para reconocer e interpretar verbalmente lo que se observa en imágenes. El niño presentó un rendimiento medio bajo (decatipo 4), lo que puede indicar algunas dificultades para nombrar u organizar verbalmente la información visual que observa.

Fluidez fonológica (FF): Evalúa la habilidad para generar palabras que inician con una letra específica. El niño mostró un rendimiento bajo (decatipo 2), lo cual indica dificultades para acceder rápidamente a su vocabulario verbal, lo que puede afectar tanto la lectura como la escritura.

Fluidez semántica (FS): Esta habilidad implica generar palabras dentro de una categoría, como animales, frutas, etc. Obtuvo también un rendimiento bajo (decatipo 2), lo cual sugiere limitaciones en la organización del lenguaje y en la recuperación de información almacenada.

Leximetría – Comprensión lectora (LX-c): Evalúa la capacidad para entender lo que se ha leído. El niño obtuvo un rendimiento muy bajo (decatipo 1), ya que no logró realizar la lectura solicitada, lo que indica que aún no ha adquirido esta habilidad.

Leximetría – Velocidad lectora (LX-v): Mide la cantidad de palabras que se pueden leer correctamente en un tiempo determinado. El niño obtuvo un rendimiento muy bajo (decatipo 1), asociado a que aún no ha desarrollado el proceso lector.

Escritura audiognósica (EA): Evalúa la habilidad para escribir palabras y frases dictadas. El niño presentó un rendimiento muy bajo (decatipo 1), ya que al igual que el proceso lector no ha desarrolló el proceso de escritura.

Visopercepción (VP): Mide la capacidad para observar y copiar figuras visuales con precisión. El niño tuvo un rendimiento medio (decatipo 5), lo que indica que esta habilidad está bien desarrollada y acorde a su edad.

Función ejecutiva -Tiempo (FE-t): Evalúa la planificación, el orden y la gestión del tiempo ante una tarea. El rendimiento fue bajo (decatipo 2), lo que sugiere que el niño puede tener dificultades para organizarse, seguir instrucciones y autorregularse.

Función ejecutiva - Errores (FE-e): En esta dimensión, el niño también presentó un rendimiento bajo (decatipo 2), cometiendo varios errores en la ejecución, lo que indica un control insuficiente al realizar actividades con múltiples pasos o reglas.

Memoria verbal (MVE): Evalúa la capacidad para recordar palabras que se escuchan. El niño obtuvo un rendimiento medio (decatipo 5), lo cual indica que tiene buena capacidad para retener y recordar información verbal, lo que puede ser una fortaleza a futuro.

Memoria visual (MVI): Mide la capacidad para recordar imágenes. El niño también obtuvo un rendimiento medio (decatipo 5), demostrando que puede recordar adecuadamente información visual, lo cual puede favorecer su aprendizaje si se utilizan recursos visuales.

Ritmo (RI): Evalúa la habilidad para percibir y reproducir secuencias rítmicas. El niño obtuvo un rendimiento medio bajo (decatipo 4), lo que puede relacionarse con algunas dificultades en la coordinación y en la atención sostenida.

CONCLUSIONES

A partir del proceso de evaluación psicopedagógica, se concluye que el evaluado presenta dificultades significativas en el área de lectoescritura, ya que no ha adquirido habilidades básicas como el reconocimiento de letras, formación de sílabas o lectura de palabras simples. Estos rezagos no corresponden a su grado escolar y afectan su rendimiento académico, así como su autoestima, generando frustración ante tareas que requieren estas competencias.

En el área matemática también se identifican rezagos, pues no realiza conteos básicos, lo que limita su comprensión de conceptos numéricos iniciales. A pesar de que la docente

había percibido mayor desempeño en esta área, los resultados del CUMANES no confirman ese avance.

Se observó además baja tolerancia a la frustración y dificultad para mantener la atención, especialmente frente a tareas prolongadas o desafiantes. Aunque no hay presencia de conductas agresivas graves, sí se evidencian inquietud, desmotivación y evasión de actividades, lo cual interfiere con su proceso de aprendizaje.

Los resultados del CUMANES reflejan un índice de desarrollo neuropsicológico muy por debajo del esperado para su edad, con desempeños muy bajos en lectura, escritura, fluidez verbal, funciones ejecutivas y comprensión lectora. No obstante, se identifican fortalezas en memoria visual, memoria verbal, comprensión auditiva y visopercepción, que pueden ser aprovechadas para estructurar estrategias de intervención.

A nivel emocional y familiar, el Test del Dibujo de la Familia muestra que el niño se percibe en una posición pasiva o vulnerable dentro del hogar, con sentimientos de favoritismo hacia otros, y afecto limitado, lo que puede influir en su seguridad emocional y desempeño escolar.

Sin embargo, a pesar de las dificultades observadas, los resultados de la prueba de inteligencia no verbal revelan un potencial cognitivo adecuado (CI = 113), clasificado como superior al promedio. Esto indica que el niño cuenta con recursos intelectuales suficientes para responder positivamente a las demandas académicas de su grado, siempre que reciba el acompañamiento emocional y académico apropiado, con estrategias adaptadas a sus necesidades específicas.

RECOMENDACIONES

Iniciar un proceso psicopedagógico individualizado, con actividades específicas para fortalecer la lectura, la escritura y el pensamiento matemático, utilizando materiales concretos (como regletas, dibujos, letras móviles) y juegos adaptados a su nivel, que faciliten el aprendizaje paso a paso.

Aplicar apoyos diferenciados dentro del aula, como tareas ajustadas a su ritmo y nivel, explicaciones más claras y uso de recursos visuales, para que el niño pueda participar sin sentirse frustrado o abrumado.

Ofrecer acompañamiento emocional para fortalecer su autoestima y tolerancia a la frustración, mediante refuerzos positivos y estrategias para el manejo emocional.

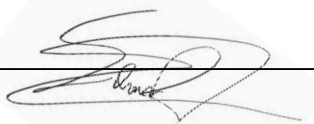
Capacitar y orientar a la familia para que brinde un ambiente de apoyo en casa, establezca rutinas claras y participe activamente en actividades de estimulación.

Mantener comunicación constante entre la maestra titular y el equipo psicopedagógico de refuerzo, para hacer un buen seguimiento, adaptación de contenidos y prevención de rezagos.

Considerar evaluación médica complementaria para descartar condiciones sensoriales o neurológicas que interfieran en el aprendizaje.

Regular el uso de tecnología en casa, priorizando el juego libre, la lectura compartida y actividades que estimulen el desarrollo integral.

Firma: _____



Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRACTICANTE

VII. ANEXOS

Contrato de evaluación psicopedagógica

CONTRATO DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Fecha: 15 de Julio de 2025

Yo, E. Micaela Niño A, en calidad de madre, padre o encargado legal del niño o niña Da E. Niño, autorizo la realización de un proceso de evaluación psicopedagógica que será llevado a cabo por la estudiante en proceso de preespecialización Silvana Rebeca Escalante Ruiz, en el marco de la colaboración entre la institución educativa Complejo Educativo República del Perú.

Declaro que comprendo y acepto los siguientes puntos:

- 1. La evaluación psicopedagógica tiene como objetivo explorar aspectos del desarrollo cognitivo, emocional, social y académico del niño o niña, para orientar posibles apoyos.
2. Me comprometo a brindar la información solicitada y a asegurar la asistencia puntual del niño o niña a las sesiones.
3. Autorizo la aplicación de pruebas, entrevistas y observaciones necesarias para la evaluación.
4. Comprendo que la información será confidencial y solo compartida con los padres, encargados legales, la institución educativa y la persona encargada del proceso de preespecialización, con fines académicos. En ningún caso se hará uso público de los datos personales del niño o niña.
5. Estoy consciente de que esta evaluación no implica tratamiento clínico o terapéutico, aunque incluirá recomendaciones generales según los resultados.
6. Autorizo la elaboración de un informe con los resultados, el cual será entregado a mí, a la institución educativa y a la docente encargada del proceso de preespecialización.

Declaro haber leído y comprendido lo anterior, firmando este documento de común acuerdo:

Silvana Rebeca Escalante Ruiz [Firma]

Nombre y firma de la estudiante responsable

E. M. N. A. [Firma]

Nombre y firma del padre, madre o encargado(a) legal

04904924-5

Número de DUI / Documento de identidad del responsable

21.4. Informes laborales

21.4.1 Informe Laboral 1.

Currículos de aspirantes

-Ing. [REDACTED]

Ingeniera Industrial graduada de la Universidad de El Salvador, con un diplomado en *Contabilidad para no contadores* por la UCA y dominio avanzado del idioma inglés.

Cuenta con más de 6 años de experiencia laboral, desarrollada en áreas de producción, procesos, calidad, administración y planificación comercial. Inició su carrera como supervisora de producción en [REDACTED], liderando módulos de hasta 20 personas y controlando tiempos productivos. Posteriormente, en [REDACTED] se desempeñó en documentación, mejora e implementación de procesos administrativos y productivos.

Su experiencia continuó en [REDACTED], donde fue promovida de analista de procesos a jefe administrativo, fortaleciendo sus habilidades de gestión y liderazgo. Más adelante, en [REDACTED] trabajó en procesos y calidad, y actualmente se desempeña en [REDACTED] desde hace dos años como planificadora comercial, encargada de compras, aprovisionamiento, análisis numérico y gestión de demanda.

-Master [REDACTED]

Ingeniera Química graduada de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, con un Master en Business Administration and Management en la misma universidad. Cuenta con más de 9 años de experiencia profesional en gestión de proyectos, medio ambiente, seguridad ocupacional y permisos regulatorios.

Se desempeñó casi 5 años en [REDACTED] como Coordinadora de Proyectos y Consultora Ambiental, liderando iniciativas técnicas y supervisando equipos. Actualmente trabaja en [REDACTED], donde ha ocupado puestos de creciente responsabilidad: Encargada de Medio Ambiente, Jefa de Seguridad Ocupacional y Medio Ambiente, y desde hace varios años Jefa de Gestión

de Permisos y Medio Ambiente, gestionando la operación del grupo, cumplimiento normativo y coordinación de personal en áreas técnicas.

-Ing. [REDACTED].

Ingeniero en Mecatrónica graduado del ITCA, con un Diplomado en Contaduría para no Contadores (UCA). Cuenta con más de 12 años de experiencia profesional en ingeniería, gestión de proyectos, finanzas y dirección administrativa.

Se desempeñó 1 año en [REDACTED] como Ingeniero de Proyectos y 7 años en [REDACTED] como Ingeniero Mecatrónico, acumulando experiencia técnica y de coordinación de proyectos. Desde 2021 trabaja en [REDACTED], primero como Gerente de Finanzas y actualmente como Director Administrativo, liderando la gestión integral de la empresa, supervisión de equipos y control de operaciones.

INFORME PSICOLÓGICO

A. DATOS GENERALES

Nombre: [REDACTED]

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Nivel académico: Ingeniería Industrial (Universidad de El Salvador) + Diplomado en *Contabilidad para no contadores (UCA)*.

Cargo actual: Planificadora Comercial ([REDACTED]).

Puesto solicitado: Superintendente de Producción.

Fecha de aplicación: 12 de septiembre 2025

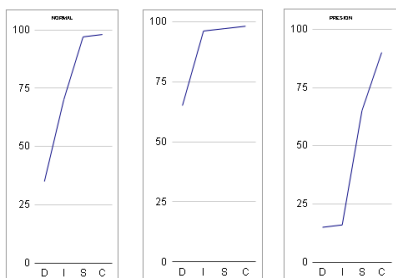
B. PRUEBAS APLICADAS

1. Test de inteligencia OTIS sencillo

[REDACTED] obtuvo una puntuación directa de 61 equivalente a un coeficiente intelectual de 112, lo que la ubica en un rango superior al promedio. Esto indica una capacidad cognitiva destacada para comprender situaciones complejas, analizar información y resolver problemas

con rapidez y precisión. Su nivel intelectual le permite aprender y aplicar nuevos conceptos con facilidad, lo que es un factor positivo para enfrentar los retos de un cargo de supervisión y mejora de procesos productivos.

2. Test Cleaver



La prueba Cleaver es una herramienta diseñada para definir el perfil de conducta ideal que requiere un puesto de trabajo. Al comparar este perfil con el estilo de comportamiento natural de un candidato, se puede determinar el grado de compatibilidad entre la persona y el cargo. Su

evaluación se basa en cuatro dimensiones principales: la dominancia, la influencia, la constancia y el apego (o cumplimiento).

Los resultados del test reflejan que ■■■■ es una persona caracterizada por su gran confiabilidad, atención al detalle y respeto por las normas. Su estilo de trabajo está orientado al cumplimiento de los procedimientos establecidos y al aseguramiento de la calidad en cada tarea.

Se muestra como alguien constante y paciente, con buena tolerancia a la presión en entornos de rutina, manteniendo siempre la calma y el orden en su desempeño. Además, posee una capacidad relacional adecuada, lo que le permite mantener un buen clima laboral y comunicarse de forma efectiva con sus compañeros y colaboradores.

No obstante, el perfil también evidencia una baja inclinación a la confrontación directa, lo que puede dificultar la toma de decisiones rápidas en situaciones críticas o impopulares. Asimismo, tiende a preferir contextos estables y predecibles, pudiendo mostrar cierta resistencia ante cambios abruptos o improvisados.

En síntesis, se trata de una candidata con alto sentido de responsabilidad, precisión y compromiso con la calidad, cualidades altamente valoradas en el área de producción. Para potenciar aún más su desempeño en el rol, sería recomendable fortalecer sus habilidades en

liderazgo decisivo, manejo de conflictos y capacidad de adaptación a cambios rápidos, de manera que pueda equilibrar su estilo meticuloso con la agilidad que el puesto de Superintendente de Producción demanda.

Conclusiones y recomendaciones

A partir de las pruebas psicológicas, nivel académico y experiencia laboral, se concluye que la aspirante [REDACTED] posee un perfil técnicamente competente y confiable para un cargo de Superintendente de Producción, especialmente en áreas que requieran control de calidad, disciplina operativa y gestión de equipos con estabilidad y organización.

Se recomienda su incorporación, acompañada de un plan de desarrollo en liderazgo decisorio y manejo de cambios rápidos, lo cual permitirá potenciar sus fortalezas y asegurar un desempeño óptimo en la posición.

INFORME PSICOLÓGICO

A. DATOS GENERALES

Nombre: [REDACTED]

Sexo: Femenino

Edad: 35 años

Nivel académico: Ingeniería Química (Universidad Centroamericana José Simeón Cañas) + Master en Business Administration and Management, General (UCA).

Cargo actual: Jefa de Gestión de Permisos y Medio Ambiente ([REDACTED]).

Puesto solicitado: Superintendente de Producción.

Fecha de aplicación: 14 de septiembre 2025

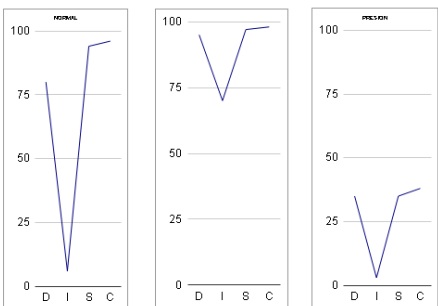
B. PRUEBAS APLICADAS

1. Test de inteligencia OTIS sencillo

[REDACTED] obtuvo una puntuación directa de 66, equivalente a un coeficiente intelectual de 118, lo que la sitúa en un rango superior al promedio. Esto indica una capacidad cognitiva

destacada para comprender situaciones complejas, analizar información y resolver problemas con rapidez y precisión. Su nivel intelectual le permite aprender y aplicar nuevos conceptos con facilidad, lo que es un factor positivo para enfrentar los retos de un cargo de supervisión y optimización de procesos productivos.

2. Test Cleaver



La prueba Cleaver es una herramienta diseñada para definir el perfil de conducta ideal que requiere un puesto de trabajo. Al comparar este perfil con el estilo de comportamiento natural de un candidato, se puede determinar el grado de compatibilidad entre la persona y el cargo. Su evaluación se basa en cuatro dimensiones

principales: dominancia, influencia, constancia y cumplimiento.

Los resultados del test reflejan que ■■■ es una persona con una alta determinación, gran constancia y un fuerte apego a normas y procedimientos. Su estilo de trabajo combina firmeza y decisión con una gran orientación a la calidad y al cumplimiento, lo que le permite asumir el control de situaciones complejas y garantizar que los estándares se cumplan de manera consistente. ■■■ se caracteriza por ser meticulosa, paciente y muy confiable, mostrando tolerancia a la presión incluso en entornos que requieren disciplina y rigor constante.

Aunque no basa su liderazgo en la persuasión o el carisma, su autoridad técnica se evidencia en su capacidad para dirigir y organizar equipos, gestionar proyectos y mantener un desempeño sólido en áreas reguladas como seguridad, medio ambiente y permisos. Su estilo orientado a la norma y la precisión asegura que las operaciones se ejecuten correctamente, evitando errores y desviaciones que puedan comprometer la calidad o la seguridad de los procesos.

No obstante, el perfil también indica ciertos desafíos a considerar. ■■■ puede mostrar rigidez ante cambios inesperados o improvisaciones, y su comunicación directa puede

percibirse como distante, lo que podría dificultar la conexión interpersonal en algunos equipos. Su apego a estándares muy altos puede, en ocasiones, generar lentitud en la toma de decisiones si no se equilibra con pragmatismo y flexibilidad.

En síntesis, se trata de una candidata con un alto sentido de responsabilidad, precisión y compromiso con la calidad, cualidades sumamente valiosas para un cargo de Superintendente de Producción. Para potenciar aún más su desempeño en el rol, sería recomendable reforzar sus habilidades en liderazgo empático, comunicación interpersonal y adaptación a cambios rápidos, de manera que pueda combinar su meticulosidad y firmeza con la agilidad necesaria para la gestión integral de la producción y la coordinación efectiva de su equipo.

Conclusiones y recomendaciones

A partir de las pruebas psicológicas, nivel académico y experiencia laboral, se concluye que [REDACTED] posee un perfil altamente competente, confiable y orientado a la calidad, adecuado para el puesto de Superintendente de Producción. Su experiencia liderando equipos y gestionando procesos complejos en entornos regulados refuerza su idoneidad.

Se recomienda su incorporación, acompañada de un plan de desarrollo en comunicación interpersonal, liderazgo empático y adaptabilidad ante cambios rápidos. Esto permitirá potenciar sus fortalezas técnicas y asegurar un desempeño equilibrado en la posición, garantizando cumplimiento de estándares, seguridad ocupacional y optimización de la producción.

INFORME PSICOLÓGICO

A. DATOS GENERALES

Nombre: [REDACTED]

Sexo: Masculino

Edad: 36 años

Nivel académico: Ingeniería en Mecatrónica (ITCA) + Diplomado en Contaduría para no Contadores (Universidad Centroamericana José Simeón Cañas).

Cargo actual: Director Administrativo (██████████)

Puesto solicitado: Superintendente de Producción

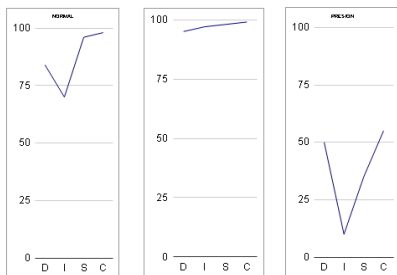
Fecha de aplicación: 17 de septiembre 2025

B. PRUEBAS APLICADAS

1. Test de inteligencia OTIS sencillo

██████ obtuvo una puntuación directa de 65, equivalente a un coeficiente intelectual de 116, lo que lo ubica en un rango superior al promedio. Esto indica una destacada capacidad cognitiva para comprender situaciones complejas, analizar información y resolver problemas de manera efectiva. Su nivel intelectual le permite asimilar y aplicar nuevos conceptos con rapidez, facilitando la toma de decisiones estratégicas y la optimización de procesos en un entorno de producción y supervisión.

2. Test Cleaver



La prueba Cleaver es una herramienta diseñada para definir el perfil de conducta ideal que requiere un puesto de trabajo. Al comparar este perfil con el estilo de comportamiento natural de un candidato, se puede determinar el grado de compatibilidad entre la persona y el cargo. Su evaluación se basa en cuatro dimensiones

principales: dominancia, influencia, constancia y cumplimiento.

Los resultados del test reflejan que ██████████ es una persona con alta determinación, excelente capacidad relacional y una gran estabilidad y disciplina. Su estilo de trabajo combina firmeza, asertividad y orientación a resultados con habilidades sociales que le permiten motivar, inspirar confianza y mantener un clima laboral positivo. Su alto apego a

normas y procedimientos asegura que las operaciones se ejecuten de manera correcta y eficiente, manteniendo estándares de calidad y seguridad elevados.

■ se muestra como alguien meticuloso, constante y confiable, capaz de mantener la calma y el control en situaciones de presión prolongada. Su liderazgo combina autoridad y cercanía, lo que le permite coordinar equipos de manera efectiva, supervisar proyectos complejos y garantizar la continuidad operativa. Además, posee habilidades para tomar decisiones críticas y enfrentar retos con firmeza, sin comprometer la disciplina ni la precisión de los procesos.

No obstante, el perfil también evidencia ciertos riesgos que deben considerarse. Puede mostrarse exigente consigo mismo y con los demás, y su apego a estándares altos podría generar tensiones o demoras si no se equilibra con flexibilidad y pragmatismo. Su estilo autoritario, combinado con la alta conformidad, puede limitar la autonomía del equipo si no se fomenta la delegación efectiva.

En síntesis, se trata de un candidato con un sólido sentido de responsabilidad, liderazgo y compromiso con la calidad, altamente adecuado para un cargo de Superintendente de Producción. Para potenciar aún más su desempeño en el rol, se recomienda reforzar habilidades de delegación, tolerancia al error y adaptación a cambios inesperados, de manera que su autoridad y firmeza se combinen con la flexibilidad necesaria para gestionar equipos y operaciones de manera eficiente y motivadora.

Conclusiones y recomendaciones

A partir de las pruebas psicológicas, nivel académico y experiencia laboral, se concluye que ■ posee un perfil altamente competente, confiable y orientado a resultados, con experiencia demostrada en liderazgo, gestión de equipos y supervisión de operaciones complejas. Su capacidad para combinar autoridad, habilidades relacionales y apego a normas lo hace especialmente idóneo para un cargo de supervisión y optimización de procesos productivos.

Se recomienda su incorporación al puesto de Superintendente de Producción, acompañada de un plan de desarrollo en liderazgo flexible, delegación efectiva y manejo de la adaptación a cambios rápidos. Esto permitirá potenciar sus fortalezas y garantizar un desempeño equilibrado y de alto impacto en la empresa.

Evaluación de aspirantes a puesto de superintendente de producción

o	Generales						Resultados de entrevista	Experiencia en base a CV	Último salario	Pretensión salarial	Recomendación
	Nombre completo	Puesto al que aplica	Edad	Sexo	Fecha de evaluación	Grado académico					
	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>	Superintendente de producción	6		17-9-25	Ingeniero Mecatronico (ITCA)	<p>Estado civil soltero, sin hijos. Reside en La Libertad, vive con sus padres.</p> <p>Manifiesta flexibilidad para desplazarse y disponibilidad para adaptarse a nuevos entornos laborales.</p> <p>Se distingue por su determinación, liderazgo y capacidad relacional, con un estilo de trabajo que combina firmeza, disciplina y orientación a resultados.</p> <p>Su habilidad para comunicarse y motivar equipos le permite mantener un clima laboral positivo y al mismo tiempo garantizar cumplimiento de metas.</p> <p>Posee un nivel de inglés intermedio.</p> <p>Fortalezas observadas: líder asertivo, confiable, motivador y con gran</p>	<p>Inició en ■■■■■■ como Ingeniero de Proyectos, con responsabilidades técnicas en desarrollo y gestión de soluciones.</p> <p>Continuó en ■■■■ durante 7 años como Ingeniero Mecatrónico, acumulando experiencia en proyectos de ingeniería y coordinación de operaciones.</p> <p>Desde 2021 forma parte de ■■■■■■, donde primero fue Gerente de Finanzas y actualmente ocupa el cargo de Director Administrativo, liderando la gestión integral de la empresa, control de operaciones, finanzas y supervisión de equipos multidisciplinarios.</p>	\$2600	\$3200	Primera opción

						capacidad de organización y control operativo.				
	■ ■ ■ ■ ■	Superintendente de producción	5		14-9-25	<p>Ingeniera química (UCA)</p> <p>Master en administración y gestión de negocios (UCA)</p> <p>Estado civil soltera, sin hijos. Reside en San Salvador, vive con sus padres. Cuenta con disponibilidad inmediata para asumir funciones. Se caracteriza por su determinación, constancia y apego a normas, con una marcada orientación al cumplimiento de estándares de calidad y seguridad. Posee capacidad para mantener el control en situaciones complejas, garantizando disciplina y orden en los equipos de trabajo. Su nivel de inglés es básico.</p> <p>Fortalezas observadas: disciplinada, firme en la toma de decisiones, organizada y con fuerte sentido de responsabilidad.</p>	<p>Inició en ■■■■, donde durante casi 5 años fue Coordinadora de Proyectos y Consultora Ambiental, liderando iniciativas técnicas, cumplimiento regulatorio y gestión de equipos.</p> <p>Posteriormente ingresó a ■■■■, donde ha desempeñado diferentes cargos de creciente responsabilidad: Encargada de Medio Ambiente, Jefa de Seguridad Ocupacional y Medio Ambiente, y actualmente Jefa de Gestión de Permisos y Medio Ambiente. En este rol coordina procesos regulatorios, cumplimiento normativo y supervisión de personal en áreas técnicas.</p>	\$2200	\$2600	Segunda opción
	■ ■■■■ ■	Superintendente de producción	4		16-9-25	<p>Ingeniería industrial (UES)</p> <p>Estado civil soltera, sin hijos. Reside en San Salvador, vive con sus padres. Menciona que cuenta con amplia</p>	<p>Inició su trayectoria en Intradesa como Supervisora de Producción, a cargo de módulos de al menos 20 personas, controlando</p>	\$1200	\$1600	Tercera opción

						<p>disposición para asumir responsabilidades y trasladarse en caso de requerirse.</p> <p>Se destaca por su fiabilidad, atención a los detalles y apego a normas, lo que le permite mantener procesos controlados y bajo estándares de calidad.</p> <p>Posee un estilo de trabajo constante y paciente, con buena capacidad de relación interpersonal y manejo de equipos en ambientes organizados. Su nivel de inglés es avanzado, lo que le facilita la comprensión de documentación técnica y la comunicación en entornos internacionales.</p> <p>Fortalezas observadas: responsable, analítica, organizada y comprometida con la mejora continua.</p>	<p>tiempos y eficiencia productiva.</p> <p>Posteriormente, en [REDACTED], se desempeñó en documentación y mejora de procesos administrativos y de producción, con enfoque en implementación de mejoras.</p> <p>En [REDACTED] [REDACTED], inició como Analista de Procesos y fue promovida a Jefe Administrativo, adquiriendo experiencia en liderazgo, gestión de personal y procesos administrativos.</p> <p>Continuó en [REDACTED] [REDACTED] como Analista de Procesos y Calidad, reforzando sus competencias en aseguramiento de calidad.</p> <p>Actualmente trabaja en [REDACTED] desde hace dos años como Planificadora Comercial, desarrollando funciones de planificación de demanda, aprovisionamiento, compras y análisis numérico.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Lic. César Daniel Jiménez García





21.4.2 Informe Laboral 2.



ENTREVISTA E INFORME LABORAL

PUESTO EVALUADO: SUPERINTENCIA DE PRODUCCION

INFORME LABORAL

RESUMEN CV Y ENTREVISTA - ASPIRANTE N°1

Estado civil del evaluado es soltero, actualmente vive con sus padres y hermano menor, residen Urbanización Sierra Morena 2, pasaje 6, polígono 3 casa 11, Soyapango, San Salvador, se identifican ciertas fortalezas como respetuoso, amable y atento, actualmente es el mayor soporte económico de su hogar, su madre es ama de casa y su padre cuenta con jubilación y su hermano cursa 5° año de la licenciatura de enfermería. Se graduó de Bachillerato Técnico Vocacional Opción Contaduría, Instituto Nacional Acción Cívica Militar, San Salvador, posteriormente tomo un curso intensivo del idioma inglés, nivel intermedio, Academia Europea, culmino sus estudios universitarios con CUM honorifico en la Universidad de El Salvador, actualmente trabaja en INFRASAL sece San Bartolo.

ASPIRANTE N°1

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre: [REDACTED] Sexo: [REDACTED] Edad: [REDACTED]

Nivel académico: Ingeniero Químico. Cargo actual: Gerencia y aseguramiento de calidad y seguridad industrial.

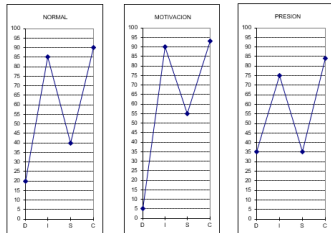
Puesto solicitado: Superintendente de Producción. Fecha de aplicación: 08 de septiembre 2025.

RESULTADO DE LA PRUEBAS

Test de inteligencia OTIS sencillo

Los resultados obtenidos por OTIS sencillo indican puntuación directa de 61, se ubica en un percentil de 80 lo cual indica que la persona evaluada posee una inteligencia superior al término medio, acorde a un coeficiente intelectual global de 112, por lo tanto posee una capacidad intelectual por encima de la población al utilizar el razonamiento lógico, es decir sus capacidades intelectuales se caracterizan por la originalidad, creatividad y excepcionalidad, lo cual es un indicador favorable para puestos que requieren análisis, toma de decisiones y adaptación a nuevas tareas.

Técnica Cleaver



En cuanto a los resultados obtenidos por el evaluado se establece lo siguiente: Normal, en ocasiones tiende a controlarse y a ser paciente, se mueve con moderación y premeditación, piensa bien

antes de actuar en la mayoría de las situaciones, tiene mucho cuidado y gran concentración siendo s característica de empuje la concentración o reflexión, pero con baja dominancia. Motivación, tiende a actuar de forma cuidadosa y conservadora, está dispuesto a modificar su postura con tal de llegar al objetivo dispuesto, es un seguidor ejemplar de las políticas hasta el grado de parecer poco flexible o arbitrario; desea la armonía y prefiere las atmósferas favorables, siendo la adaptabilidad su característica de empuje.

CONCLUSION

A partir de los datos obtenidos por las pruebas psicológicas se concluye que, Kevin Hernández cumple con el siguiente perfil para el puesto de Superintendente de Producción. Destaca en motivación de equipos y apego a normas, pero necesita desarrollar mayor firmeza en la toma de decisiones y mayor estabilidad bajo presión. No es el candidato ideal para este puesto sin antes fortalecer esas competencias.

RESUMEN CV Y ENTREVISTA -ASPIRANTE N°2

Estado civil del evaluado casado con una médico del hospital militar, tiene un hijo de 14 años, residen en [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]. Se identificaron sus fortalezas como respetuoso, valor a la familia y amable. Cuenta con estudios universitarios obteniendo el título de Ingeniero Químico por la Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), también cuenta con una maestría obtenida por la misma Universidad. Cuenta con una gama de certificaciones internacionales que han enriquecido más sus conocimientos.

ASPIRANTE N°2

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre: [REDACTED] Sexo: [REDACTED] Edad: [REDACTED]

Nivel académico: Ingeniero Químico. Cargo actual: Coordinador de Tratamiento.

Puesto solicitado: Superintendente de Producción. Fecha de aplicación: 15 de septiembre 2025.

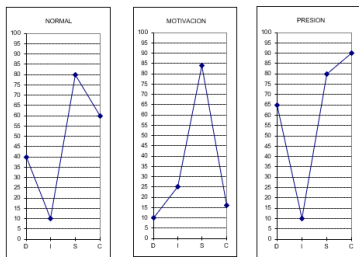
RESULTADO DE LAS PRUEBAS

Test de inteligencia OTIS sencillo

Los resultados obtenidos por OTIS sencillo indican puntuación directa de 65, se ubica en un percentil de 60 lo cual indica que la persona evaluada posee una inteligencia superior al término medio, acorde a un coeficiente intelectual

global de 110, por lo tanto posee una capacidad intelectual por encima de la población al utilizar el razonamiento lógico, es decir sus capacidades intelectuales se caracterizan por la originalidad, creatividad y excepcionalidad, lo cual es un indicador favorable para desempeñarse en puestos que requieren análisis, toma de decisiones y adaptación a nuevas tareas.

Técnica Cleaver



En cuanto a los resultados obtenidos por el evaluado se establece lo siguiente: Normal, en ocasiones tiende a controlarse y a ser paciente, se mueve con moderación y premeditación, piensa bien

antes de actuar en la mayoría de las situaciones, tiene mucho cuidado y gran concentración su característica de empuje es la reflexión y concentración.

Motivado, en ocasiones prefiere una tarea o proyecto a la vez, constante y consistentemente; prefiere áreas que requieren profundizar y especializarse, busca estabilizar su ambiente es ecuánime bajo las presiones. Bajo presión, en ocasiones actúa de forma cuidadosa y conservadora, está dispuesto a modificar su postura con tal de llegar al objetivo dispuesto, es un seguidor ejemplar de las políticas hasta el grado de parecer poco flexible o arbitrario; desea la armonía y prefiere las atmósferas favorables su característica de empuje es adaptabilidad.

CONCLUSION

A partir de los datos obtenidos por las pruebas psicológicas se concluye que, Gerardo cumple con el siguiente perfil para el puesto de Superintendente de Producción, es estable, disciplinado y confiable, con apego a procesos y capacidad de mantener el control bajo presión, pero necesita desarrollar mayor

firmeza en la toma de decisiones y mayor dominancia no es el candidato ideal para este puesto sin antes fortalecer esas competencias.

RESUMEN CV Y ENTREVISTA -ASPIRANTE N°3

El estado civil del evaluado es soltero, vive con sus padres y hermano, su madre atiende un Chalet negocio propio, su padre y hermano se desempeña como mecánicos automotriz negocio propio, residen en Res. Altos del Escorial, Casa #4J, Mejicanos, San Salvador, dentro de las fortalezas que se visualizaron: respetuoso, alegre y colaborador. Cuenta con estudios universitarios obteniendo su titulo de Ingeniero Químico en la Universidad de El Salvador, su tesis consistió en purificación de agua para uso farmacéutico a nivel Industrial. Actualmente trabaja en CBC LIVSMART se dedica a la producción y comercialización de bebidas nutritivas, se desempeña como Coordinador de Tratamiento de agua su labor es garantizar suministro de agua. Menciona que pertenece a un grupo de coleccionistas, Hot Wheels es uno de los moderadores del grupo de Facebook Family cuentan con más de 1000 seguidores.

ASPIRANTE N°3

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre: [REDACTED] **Sexo:** [REDACTED] **Edad:** [REDACTED]

Nivel académico: Ingeniero Químico. **Cargo actual:** Proyecto de gases medicinales.

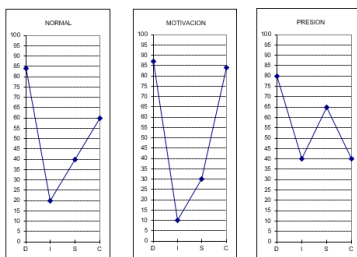
Puesto solicitado: Superintendente de Producción. **Fecha de aplicación:** 18 de septiembre 2025.

RESULTADO DE LA PRUEBAS

Test de inteligencia OTIS sencillo

Los resultados obtenidos por OTIS sencillo indican puntuación directa de 73, se ubica en un percentil de 95 lo cual indica que la persona evaluada posee una inteligencia superior, acorde a un coeficiente intelectual global de 125, por lo tanto posee una capacidad intelectual alta por encima de la población al utilizar el razonamiento lógico, es decir sus capacidades intelectuales se caracterizan por la originalidad, creatividad y excepcionalidad, lo cual es un indicador favorable para comprender, analizar y resolver problemas complejos, así como para aprender y aplicar nuevos conocimientos con rapidez.

Técnica Cleaver



En cuanto a los resultados obtenidos por el evaluado se establece lo siguiente: Normal, en ocasiones actúa positivamente ante la oposición y de manera directa toma una posición y lucha por

ella, está dispuesto a correr riesgos y puede ignorar las jerarquías siendo la característica principal la de empuje que se puede interpretar como una persona con alta dominancia. Motivado, en ocasiones suele ser crítico, incisivo y lógico; es crítico con la gente y gusta de los retos en cuanto análisis y originalidad teniendo una característica alta en ser creativo. Bajo presión, en ocasiones suele ser dominante para actuar positivamente ante la oposición y de manera directa toma una posición y lucha por ella, está dispuesto a correr riesgos y puede ignorar la jerarquía, siendo creativo en su característica de empuje. Bajo presión, en ocasiones actúa de forma cuidadosa y conservadora, está dispuesto a modificar su postura con tal de llegar al objetivo dispuesto, es un seguidor

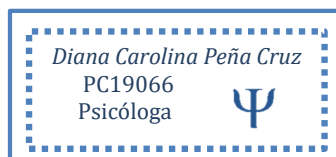
ejemplar de las políticas hasta el grado de parecer poco flexible o arbitrario;
desea la armonía y prefiere las atmósferas favorables.

CONCLUSION

A partir de los datos obtenidos por las pruebas psicológicas se concluye que, el señor Alex Mendoza cumple con el siguiente perfil, orientado a resultados de capacidad de decisión y disciplina, habilidades de liderazgo y de resolución de problemas de forma independiente, disfruta de los retos, cuenta con la habilidad de trabajar bajo presión.

De acuerdo al perfil solicitado el Sr. Mendoza cumple con los requisitos esperado para el puesto. Se recomienda fortalecer su liderazgo en procesos de manejo de equipo de comunicación para garantizar un mejor desempeño en el puesto.

ANEXO: TERNA PROPUESTA.



Diana Carolina Peña Cruz

Nombre del evaluador

Analista de reclutamiento y selección.

EVALUACION DE ASPIRANTES AL PUESTO DE SUPERINTENDENCIA DE PRODUCCIÓN

GENERALES									Resultado de	Experiencia	Ú	P	Reco
°	N	F	U	Fe	Gr	entrevista	en base al CV	Ú	P	Reco			
Nombre completo	Puesto al que aplica	Grado del puesto	Universidad	Fecha de evaluación	Grado académico			Último salario	Puntaje	Recomendación			
██████████	Superintendente de Producción	Ingeniero Químico	Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA)	18 de septiembre 2025	Universitario	Mtro. en Administración de Empresas	Estado civil casado, tiene un hijo de 14 años. Vive en casa propia con su esposa e hijo, la cual su esposa es Médico en el Hospital Militar. Reside en San Salvador, San Salvador. Menciona que finalizó sus estudios universitarios como Ingeniero Químico en la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) 1999-2004, también posee una Maestría en Administración de Empresas cursada en la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) 2012-2014. Cuenta con certificaciones Certificación Maquet Critical Care/Surgical Workplaces, Diploma	Inicio laborando en La Constancia LTDA de c.v como auxiliar de supervisor en Mantenimiento en Coordinación de equipo técnico de mantenimiento y Mejoras del performance de la productividad y planes de mantenimiento en el periodo de 2005 al 2007 Realizaba funciones como apoyo a la operación coordinar paradas de equipo sin afectar la producción, velar por la seguridad y cumplimiento de normas de seguridad sanitarias. Contaba con 18 personas a su cargo. Se retiró de la empresa por una nueva oportunidad laboral.	\$1,200	1,5000	Primera opción		

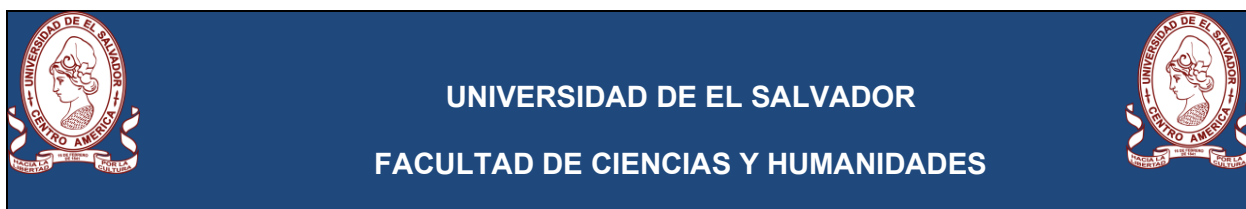
								<p>Draeger, Certificación de Equipos Motrices AMICO, Gestión de la Administración de Proyectos, Certificado ASSE 6040 Personal de Mantenimiento para Sistema de Gases Medicinales, Certificado ASSE 6020 Inspector para Sistema de Gases Medicinales.</p> <p>Fortalezas visualizadas: Respetuoso, valor a la familia y amable.</p> <p>Se considera como persona: Respetuosa, tolerante y honesto.</p>	<p>Inicio su nueva oportunidad laboral en INFRASAL OXGASA, empresa se dedica a la producción y distribución de gases industriales y medicinales, venta y mantenimiento de equipos y maquinaria para diversos sectores como el médico, industrial y de la construcción.</p> <p>En el periodo de 2007 a la actualidad, se desempeña en proyectos de gases medicinales, dirige los sistemas de distribución en los hospitales y clínicas, en planta tiene 8 personas a su cargo y los proyectos oscilan de 18 a 25 personas.</p> <p>Posee experiencia en desarrollo de proyectos en: Hospital Nacional San Miguel, Instalación de red de gases medicinales</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

										Hospital Nacional de Usulután, Instalación de red de gases medicinales ISSS Hospital General, Instalación de Equipos Motrices de aire medicinal y vacío Hospital San Francisco San Miguel, Instalación de red de gases medicinales Diseño y construcción del sistema de gases medicinales en el Hospital El Salvador Hospital Nacional Zacamil, remodelación de área de Emergencias			
	■ ■■■■	Superintendente de Producción	Ingeniero Químico ■		Universidad de El Salvador	12 de septiembre 2025	Universitario	Estado civil soltero, vive en casa propia con su mamá, papá y hermano, su mamá es comerciante, su papá mecánico automotriz al igual que su hermano. Residen en Mejicanos, San Salvador. Menciona que realizó sus estudios universitarios en la	Inicio laborando en enero a noviembre de 2019 en un proyecto Project Manager de la Instauración del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional en INDUSTRIAS SANCHIA S.A. de C.V. Su función se basó en prevenir riesgo dentro una planta ya	\$800.00	\$1,200	Segunda Opción	

									<p>Universidad de El salvador graduado como Ingeniero Químico. 2013-2018</p> <p>Posee Conocimientos de la Norma CRETIB para el almacenamiento y desecho de residuos peligrosos y Conocimientos generales para el diseño de sistemas de purificación de agua.</p> <p>Fortalezas visualizadas: Respetuoso, alegre y colaborador.</p> <p>Se considera como persona: Proactivo, creativo y responsable.</p>	<p>sea adelantándose o señalando posibles riesgos verificando los equipos de seguridad y extintores, teniendo a cargo 2 personas.</p> <p>En septiembre de 2020 a la actualidad labora en CBC LIVSMART se dedica a la producción y comercialización de bebidas nutritivas.</p> <p>Se desempeña como Coordinador de Tratamiento de agua su labor es garantizar suministro de agua tratada para 16 líneas de producción, también ejecuta funciones de planificador de mantenimiento, gestión administrativa para la mejora de indicadores en el área de Tratamiento de agua, supervisión de producción, personas a cargo de 30 colaboradores.</p>			
	■ ■■■■■ ■■■■■	Superintendent	Ingeniero Químico ■		U	8	U	Estado civil soltero, vive con mamá es ama de casa, papá	Realizo una Pasantía Laboral como asistente de químico	\$650.00	\$890.00	Tercera opción	

		e de Producc ión			Salvador	2025		jubilado y su hermano estudiante universitario. Residen en casa propia. Reside en Soyapango, San Salvador. Menciona que estudió Ingeniería Química de la Universidad de El Salvador. Posee Curso intensivo del idioma inglés, nivel intermedio, Academia Europea. Manejo intermedio de Microsoft Excel Manejo nivel intermedio del idioma inglés. Fortalezas visualizadas: Respetuoso, amable y atento. Se considera como persona: dinámico, trabajo en equipo y proactivo.	analista en Laboratorios PROCAPS S.A de C.V. se desempeñaba en el área de Gerencia de Control de Calidad, depto. De Estabilidad. (mayo-diciembre 2021). Trabajo actual: INFRA DE EL SALVADOR S.A de C.V Gerencia y aseguramiento de calidad y seguridad industrial (2022- presente) se desempeña como Encargado de control de calidad en Planta productora de gases criogénicos en San Bartolo. Cuando es requerido realiza trabajo, también realiza la coordinación de lotes, atender proveedores y gestionar inventario, inspección de máquinas para reportar su mantenimiento cuenta con 4 personas a cargo.		
--	--	------------------------	--	--	----------	------	--	--	--	--	--

21.4.3 Informe Laboral 3.



ENTREVISTA E INFORME LABORAL

PUESTO EVALUADO: Superintendente de Producción

INFORME LABORAL
RESUMEN CV Y ENTREVISTA – ASPIRANTE N°1
<p>ASPIRANTE N°1: J. N.M.F.</p> <p>DATOS DEL ASPIRANTE</p> <p>Nombre: J. N.M.F.</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Edad: 31 años</p> <p>Nivel académico: Ingeniero Civil</p> <p>Cargo actual: Ingeniero de Producción</p> <p>Puesto solicitado: Superintendente de Producción</p> <p>Fecha de aplicación: 09/09/2025</p> <p>Formación académica: Ingeniero Civil (2012 – 2019).</p> <p>Experiencia laboral:</p> <p style="padding-left: 40px;">Enero 2025 – Presente Construcciones Nablá S.A. de C.V. Proyecto “Condominio El Cocal” Residente y Control de Proyectos</p> <p style="padding-left: 40px;">Ejecución de obras de mampostería y obra civil hidráulica.</p>

Seguimiento de tiempos de ejecución.

Control de estimaciones y elaboración de órdenes de cambio.

Julio 2023 – Octubre 2024 | Construcciones Nabla S.A. de C.V. | Proyecto “Torre Oceana” | Residente Jr.

Control de presupuesto y elaboración de órdenes de cambio.

Supervisión de acabados en etapa de obra gris.

Noviembre 2022 – Julio 2023 | Construcciones Nabla S.A. de C.V. | Proyecto “Torre Emblema” | Residente Jr.

Resanes y entrega de obra gris.

Junio 2022 – Noviembre 2022 | Construcciones Nabla S.A. de C.V. | Proyecto “Centro Penitenciario de Máxima Seguridad” | Residente Jr.

Elaboración de planos taller.

Control de pedidos de materiales.

Supervisión de obra.

Abril 2022 – Junio 2022 | Construcciones Nabla S.A. de C.V. | Proyecto “Torre Santa Elena” | Analista de Costos y Presupuesto

Verificación y cuantificación de equipo, personal y materiales utilizados en obra.

Octubre 2018 – Agosto 2022 | TPLAB S.A. de C.V. | Inspector laboratorista

Ejecución de ensayos de laboratorio y muestreo de materiales.

Proyecto: “Ampliación de la Terminal de Pasajeros del Aeropuerto Internacional de El Salvador Monseñor Óscar Arnulfo Romero y Galdámez – Etapa 1”.

Competencias relevantes para el puesto de Superintendente de Producción

Planificación y control de procesos constructivos.

Supervisión de personal y coordinación de obra.

Gestión de presupuestos, materiales y recursos.

Elaboración de estimaciones, planos y documentación técnica.

Cumplimiento de tiempos y estándares de calidad.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Test de inteligencia OTIS sencillo: puntuación directa de 62, centil 80, CI de 113. Se ubica en un rango alto de inteligencia, con buena capacidad de razonamiento, comprensión y resolución de problemas.

Test Cleaver: perfil disciplinado, estable y orientado al cumplimiento de normas.

Favorece la seguridad, orden y continuidad en las tareas, con seriedad y responsabilidad.

Como área de mejora, menor iniciativa y persuasión en entornos de alta presión.

CONCLUSIÓN

El aspirante presenta un perfil académico y profesional sólido en proyectos de construcción, con experiencia en supervisión y control de obras. Sus resultados en pruebas evidencian disciplina, responsabilidad y apego a normas, lo cual se ajusta a los requerimientos del puesto de Superintendente de Producción. Aunque su liderazgo puede ser menos persuasivo, su orientación al orden y cumplimiento lo hacen compatible con el cargo.

RESUMEN CV Y ENTREVISTA – ASPIRANTE N°2

ASPIRANTE N°2: L.G.M.P.

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre:L.G.M.P.

Sexo: Masculino

Edad: 31 años

Nivel académico: Ingeniero Civil

Cargo actual: Residente de Producción

Puesto solicitado: Superintendente de Producción

Fecha de aplicación: 07/09/2025

Formación académica;

Ingeniero Civil, Universidad de El Salvador (2020).

Bachillerato opción Arquitectura, Instituto Técnico Ricaldone (2012).

Experiencia laboral:

2021 – 2023 | Construcciones Nabla | Residente Jr. en área de producción

Planificación de procesos constructivos.

Organización y supervisión de materiales, herramientas, equipo y personal.

Control documental y administrativo relacionado con la ejecución del proyecto.

2020 – 2021 | Inversiones OMMNI | Gerente de proyecto

Planificación y organización del personal a cargo.

Gestión de contratistas.

Control de avance, tiempos y costos de los proyectos.

2019 – 2020 | Constructora DISA | Gerente de proyecto

Manejo de reuniones de comité con clientes para registro.

Coordinación de personal administrativo.

Competencias relevantes para el puesto de Superintendente de Producción

Planificación y control de procesos productivos.

Supervisión de equipos y personal en obra.

Gestión de contratistas y recursos.

Control de tiempos, avance y costos.

Organización, liderazgo y buenas relaciones interpersonales.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Test de inteligencia OTIS sencillo: puntuación directa de 56, centil 75, CI de 107. Se ubica en un rango promedio alto de inteligencia, con capacidad adecuada para análisis y solución de problemas.

Test Cleaver: persona organizada, responsable y enfocada en mantener orden y normas. Bajo presión refuerza disciplina y estabilidad. Fortaleza en cuidado de procesos y cumplimiento, aunque puede requerir apoyo en decisiones rápidas o ante cambios imprevistos.

CONCLUSIÓN

El candidato cuenta con experiencia en planificación y organización de personal en el área de construcción, mostrando responsabilidad y seriedad. Los resultados de pruebas reflejan orden y cumplimiento, adecuados al puesto de supervisión. Sin embargo, puede mostrar limitaciones en situaciones que exijan rapidez y adaptación inmediata. En general, presenta un perfil compatible para el puesto, con énfasis en estabilidad y control de procesos.

RESUMEN CV Y ENTREVISTA – ASPIRANTE N°3

ASPIRANTE N°3: I.D. C.B.

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre: I.D. C.B.

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Nivel académico: Máster en Ingeniería de la Producción

Cargo actual: Líder de Desarrollo de Producto

Puesto solicitado: Superintendente de Producción

Fecha de aplicación: 13/09/2025

Formación académica

Ingeniería Química, Universidad de El Salvador (2010–2015)

Maestría en Ingeniería de la Producción, UCA (2019–2021)

Especialización en polímeros, SOSPOL, Colombia (2024–2025)

Diversos diplomados y cursos en gestión de producción, calidad, innovación y sostenibilidad.

Inglés: nivel intermedio-avanzado.

Experiencia laboral**Enero 2024 – Presente | TERNOVA | Líder de desarrollo de productos**

Dirección de proyectos de nuevos productos de empaque flexible, desde conceptualización hasta implementación en planta.

Coordinación de equipos multidisciplinarios, validaciones técnicas y pruebas piloto.

Gestión de presupuesto, soporte técnico a clientes internos y externos, optimización de procesos y apertura de nuevos mercados.

Logros: desarrollo de más de 5 productos, implementación de planes de validación, estructuras sostenibles D4R, reducción del 10 % en reprocesos y costos.

Julio 2020 – 2023 | FUNDEPLAST | Jefe de Servicios Técnicos

Gestión de laboratorios de ensayos, innovación digital y servicios de fabricación.

Liderazgo del área comercial y asesoría técnica a fabricantes y usuarios en Centroamérica.

Logros: creación y posicionamiento de unidad de servicios, puesta en marcha de planta de producción, implementación de laboratorios y apertura de nuevos mercados.

Abril 2017 – Julio 2020 | Oben El Salvador | Ingeniero de Procesos

Supervisión de área de extrusión y producción, asegurando estándares de calidad y productividad.

Implementación de mejora continua y control eficiente de materias primas.

Logros: desarrollo de nuevos productos, estabilización operativa y optimización de eficiencia, calidad y seguridad.

Junio 2016 – Julio 2017 | OPP FILM El Salvador | Auditor de procesos

Auditorías de procesos y apoyo en certificaciones ISO9001 y BASC V.4.

Abril 2016 – Julio 2017 | OPP FILM El Salvador | Especialista de Calidad

Estadísticas de calidad, inspección de producto, control de materias primas y apoyo técnico.

Octubre 2015 – Abril 2016 | Rotoflex | Planificación de Calidad

Elaboración de planes de calidad, pruebas mecánicas de empaques flexibles y coordinación de materias primas de películas plásticas.

Competencias relevantes para el puesto de Superintendente de Producción

Planificación y control de procesos productivos.

Supervisión de personal y coordinación de equipos multidisciplinarios.

Optimización de procesos, control de calidad y mejora continua.

Gestión de recursos y presupuesto.

Implementación de estándares de seguridad, sostenibilidad y cumplimiento de normativas.

Liderazgo, toma de decisiones y soporte técnico a clientes internos y externos.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Test de inteligencia OTIS sencillo: puntuación directa de 63, centil 85, CI de 114. Se ubica en un rango alto de inteligencia, con destacada capacidad analítica y de resolución de problemas.

Test Cleaver: combina liderazgo, iniciativa y respeto por normas. Se muestra competitiva, con disposición a asumir retos, tomar decisiones firmes y mantener disciplina. Bajo presión puede ser exigente, lo que asegura cumplimiento de resultados y estándares de calidad.

CONCLUSIÓN

La candidata posee sólida formación académica y amplia experiencia en desarrollo de productos y gestión de procesos productivos. Sus resultados en pruebas evidencian inteligencia alta, liderazgo e iniciativa, compatibles con un rol de supervisión y coordinación de producción. Se ajusta al perfil de Superintendente de Producción, destacando su orientación a resultados y mejora continua.

Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRACTICANTE

ANEXO: TERNA PROPUESTA

°	Nombre completo	Puesto al que aplica	Rango del puesto	Edad	Sexo	Universidad	Fecha de evaluación	Grado académico	Resultados de la entrevista	Experiencia en base a CV	Recomendación
	I.D. C.B.	Superintendente de Producción	Supervisión	32 años	F	Universidad de El Salvador (Ingeniería Química), UCA (Maestría en Ing. Producción), múltiples diplomados y especializaciones en producción, calidad e innovación.	13/09/2025	Máster en Ingeniería de la Producción	Expuso experiencia en optimización de procesos productivos, mejora de eficiencia, liderazgo de equipos y comunicación clara. Mostró capacidad de tomar decisiones difíciles priorizando calidad y seguridad, además de compromiso con innovación y sostenibilidad.	Más de 8 años en la industria. Actualmente Líder de Desarrollo de Productos en TERNOVA, con proyectos de innovación, reducción de desperdicios y apertura de nuevos mercados. Fue Jefe de Servicios Técnicos en FUNDEPLAST, creando una nueva unidad de negocios, e Ingeniera de Procesos en OBEN El Salvador,	Primera opción. Perfil más completo en cuanto a formación académica y experiencia en gestión de procesos, innovación y liderazgo.

									Destacó motivación de equipos mediante comunicación directa y sesiones individuales.	donde lideró mejoras en extrusión y nuevos desarrollos. Experiencia previa en control de calidad y auditorías de procesos en OPP Film y Rotoflex.	
J. N.M.F.	Superintendente de Producción	Supervisión	31 años	M	Universidad de El Salvador (Ingeniería Civil)	09/09/2025	Ingeniero Civil	Señaló experiencia en administración de personal y procesos de producción. Destacó liderazgo mediante charlas motivacionales e incentivos. Mostró imparcialidad en resolución de conflictos y	Experiencia en Construcciones Nabla en distintos proyectos: Condominio El Cocal (ejecución de obra civil e hidráulica), Torre Oceana y Torre Emblema (residente Jr. en etapas de obra gris), Centro Penitenciario de Máxima Seguridad	Segunda opción. Perfil sólido en control de proyectos y supervisión en construcción, disciplinado y orientado a normas, aunque con menor iniciativa en liderazgo persuasivo.	

									capacidad para decidir bajo presión priorizando eficiencia y tiempos de entrega. Expresó interés en orientar su carrera hacia la gerencia de producción.	(planos, control de pedidos y supervisión), Torre Santa Elena (analista de costos). Anteriormente inspector laboratorista en TPLAB, con funciones en ensayos y control de materiales.	
L.G.M.P.	Superintendente de Producción	Supervisión	31 años	M	Universidad de El Salvador (Ingeniería Civil, 2020). Instituto Técnico Ricaldone (Bachillerato opción Arquitectura, 2012).	07/09/2025	Ingeniero Civil	Reflejó iniciativa para resolver tareas sin experiencia previa, aprendiendo por investigación y observación. Mostró liderazgo mediante charlas de motivación y organización del	Experiencia como Residente Jr. en Construcciones Nabra (planificación de procesos, organización de recursos, control administrativo). Anteriormente Gerente de Proyecto en	Tercera opción. Perfil con experiencia en planificación y supervisión, responsable y organizado, aunque requiere apoyo en decisiones rápidas o cambios imprevistos.	

								personal. Enfrentó decisiones dificiles redistribuyendo recursos entre actividades urgentes. Indicó interés en adquirir experiencia nueva y proyectarse como gerente de producción a futuro.	Inversiones OMMNI y en Constructora DISA, donde lideró personal, gestionó contratistas y controló tiempos y costos.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Licda. Silvana Rebeca Escalante Rivas
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRACTICANTE

Silvana Rebeca Escalante Rivas
Analista de reclutamiento y selección.

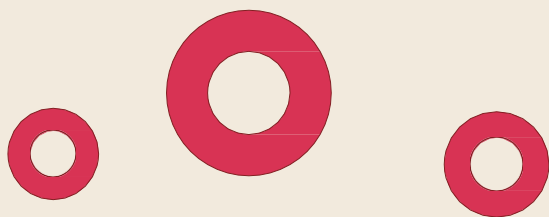
21.5. Proyectos Sociales

21.5.1 Proyecto Social 1

“CUIDAR SIN DESCUIDARSE”

PROYECTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SINDROME DEL CUIDADOR EN ADULTOS A CARGO DE NIÑOS CON TEA





PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD A CARGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA) CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) USUARIOS DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI)

DISEÑADO POR

**ANDREA GABRIELA SERRANO SERRANO
ADRIANA NOELIA SERRANO RAMÍREZ CÉSAR
DANIEL JIMÉNEZ GARCÍA
ESLY NOHEMY ALAS LÓPEZ IRENE
BEATRIZ NAVARRETE SÁNCHEZ**

INDICE

•	JUSTIFICACIÓN	4
•	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
	TEA y demandas de apoyo según sus niveles	5
	Síndrome del Cuidador y sintomatología	6
	Factores predisponentes para el Síndrome del Cuidador...	6
	Consecuencias del Síndrome del Cuidador	7
	Autocuidado y sus dimensiones	7
	El Autocuidado en la prevención del Síndrome del Cuidador	8
	Enfoque clínico comunitario de intervención	9
	Modelo cognitivo conductual	9
	Marco normativo: Políticas públicas	10
•	OBJETIVOS	10
	Objetivo General	10
	Objetivos Específicos	11
•	DESTINATARIOS/AS DEL PROYECTO	11
	Criterios de inclusión	11
	Criterios de exclusión	12
•	ACTIVIDADES A REALIZAR	12
a)	Diseño del plan de atención dirigido a la población bajo el enfoque de la psicología clíni- ca en la comunidad	12
b)	Diseño de programa de atención basado en el diagnóstico de aspectos clínicos comuni- tarios detectados en la población meta	14
•	METODOLOGÍA	32
•	TEMPORALIZACIÓN	33
	Cronograma de actividades.	35
•	EVALUACIÓN	36
	Escala de Sobrecarga del Cuidador (ZARIT)	36
	Escala de Autocuidado	37
	RECURSOS Y PRESUPUESTO	39
	ANEXOS	40
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto surge ante la necesidad de atender el impacto psicosocial que enfrentan los cuidadores primarios —madres, padres o familiares— de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Diversos estudios han evidenciado que su rol de cuidado continuo y las altas demandas emocionales, físicas y económicas pueden generar sobrecarga, estrés crónico y agotamiento, dando lugar al denominado Síndrome del Cuidador, el cual afecta significativamente el bienestar psicológico y la calidad de vida de quienes ejercen esta labor.

En el ámbito nacional, investigaciones recientes confirman la existencia de necesidades psicológicas no atendidas en este grupo poblacional. El estudio desarrollado por Portillo Tobar et al. (2019), evidenció que los cuidadores participantes presentaban niveles de sobrecarga emocional que oscilaban entre ligera e intensa, según la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

De manera similar, el estudio de Alvarado Campos et al. (2024), determinó que la mayoría de madres cuidadoras presentaban dificultades significativas en la regulación emocional, así como altos niveles de frustración, tristeza, ira y culpa, derivados de la percepción de no cumplir adecuadamente su rol de cuidado.

Estos hallazgos son representativos de una población vulnerable que de no ser atendida desde un enfoque preventivo, se convierten en candidatos para desarrollar trastornos psicológicos más complejos, que a su vez afectaría a los niños con TEA. En ese sentido, a nivel nacional el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) constituye la institución de salud pública con mayor demanda en la atención de niños con TEA. En el periodo de julio–diciembre de 2024, se atendieron 170 casos, en su mayoría de San Salvador. Esto posiciona al ISRI como la institución con mayor concentración de cuidadores primarios de niños con TEA.

Es importante destacar que las intervenciones tanto del ISRI como del resto de instituciones que brindan atención a niños con TEA, se centran prioritariamente en el paciente. En consecuencia, los programas dirigidos específicamente al bienestar psicológico de los cuidadores primarios son casi inexistentes en el país.

Es por ello, que el presente proyecto responde a esta brecha de atención, proponiendo una intervención preventiva desde el enfoque psicosocial, clínico y comunitario, que promueva el fortalecimiento de estrategias de autocuidado en los cuidadores adultos responsables de niños con TEA. Su implementación permitirá reducir los niveles de estrés y sobrecarga emocional, mejorar la regulación afectiva y potenciar los recursos personales y sociales de los cuidadores, favoreciendo así su bienestar integral y el de sus familias.

Además, esta propuesta se enmarca dentro de políticas públicas nacionales y regionales que respaldan las acciones en salud mental y autocuidado, tales como la Ley de Salud Mental, la Norma Técnica para la Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad, y la Política Regional de Salud SICA 2023–2030.

En suma, este proyecto se justifica por su pertinencia social, institucional y científica, al contribuir al bienestar psicológico de los cuidadores primarios y, de manera indirecta, al desarrollo integral de los niños con TEA.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

TEA y demandas de apoyo según sus niveles

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) es considerado según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V como un trastorno del neurodesarrollo, que aparece antes de los tres años de edad, puede durar toda la vida y causar deficiencias persistentes en la comunicación, interacción social, así como patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, en diferentes niveles de gravedad:

Grado 1: “Necesita ayuda”

Grado 2: : “Necesita ayuda notable”

Grado 3: : “Necesita ayuda muy notable”

Síndrome del Cuidador y sintomatología

Según Bermeo et al. (2025) el Síndrome del Cuidador se caracteriza por un estado de agotamiento en donde se observa sintomatología física, emocional y cognitiva provocado por la carga de cuidar a personas con algún tipo de discapacidad, en este caso niños/as con TEA. Dentro de la sintomatología puede destacarse fatiga, irritabilidad, sentimientos de tristeza, pérdida de interés, estrés, miedo, preocupación excesiva, falta de concentración, cambios en la calidad del sueño etc. Bermeo destaca que mucha de esta sintomatología se engloba en trastornos como la depresión y ansiedad.

Factores predisponentes para el Síndrome del Cuidador

Nivel de TEA: Alibekova et al. (2022), evidencia que los niveles de estrés en los padres se asocian con el nivel de TEA que padece el niño, esto se debe a que el nivel de sobrecarga del cuidador está en dependencia de las demandas de apoyo que necesitan los niños en su vida cotidiana.

Factor socio-económico: Sim et al (2018), indica que el estrés familiar de niños con autismo está asociado a las dificultades económicas y de acceso a atención integral y especializada del TEA.

Sistemas de apoyo formales e informales limitados: López Chavez (2018) argumenta que la ausencia de soporte institucional, social, familiar y comunitario generan mucha ansiedad, estrés, tristeza, y angustia por el futuro en los cuidadores primarios de niños con TEA.

Déficit en el autocuidado del cuidador: El tiempo extendido reduce en gran medida el tiempo personal de los cuidadores agravando su carga y afectando su salud física y psicológica. (Ji et al, 2014)

Desconocimiento del Síndrome del cuidador: la falta de conciencia sobre las consecuencias psicológicas que conlleva el cuidado de un niño con TEA, genera mayor vulnerabili-

dad a padecer dicho síndrome, puesto que no cuentan con herramientas para su prevención e identificación temprana. (Bermeo et al, 2025)

Consecuencias del Síndrome del Cuidador

Impacto en la salud física: Sensi 2023, indica que los hábitos alimenticios del 58% de los cuidadores primarios son peores que antes de asumir el rol, mientras sus niveles de cortisol (hormona del estrés) son 23% más alto que el resto de la población, por lo que son muy vulnerables a sufrir enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, cardiopatía etc.

Vulnerabilidad para el desarrollo de problemas psicológicos de mayor complejidad: si el síndrome del cuidador no se detecta en etapas tempranas las personas pueden empe- zar a desarrollar trastornos de depresión moderada a severa, así como trastornos de ansie- dad, trastornos del sueño etc. (Bupa Global, 2025).

Problemas en el cuidado del paciente con TEA: las características de la sintomatología que genera el síndrome del cuidador descritas anteriormente genera dificultades para la re- gulación emocional, que según Bradshaw et al 2021 llega a externalizarse en la relación con el paciente con TEA, y por ende, afecta el cuidado del mismo de manera eficiente.

Deterioro de las dinámicas familiares y relaciones sociales: según Perez, et al (s.f), el 55% de cuidadores con el síndrome tienden a aislarse por sentimientos de culpa, rechazo, abandono etc, asimismo, existe un incremento en la tensión familiar, discusiones frecuentes que desembocan en conflictos conyugales o familiares.

Autocuidado y sus dimensiones

Según Correa, 2016 son todas aquellas prácticas cotidianas y decisiones que realiza una persona, grupo o familia para cuidar de su salud, prevenir enfermedades físicas y psicológi- cas y tener una mejor calidad de vida. Es importante destacar que no se reduce a aspectos fí- sicos, involucra una visión más integral de bienestar, y requiere del desarrollo y práctica de

habilidades que favorezcan la toma de responsabilidad en la solución de aquello que afecta la salud.

De acuerdo a lo anterior, UNICEF plantea las siguientes dimensiones de autocuidado.

Autocuidado físico: es todo lo relacionado con el bienestar del cuerpo, desde hábitos relacionados con una alimentación saludable, higiene corporal, actividad física e higiene del sueño, hasta prevenir y atender enfermedades.

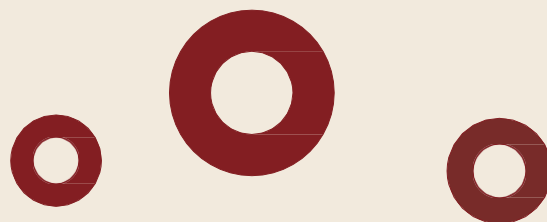
Autocuidado emocional: implica todas aquellas acciones cuyo objetivo es contribuir al bienestar emocional y conectar de manera saludable con las emociones propias y de los demás. Requiere de habilidades para el reconocimiento de estas, identificación de sus desencadenantes y reacciones corporales, así como para la expresión eficaz y asertiva de las mismas.

Autocuidado cognitivo: son todas las acciones cuyo objetivo es estimular las funciones cognitivas y cuidar de los pensamientos e ideas que se tienen del exterior y de sí mismo. Implica la habilidad para reconocer estados cognitivos, patrones de pensamiento, y modificación de los mismos.

Autocuidado social: está relacionado con aquellas actividades que permiten compartir y disfrutar del tiempo con otros, estableciendo y manteniendo relaciones saludables basadas en el respeto y límites asertivos

El Autocuidado en la prevención del Síndrome del Cuidador

Según UNICEF la incorporación de rutinas de autocuidado es la base fundamental para prevenir enfermedades tanto de índole física como psicológica, y en caso de ya padecerlas se convierte en un recurso para recuperarse de las mismas.



Asimismo, Perez y Hazas (2023) concluyen que el elemento del autocuidado parece tener efectos beneficiosos sobre los cuidadores primarios, por ello diversos autores lo proponen como una de las prácticas para prevenir y/o afrontar el Síndrome del Cuidador, dentro de estos se destaca a Romero (2019), quien además agrega que para lograr mejorar el autocuidado del propio cuidador se debe hacer a través de la enseñanza de técnicas de gestión emocional, solución de problemas, actividades de disfrute, técnicas de relajación y asertividad.

Enfoque clínico comunitario de intervención

Según la Asociación Americana de Psicología, la psicología clínica comunitaria es una especialidad dentro de la psicología clínica que propicia las actuaciones a nivel comunitario mediante el desarrollo de programas de prevención y promoción del bienestar psicológico de las poblaciones más vulnerables.

Modelo cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual tiene como supuesto básico que los patrones de pensamientos y comportamientos disfuncionales son la causa de los problemas psicológicos (Instituto de Investigación de la Recuperación s.f). Es por ello que sus técnicas de intervención están orientadas a la modificación de dichos patrones de pensamiento, así como el entrenamiento de conductas más adaptativas. Dentro de los pioneros más destacados de este modelo se encuentra Albert Ellis y su Terapia Racional Emotiva Conductual y Aaron Beck con su Terapia Cognitiva, posteriormente Terapia Cognitivo Conductual. (Psychology Magazine News, 2025)

Según Ybarra et al (2012) diversos estudios han demostrado la eficacia de intervenciones cognitivo-conductuales para el desarrollo de habilidades necesarias para la práctica de conductas de autocuidado en personas con padecimientos ya establecidos, así como a nivel preventivo de los mismos.

Marco normativo: Políticas públicas

Las políticas públicas que respaldan la iniciativa del presente proyecto son:

Ley de Salud Mental: Art. 12.- Serán atribuciones del MINSAL: k)

Promover y facilitar la participación activa y consciente de la población en las acciones preventivas y de atención en la salud mental.

Derecho a Recibir Apoyo Art. 19.-Toda familia que tenga al cuidado personas con trastornos mentales y del comportamiento, tiene derecho a recibir asistencia, asesoría, orientación, capacitación y adiestramiento necesario, por parte de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y entes privados que prestan servicios de salud mental, para realizar actividades que promuevan la integración y el desarrollo de las potencialidades acordes al padecimiento del usuario.

Norma Técnica para la atención Integral en salud para las personas con discapacidad: Art.1.-Establece las disposiciones técnicas para la atención integral en salud a la persona con discapacidad, su familia y la comunidad.

Política Regional de Salud SICA 2023-2030: busca generar propuestas que posicionen el autocuidado como una herramienta esencial para sistemas de salud más sostenibles, centrados en las personas, la prevención y promoción.

OBJETIVOS

Objetivo General

Promover la práctica de estrategias de autocuidado en adultos de 20 a 40 años de edad, cuidadores primarios de niños, niñas y adolescentes (NNA) con Trastorno del Espectro Autista (TEA) usuarios del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) por medio de una

metodología lúdica y participativa con el propósito de influir en la prevención del desarrollo de la sintomatología del Síndrome del Cuidador, en el periodo de un año.

Objetivos Específicos

- Identificar conductas de auto cuidado desatendidas y los factores de riesgo de los cuidadores primarios a padecer el Síndrome del Cuidador.
- Concientizar sobre la importancia del auto cuidado en la prevención del Síndrome del Cuidador y el bienestar psicológico.
- Fomentar la adopción de prácticas de auto cuidado físico, cognitivo, emocional y social.

DESTINATARIOS/AS DEL PROYECTO

La población destinataria del presente proyecto está conformada por madres, padres y cuidadores primarios de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA), que son usuarios del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), específicamente adultos que desempeñan un rol activo de cuidado.

Criterios de inclusión:

- Ser madre, padre o cuidador/a primario de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.
- Ser usuario/a activo/a del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI).
- Tener al menos seis meses de experiencia continua en el rol de cuidado.
- Que su edad oscile entre 20 a 40 años de edad.
- Residir en el área metropolitana de San Salvador y zonas aledañas.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores que participen simultáneamente en programas de intervención psicológica similar.
- Cuidadores que presenten trastornos mentales graves que dificulten su participación, los cuales deberán ser derivados para atención especializada.

Esta delimitación responde a la necesidad de garantizar la viabilidad operativa del proyecto y a la posibilidad de coordinar esfuerzos institucionales para el acompañamiento y evaluación del proceso de intervención.

ACTIVIDADES A REALIZAR

a) **Diseño del plan de atención dirigido a la población bajo el enfoque de la psicología clínica en la comunidad.**

DIMENSIONES	VARIABLES
Auto cuidado físico	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia corporal y actividad física: reconocimiento de señales corporales (tensión, cansancio, energía), capacidad de relajación consciente. • Bienestar físico y emocional: Percepción de energía y vitalidad, reducción de síntomas físicos del estrés. • Gestión del estrés: Uso de técnicas de relajación, autoevaluación del estrés antes y después de la jornada • Hábitos saludables: Cambios en hábitos de alimentación, descanso e hidratación, cumplimiento del “reto de autocuidado”
Autocuidado cognitivo y emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia cognitiva: Diferencia entre pensamiento y emoción, identificación de la relación entre pensamientos, emociones y acciones, reconocimiento de situaciones donde sus pensamientos afectan su estado emocional, descripción de ejemplos de pensamientos frecuentes ante situaciones de cuidado. • Reestructuración cognitiva: identificación de distorsiones cognitivas, cuestionamiento de la evidencia de pensamientos negativos, reformulación de pensamientos disfuncionales por otros más realistas, aplicación del modelo A-B-C de Ellis para anali-

	<p>zar situaciones personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoregulación emocional: razonamiento de cómo sus emociones cambian al modificar sus pensamientos, Utilización de autoinstrucciones racionales (“Puedo hacerlo poco a poco”, “Puedo pedir ayuda”), control de el diálogo interno negativo en situaciones de estrés, implementación de estrategias cognitivas para reducir el malestar emocional. • Autoobservación y autoconsciencia: Registro de pensamientos y emociones diarias sin juzgar, reconocimiento de patrones de pensamiento repetitivos, relacionar la autoobservación con un mayor control emocional, mantenimiento de la práctica diaria de observación cognitiva. • Autoestima y autovaloración: Identificación de fortalezas personales y recursos internos, reconocimiento de autovalia más allá del rol de cuidador, reformulación de creencias limitantes sobre sí mismo, expresión de pensamientos positivos y realistas sobre su identidad y capacidades.
Autocuidado social	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de apoyo: Identificación de personas significativas, reconocimiento de tipos de apoyo que se posee • Comunicación asertiva: Formulación de peticiones o rechazos de manera adecuada, implementación de escucha activa. • Expresión emocional y autorregulación: utilización de estrategias de autorregulación, participación en actividades de descarga emocional, identificación de emociones frecuentes • Participación social y vinculación: Planificación y cumplimiento en actividades significativas, vinculación con otros cuidadores • Compromiso con el autocuidado: planificación de acciones de autocuidado, seguimiento de metas sociales.
Plan personal de autocuidado a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar personal y emocional de el cuidador: Reconocimiento de factores que afectan su bienestar., Evaluación periódica de su estado emocional, expresión de sus emociones en espacios reflexivos. • Manejo del tiempo y equilibrio cotidiano: Definición de horarios para actividades personales, cumplimiento de rutina planificada, evita sobrecarga de tareas. • Compromiso con el bienestar propio: Cumplimiento de metas de autocuidado, reconocimiento de la importancia de cuidar de sí mismo, participa activa en el cierre reflexivo.



Diseño de programa de atención basado en el diagnóstico de aspectos clínicos comunitarios detectados en la población meta

Fase 1- Planificación y Promoción del proyecto:

En esta fase se realizarán actividades de coordinación con las instituciones (ISRI u otras), se conformará el equipo técnico del proyecto, se elaborarán los materiales a utilizar.

Paralelamente se implementarán acciones de promoción institucional mediante afiches, pos- ter y publicidad en redes sociales del ISRI, así como el proceso de reclutamiento de partici- pantes tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión. En este mismo periodo se aplicará el formulario de sondeo inicial para identificar las necesi - dades y expectativas del grupo meta, lo que servirá de base para ajustar la metodología y el contenido de los talleres.

Fase 2- Evaluación pre-intervención

Actividad 1. Formulario de sondeo sobre factores de riesgo y protección: los beneficia- rios deberán llenar un cuestionario en línea sobre sus datos sociodemográficos, factores de riesgo y de protección de sus contextos inmediatos: estado civil, nivel académico, ocupación, barreras de tiempo, distancia, apoyo familiar, recursos económicos, acceso a servicios de salud mental, estigma sobre el autocuidado etc.

Actividad 2. Evaluación de variables a intervenir: se destinará una jornada para la aplica- ción de la Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT y la Escala de autocuidado (Gonzalez- Vasquez, et al).

Nota: Los datos obtenidos en esta fase servirán de base para particularizar la aplicación de técnicas de intervención y la evaluación de la misma.



Fase 3: Campañas de concientización (nivel I de intervención)

JORNADA 1: SÍNDROME DEL CUIDADOR Y CONSECUENCIAS EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

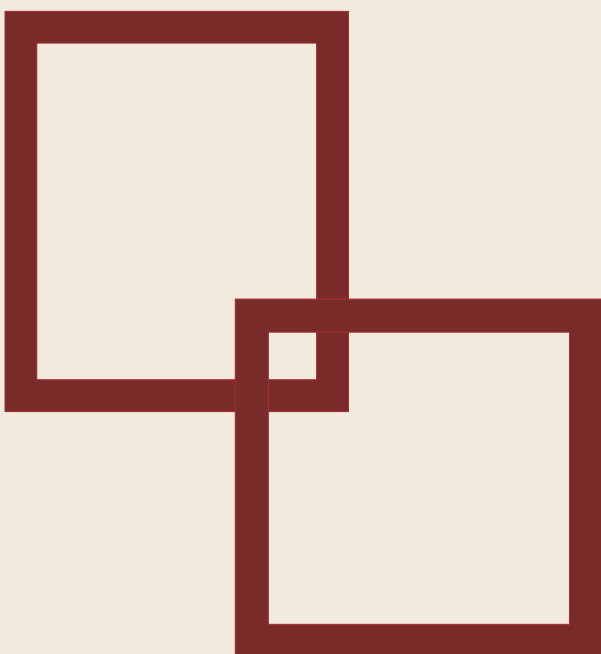
Objetivo General: Concientizar sobre la sintomatología del síndrome del cuidador y sus consecuencias mediante estrategias psicoeducativas con el fin que los beneficiarios tengan pautas para su identificación temprana

Objetivos Específicos	Contenidos a Trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de Intervención
1. Reconocer el síndrome del cuidador y sus manifestaciones psicológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Definición y síntomas del síndrome del cuidador. • Diferencia entre estrés y desgaste crónico. • Factores de riesgo. • Consecuencias a corto, mediano y largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explica la sintomatología de forma empática y accesible. • Facilita el reconocimiento de señales de agotamiento emocional. • Promueve la validación de las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Autoevaluación guiada. • Debate grupal.
2. Concientizar sobre la importancia de prevenir el desgaste emocional y físico.	<ul style="list-style-type: none"> • Descanso y límites personales. • Manejo del tiempo. • Importancia de practicar actividades de bienestar y relajación, para el manejo del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza la importancia de la pausa y el autocuidado diario. • Motiva el equilibrio entre cuidado personal y del paciente con TEA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Planificación de tiempos de autocuidado.
3. Identificar los beneficios del fortalecimiento de la red de apoyo social para los cuidadores de niños con TEA.	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de pedir ayuda y compartir responsabilidades con familiares. • Importancia del acompañamiento entre cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve espacios de interacción y confianza. • Refuerza la idea de comunidad como fuente de bienestar emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Debate grupal

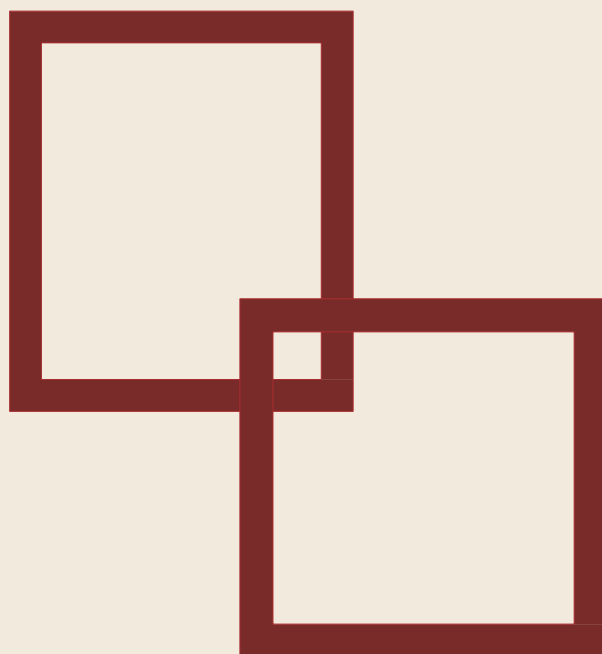
JORNADA 2: “IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO”

Objetivo General: Sensibilizar sobre la importancia del autocuidado en el bienestar psicológico y en la prevención del síndrome del cuidador por medio de estrategias psicoeducativas que propicien la adquisición de un papel activo durante el la ejecución del proyecto.

Objetivos Específicos	Contenidos a Trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de Intervención
1. Promover la comprensión del autocuidado como una práctica necesaria para el equilibrio emocional y psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de autocuidado integral (físico, emocional, social, cognitivo). • Diferencia entre autocuidado y egoísmo. • Factores que obstaculizan el autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora conocimientos previos • Introduce el tema por medio de un lenguaje adaptado a las características de la población. • Desmitifica las creencias erróneas sobre el autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Debate guiado. • Dinámica de reflexión grupal (“Mi relación con mi autocuidado”).
2. Promover la toma de conciencia de áreas personales que requieren atención y mejora.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoobservación y autoconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza ejercicios de reflexión sobre hábitos personales. • Acompaña la toma de conciencia sobre patrones de desgaste y exceso de exigencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Análisis FODA de autocuidado personal.
<p>3. Concientizar sobre la importancia del autocuidado para el cuidado de otros y en la prevención del Síndrome del cuidador</p> <p>• Propiciar el compromiso personal para la mejora de los hábitos de autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del autocuidado para el cuidado de otros • Relación entre autocuidado y síndrome del cuidador • Importancia del compromiso personal en el proceso de intervención del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Propicia la asimilación de los conocimientos previos (jornada 1), con los nuevos (jornada 2) • Motiva al participante a reconocer la importancia del bienestar propio como requisito para cuidar a otros. • Motiva la responsabilidad individual sobre el propio bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Técnica de “mi compromiso con mi bienestar”.



Fase 4: Talleres psicoeducativos (nivel II de intervención)



BLOQUE 1: AUTOCUIDADO FÍSICO

JORNADA 1

Objetivo General: Promover el autocuidado físico en padres de niños con autismo mediante actividades grupales que favorezcan la conciencia corporal, la relajación, la gestión del estrés y la adopción de hábitos saludables.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Favorecer la toma de conciencia sobre la importancia del autocuidado físico.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de autocuidado físico y bienestar integral. • Consecuencias del descuido físico. 	Explica la relación entre bienestar físico y emocional. Facilita reflexión guiada sobre la rutina diaria.	<ul style="list-style-type: none"> • “El termómetro del autocuidado” (los participantes ubican su nivel actual de autocuidado en una escala visual). • Dinámica “Mi semana en movimiento”: los participantes identifican momentos donde pueden incluir pausas activas o autocuidado físico
2. Promover la conexión cuerpo-mente a través del movimiento.	Importancia de abordar la , tensión muscular, fortalecimiento de capacidades de autorregulación.	Guía ejercicios de relajación corporal y movimiento. Refuerza la atención plena en las sensaciones físicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular progresiva; respiración diafragmática guiada
3. Fomentar hábitos saludables de descanso, alimentación y movimiento.	Rutinas equilibradas: sueño, alimentación, hidratación, ejercicio leve.	Promueve el establecimiento de metas pequeñas y realistas. Reforzar logros y continuidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reto de autocuidado de 7 días: elegir una acción física diaria (caminar 10 minutos, beber más agua, dormir 30 min antes). <p>Planificador físico-semanal (se diseña durante la sesión).</p> <p>Técnica del “recordatorio visual”: crear tarjetas o frases motivacionales.</p>
4. Reforzar la conexión grupal y el apoyo entre padres.	Apoyo mutuo, compartir experiencias, reforzamiento social.	Favorece el reconocimiento y validación entre participantes.	Dinámica “Cuidándome contigo” (pares comparten estrategias que les funcionan); cierre con recordatorio de la tarea semanal “reto de autocuidado y planificador físico semanal”

JORNADA 2

Objetivo General: Dar seguimiento a las estrategias de autocuidado físico iniciadas en la jornada anterior, promoviendo la reflexión sobre los logros, dificultades y ajustes necesarios para mantener hábitos saludables sostenibles en el tiempo.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Favorecer la reflexión sobre las prácticas de autocuidado físico implementadas durante la semana.	Revisión de experiencias personales y grupales sobre las tareas de autocuidado físico: ejercicio, descanso, hidratación y alimentación.	Dinámica de apertura: "Mi experiencia de la semana". Cada participante comparte una acción de autocuidado que logró realizar y una dificultad encontrada.	<i>Lluvia de ideas grupal. Rueda de experiencias.</i>
2. Reforzar hábitos saludables identificando factores que favorecen o dificultan su práctica diaria.	Factores personales, laborales y emocionales que influyen en el mantenimiento del autocuidado físico.	Actividad grupal: "Detectando obstáculos y recursos". En subgrupos se analizan las principales barreras y se proponen estrategias realistas de mejora	<i>Trabajo grupal guiado. Análisis participativo.</i>
3. Promover la integración del autocuidado físico con el bienestar emocional.	Relación entre cuerpo y mente: cómo el bienestar físico influye en el estado emocional y viceversa.	Ejercicio de relajación corporal guiada y respiración consciente para conectar con las sensaciones físicas y emocionales.	<i>Relajación guiada. Técnica de respiración consciente.</i>
4. Fomentar la planificación individual del autocuidado.	Elaboración de un plan semanal personalizado de autocuidado físico.	Cada participante diseña su "Plan personal de autocuidado físico" con metas alcanzables y estrategias concretas	<i>Guía de planificación individual. Asesoría personalizada.</i>
5. Reforzar el sentido de compromiso grupal y apoyo mutuo.	Importancia del acompañamiento social en el mantenimiento de hábitos saludables.	Cierre grupal: Se comparten compromisos individuales y mensajes de apoyo.	<i>Refuerzo grupal positivo. Dinámica de cierre motivacional.</i>

BLOQUE II. AUTOCUIDADO COGNITIVO Y EMOCIONAL

JORNADA 1

Objetivo general: Reconocer la relación entre pensamientos, emociones y conductas mediante la aplicación del modelo A-B-C de Ellis, promoviendo una interpretación más racional y saludable de las experiencias del cuidador.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Diferenciar entre pensamientos y emociones, y reconocer su impacto en el bienestar del cuidador.	<p>Concepto de pensamiento y emoción.</p> <p>Relación entre ambos en la interpretación de las experiencias diarias.</p> <p>Importancia del autocuidado emocional y cognitivo.</p>	<p>Explicar de manera clara la diferencia entre pensamiento y emoción con ejemplos prácticos del rol del cuidador.</p> <p>Resaltar la importancia de cuidar los pensamientos y emociones para mantener la salud mental.</p>	Psicoeducación
2. Comprender el modelo A-B-C de Ellis.	Introducción teórica al modelo A-B-C: Acontecimiento activador (A), Creencia o interpretación (B), Consecuencia emocional o conductual (C). Ejemplos cotidianos en el rol del cuidador.	Explicación clara y adaptada del modelo con apoyo visual (pizarra o diapositiva). Preguntar a los cuidadores si reconocen situaciones propias que puedan ilustrar el modelo	Psicoeducación. Modelo A-B-C de Ellis.
3. Identificar los componentes A, B y C en experiencias personales.	Aplicación práctica del modelo a situaciones reales: estrés, cansancio, discusiones, sensación de culpa o autoexigencia.	Facilitar un ejercicio guiado: los participantes describen una situación reciente (A), sus pensamientos asociados (B) y cómo se sintieron o actuaron (C).	Ejercicio práctico individual.- Registro A-B-C.
4. Fomentar la toma de conciencia sobre cómo las creencias influyen en las emociones.	Análisis del impacto que tienen las interpretaciones personales en el bienestar emocional y en la forma de actuar frente al cuidado.	Promover una reflexión grupal sobre cómo distintas interpretaciones de un mismo hecho generan diferentes emociones. Invitar a compartir ejemplos.	Discusión grupal. Reflexión guiada.

4. Consolidar el aprendizaje del modelo A-B-C.	Síntesis del modelo y su utilidad para el autocuidado cognitivo. Revisión de los ejemplos aportados.	Realizar un repaso final y reforzar verbalmente los logros del grupo. Asignar una tarea sencilla para el hogar: registrar una secuencia A-B-C durante la semana.	Retroalimentación. Tarea para el hogar.
--	--	--	---

JORNADA 2

Objetivo general: Favorecer la detección y el reconocimiento de los pensamientos automáticos negativos que surgen en la experiencia de cuidado, promoviendo una reflexión más racional, consciente y equilibrada.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Revisar los aprendizajes de la Jornada 1.	Recordatorio del modelo A-B-C y su aplicación práctica en situaciones del cuidado. Revisión de los registros A-B-C realizados durante la semana.	Facilitar una puesta en común de los registros realizados en casa. Valorar avances, resolver dudas y reforzar la utilidad del modelo en la vida cotidiana.	Retroalimentación grupal. Revisión de tarea.
2. Definir y comprender qué son los pensamientos automáticos.	Concepto de pensamiento automático: ideas rápidas, espontáneas, que surgen sin reflexión. Diferencia entre pensamiento racional y emocional.	Explicar el concepto de forma sencilla y contextualizada en el rol del cuidador. Usar ejemplos cotidianos: “No puedo más”, “Siempre lo hago mal”, “Si no estoy yo, todo se derrumba”. Proponer una lluvia de ideas grupal para identificar pensamientos habituales. Escribirlos y analizarlos en conjunto.	Psicoeducación. Ejemplificación guiada. Lluvia de ideas.
3. Promover la toma de conciencia sobre el impacto de los pensamientos automáticos.	Presentación del formato de registro: situación – pensamiento – emoción – conducta. Utilidad del registro como herramienta de autoconocimiento sobre cómo los pensamientos negativos	Enseñar el uso del registro de pensamientos. Realizar un ejercicio práctico durante la sesión con una situación real o hipotética.	Registro de pensamientos automáticos. Ejercicio práctico individual.

	influyen en el estado de ánimo, el comportamiento y la relación con la persona cuidada.		
4. Consolidar el aprendizaje y fomentar su aplicación cotidiana.	Síntesis de los principales tipos de pensamientos automáticos y su detección. Reforzar el hábito de registrar y revisar pensamientos.	Repasar los contenidos principales de la jornada y reforzar la importancia del autocuidado cognitivo. Asignar tarea para la semana: registrar al menos tres pensamientos automáticos y analizarlos.	Retroalimentación. Tarea domiciliaria supervisada.

JORNADA 3

Objetivo general: Reconocer y cuestionar las creencias irracionales o distorsiones cognitivas que generan malestar emocional en el rol de cuidador, promoviendo pensamientos más flexibles y racionales.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Revisar los registros de pensamientos automáticos.	Revisión grupal de la tarea anterior: ejemplos de pensamientos negativos y su impacto emocional.	Analizar en grupo los ejemplos aportados, destacando cómo ciertos pensamientos pueden contener distorsiones.	Retroalimentación grupal.
2. Comprender las distorsiones cognitivas más comunes.	Explicación breve de los principales tipos: catastrofismo, sobregeneralización, pensamiento dicotómico y “debería”.	Presentar ejemplos cotidianos relacionados con la experiencia del cuidado. Favorecer la identificación de pensamientos similares en los participantes.	Psicoeducación. Detección de distorsiones cognitivas.

<p>3. Cuestionar y reformular ideas irracionales.</p>	<p>Aplicar el cuestionamiento socrático para revisar pensamientos poco realistas: “¿Qué evidencia tengo?”, “¿Podría verlo de otra manera?”.</p>	<p>Guiar la reflexión grupal y promover la sustitución de creencias rígidas por pensamientos más racionales.</p>	<p>Cuestionamiento socrático. Reestructuración cognitiva.</p>
<p>4. Consolidar el aprendizaje y fomentar su aplicación cotidiana.</p>	<p>Síntesis de lo aprendido: cómo identificar y cuestionar pensamientos disfuncionales.</p>	<p>Resumir los avances y asignar tarea: identificar durante la semana un pensamiento irracional y su posible reformulación racional.</p>	<p>Tarea domiciliaria.</p>

JORNADA 4

Objetivo general: Aprender a reemplazar pensamientos disfuncionales por autoinstrucciones racionales y realistas que favorezcan el bienestar emocional y la autoeficacia del cuidador.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
<p>1. Revisar el trabajo sobre creencias irracionales.</p>	<p>Análisis de los ejemplos registrados en la tarea anterior. Revisión de los cambios logrados al cuestionar pensamientos disfuncionales.</p>	<p>Promover la participación grupal y reforzar los avances en la identificación de ideas irracionales.</p>	<p>Retroalimentación grupal. Revisión de tarea.</p>
<p>2. Comprender el concepto de autoinstrucción racional.</p>	<p>Qué son las autoinstrucciones racionales: mensajes internos que orientan la conducta de manera realista y positiva. Diferencia entre autodiálogo negativo y autoverbalización racional.</p>	<p>Explicación sencilla con ejemplos: “No puedo más” → “Estoy cansado, pero puedo descansar y continuar”; “Debo hacerlo todo” → “Puedo pedir ayuda y hacer lo posible”.</p>	<p>Psicoeducación. Ejemplificación guiada.</p>
<p>3. Practicar la sustitución cognitiva.</p>	<p>Ejercicio práctico de transformación de pensamientos automáticos ne-</p>	<p>Proponer una dinámica grupal: los participantes reformulan pensamientos disfun-</p>	<p>Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en autoinstruc-</p>

	gativos en autoinstrucciones racionales.	cionales propios o aportados por el grupo.	ciones.
4. Consolidar el uso de autoinstrucciones en la vida cotidiana.	Importancia del diálogo interno en la regulación emocional y la autoimagen del cuidador.	Reflexión final sobre cómo las autoinstrucciones pueden convertirse en una herramienta de autocuidado diario. Asignar tarea de práctica en casa.	<i>Tarea domiciliaria.</i>

JORNADA 5 – Autoobservación y toma de conciencia cognitiva

Objetivo general: Promover la auto observación como herramienta fundamental para el autocuidado cognitivo, fortaleciendo la conciencia sobre los propios pensamientos, emociones y reacciones.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Revisar el uso de autoinstrucciones racionales.	Revisión de las tareas de la semana: análisis de los cambios percibidos al aplicar autoinstrucciones racionales.	Facilitar el intercambio de experiencias sobre los beneficios y dificultades al practicar la sustitución cognitiva.	Retroalimentación grupal. Revisión de tarea.
2. Comprender el concepto de autoobservación cognitiva.	La autoobservación como herramienta para identificar patrones de pensamiento y emociones. Relación entre atención consciente y autorregulación.	Explicación del concepto, con ejemplos cotidianos del rol de cuidador (momentos de estrés, cansancio, culpa).	Psicoeducación.
3. Practicar ejercicios de autoobservación.	Registro de pensamientos y emociones en situaciones específicas del día. Aprender a observar sin juzgar.	Proponer un ejercicio guiado: describir una situación reciente, los pensamientos asociados y la emoción experimentada. Reflexión grupal sobre lo observado.	<i>Autorregistro.</i> <i>Autoobservación guiada.</i>

4. Integrar la autoobservación como hábito de autocuidado.	Importancia de mantener la observación diaria para detectar patrones recurrentes y fomentar interpretaciones más racionales.	Cierre reflexivo sobre los aprendizajes y propuesta de práctica cotidiana de autoobservación.	Tarea domiciliaria.
--	--	---	---------------------

JORNADA 6

Objetivo general: Favorecer una visión más positiva y realista de uno mismo, diferenciando la identidad personal del rol de cuidador y fortaleciendo la autovaloración y la autoestima.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Revisar los avances en la autoobservación cognitiva.	Reflexión sobre los aprendizajes previos y cómo la autoobservación ayudó a reconocer pensamientos y emociones.	Promover una conversación abierta sobre los cambios notados en la manera de pensar y afrontar las situaciones de cuidado.	Retroalimentación grupal. Revisión de tarea.
2. Comprender el concepto de autoimagen y autovaloración.	Diferencia entre “ser cuidador” y “ser persona”. Reconocimiento de fortalezas personales más allá del rol de cuidado.	Explicar el impacto de la autoimagen en el bienestar emocional. Facilitar ejemplos y preguntas para fomentar la reflexión individual.	Psicoeducación. Reatribución cognitiva.
3. Reconocer fortalezas y cualidades personales.	Identificación de logros, recursos internos y aspectos positivos del propio desempeño.	Realizar una dinámica grupal: cada participante menciona una fortaleza personal o recibe un reconocimiento de sus compañeros.	Dinámica de reconocimiento. Autoinstrucciones positivas.

4. Integrar una visión más equilibrada de sí mismo.	Reformular creencias limitantes sobre el propio valor. Consolidar una identidad que incluya el rol de cuidador, pero no se limite a él.	Cierre reflexivo grupal: los participantes elaboran una frase o pensamiento positivo que resuma su nueva visión de sí mismos.	Reestructuración cognitiva.
---	---	---	-----------------------------

BLOQUE III. AUTOCUIDADO SOCIAL

JORNADA 1

Objetivo General: Fortalecer a cuidadores a través de una intervención psicológica que introduzca y promueva el desarrollo de redes de apoyo.

Objetivo específico	Contenido a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Identificar las redes de apoyo actuales de los cuidadores	<p>Concepto de red de apoyo Tipos de apoyo (emocional, instrumental, informativo)</p> <p>Reconocimiento de personas significativas</p>	<p>Guiar una reflexión grupal Facilitar la expresión emocional</p> <p>Promover el reconocimiento de vínculos existentes</p>	<p>Mapa de redes sociales Dinámica de grupo: "Círculo de apoyo" Lluvia de ideas guiada</p>
2. Fomentar la importancia del autocuidado social en la labor del cuidador	<p>Impacto del aislamiento social Beneficios del apoyo social Autocuidado como herramienta de resiliencia</p>	<p>Explicar conceptos psicoeducativos Validar emociones y experiencias Estimular la participación</p>	<p>Psicoeducación Preguntas reflexivas Testimonios compartidos</p>
3. Favorecer la apertura a nuevas conexiones sociales o comunitarias	<p>Estrategias para ampliar redes de apoyo Recursos comunitarios disponibles Habilidades sociales básicas</p>	<p>Motivar a la exploración de nuevos espacios Reforzar conductas de iniciativa social</p>	<p>Role play (ensayo de interacción) Técnica de reforzamiento positivo Registro de tareas sociales</p>

		Identificar barreras internas y externas	
--	--	--	--

JORNADA 2

Objetivo General: Promover el desarrollo de redes de apoyo para mejorar el bienestar emocional y reducir el riesgo de aislamiento.

Objetivo específico	Contenido a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Desarrollar habilidades de comunicación asertiva para fortalecer relaciones de apoyo	Comunicación asertiva vs. pasiva/agresiva Expresión de necesidades y emociones Escucha activa	Brindar ejemplos prácticos Modelar conductas asertivas Proporcionar retroalimentación constructiva	Role playing Técnica del espejo Ejercicios de escucha activa
2. Reconocer emociones asociadas al cuidado y su impacto en las relaciones sociales	Identificación de emociones frecuentes (culpa, frustración, soledad) Relación entre estado emocional y aislamiento Estrategias de autorregulación emocional	Facilitar la expresión emocional Validar experiencias Orientar a la gestión emocional saludable	Técnica del semáforo emocional Diario emocional
3. Potenciar el uso de recursos sociales y comunitarios como parte del autocuidado	Mapeo de recursos disponibles (ONG, grupos de apoyo, centros comunitarios) Beneficios del apoyo externo Cómo y cuándo pedir ayuda	Presentar recursos concretos Motivar la participación activa Acompañar en la elaboración de un plan de acción	Mapa de recursos Dinámica “mi red ideal” Plan de acción personalizado

JORNADA 3

Objetivo General: Educar a los cuidadores a través de una intervención psicológica que promueva la comunicación asertiva y la participación en actividades relacionales significativas.

Objetivo específico	Contenido a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Fortalecer la comunicación asertiva en contextos de cuidado y relaciones cercanas	Estilos de comunicación Elementos de la comunicación asertiva Derechos asertivos	Explicar y ejemplificar estilos comunicativos Modelar conductas asertivas Promover el diálogo reflexivo	Role playing Técnica de reestructuración de mensajes Dinámica “Yo siento, yo necesito”
2. Fomentar la participación en actividades relacionales significativas como forma de autocuidado	Actividades que generan conexión social Beneficios del compartir experiencias Identificación de barreras personales para participar	Facilitar espacios para compartir experiencias Validar temores o resistencias Estimular la apertura a nuevas experiencias	Dinámica “Mi actividad significativa” Tormenta de ideas sobre actividades sociales Técnica de compromiso conductual
3. Diseñar un plan personal de vinculación social y comunicación asertiva	Planificación de acciones concretas Definición de objetivos relacionales Evaluación de recursos y tiempos disponibles	Acompañar en la elaboración del plan Brindar guía y retroalimentación Motivar la puesta en práctica progresiva	Hoja de ruta personal Técnica de establecimiento de metas SMART Diario de experiencias relacionales

JORNADA 4

Objetivo General: Consolidar los aprendizajes adquiridos en torno al autocuidado social y fortalecer el compromiso de los cuidadores con la continuidad de sus prácticas relacionales y de comunicación asertiva.

Objetivo específico	Contenido a trabajar	Actuaciones del psicólogo	Técnicas de intervención
1. Reforzar los aprendizajes sobre redes de apoyo, comunicación asertiva y vínculos significativos	Repaso de conceptos clave de jornadas anteriores Reflexión sobre cambios personales y relacionales Evaluación del proceso vivido	Facilitar un espacio de retroalimentación Promover la autoevaluación Estimular la valoración del proceso individual y grupal	Técnica del “viaje del cuidador” Línea del tiempo del proceso Dinámica de reconocimiento grupal
2. Promover el compromiso con el mantenimiento del autocuidado social a largo plazo	Estrategias para sostener redes de apoyo Hábitos de autocuidado relacional Planificación de acciones futuras	Acompañar la creación de planes personales Brindar recomendaciones Reforzar logros y cambios positivos	Plan de autocuidado social a largo plazo Técnica del contrato simbólico Lista de compromisos personales
3. Favorecer el cierre emocional del proceso y el sentido de pertenencia al grupo	Agradecimiento y reconocimiento Sentido de comunidad Importancia del apoyo mutuo	Facilitar un cierre cálido y respetuoso Validar las emociones del cierre Estimular la continuidad del contacto grupal (si es posible)	Rueda de cierre emocional Carta al grupo o a uno mismo

BLOQUE IV. “PLAN PERSONAL DE AUTOCUIDADO A LARGO PLAZO”

30

JORNADA 1

Objetivo General: Propiciar la practica de las estrategias aprendidas durante la intervención por medio del establecimiento de un plan personal de autocuidado a largo plazo y la adquisición de un compromiso para su cumplimiento

Objetivos Específicos	Contenidos a Trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de Intervención
1. Promover la construcción de un plan personal de autocuidado sostenible y realista.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de autocuidado planificado. • Importancia de la constancia en el bienestar personal. • Estrategias para mantener hábitos saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explica la relevancia de estructurar un plan a largo plazo. • Motiva al participante a identificar áreas prioritarias. • Acompaña la elaboración de objetivos alcanzables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Técnica SMART para formulación de metas. • Ejercicio de planificación semanal.
2. Identificar las necesidades personales, emocionales y sociales de cada cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de necesidades individuales. • Factores que influyen en el bienestar psicológico. • Identificación de recursos y apoyos disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita un espacio de reflexión y autoconocimiento. • Orienta sobre recursos comunitarios o familiares. • Promueve la expresión emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica del mapa de recursos personales. • Dinámica “Mi red de apoyo”.
3. Desarrollar estrategias para incorporar el autocuidado en la rutina diaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Organización del tiempo. • Balance entre responsabilidades y descanso. • Microacciones cotidianas de bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya en la priorización de actividades. • Enseña a integrar pausas activas y actividades placenteras. • Refuerza la autoeficacia del parti- 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en manejo del tiempo. • Técnica del registro de actividades. • Mindfulness en la vida diaria.

		cipante.	
4. Fortalecer el compromiso personal con el bienestar propio.	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del autocuidado continuo. • Evaluación del progreso personal. • Motivación intrínseca y refuerzo positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita ejercicios de seguimiento y reflexión. • Estimula el reconocimiento de logros. • Refuerza la autocompasión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario de avances. • Técnica del contrato de autocuidado. • Cierre reflexivo grupal.

Fase 5. Evaluación Post-intervención:

Se aplicarán nuevamente los instrumentos utilizados en la fase 2 (Zarit y Escala de Autocuidado) con el fin de medir los cambios logrados tras la intervención.

Se realizará el análisis estadístico comparativo pre–post y se documentarán los avances en cada dimensión.

Fase 6. Derivación y Cierre:

Se presentarán los resultados obtenidos a los cuidadores participantes y a las instituciones involucradas.

Los casos que requieran atención individual o especializada serán derivados a los servicios correspondientes.

M E T O D O L O G I A

El proyecto se desarrollará bajo el enfoque de Investigación-Acción Participativa (IAP), que combina la investigación con la acción comunitaria para generar cambios significativos en la salud mental de la población. Este enfoque promueve la participación activa de los beneficiarios en todas las etapas del proceso: diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de la intervención.

Se utilizarán técnicas participativas como entrevistas, talleres y actividades lúdicas que faciliten la identificación de necesidades, el fortalecimiento de los vínculos comunitarios y la promoción del bienestar psicosocial.

TEMPORALIZACION

El proyecto se desarrollará a lo largo de un año, comprendiendo el período de enero a diciembre.

La temporalización se estructura en seis fases: Planificación y promoción del proyecto, Evaluación Pre-intervención, Campañas de concientización, Talleres psicoeducativos de autocuidado (dividido en cuatro bloques), evaluación post-intervención y derivación y cierre. Cada una con objetivos y actividades específicas orientadas a la planificación, ejecución y evaluación del programa.

Duración total: 12 meses

Frecuencia de jornadas: Cada 15 días (1 hora 30 min por sesión)

Fase 1. Planificación y Promoción: 2 meses

Actividades principales: Conformación del equipo técnico. Elaboración de materiales y guías, Coordinación con instituciones (ISRI u otras). Campaña de promoción y reclutamiento de participantes. Aplicación del formulario de sondeo inicial.

Fase 2. Evaluación Pre-intervención: 1 mes

Actividades principales: Aplicación de instrumentos de evaluación inicial, Zarit y Escala de Autocuidado. Sistematización y análisis de resultados. Selección definitiva del conjunto de cuidadores.

Fase 3. Campañas de Concientización (Nivel I): 1 mes

Se desarrollarán dos jornadas psicoeducativas destinadas a sensibilizar a los cuidadores sobre la importancia del autocuidado y la prevención del Síndrome del Cuidador. Estas actividades constituyen una introducción motivacional y educativa antes de los talleres.

Fase 4. Talleres Psicoeducativos de Autocuidado (Nivel II): 7 meses

Esta es la fase central del proyecto. Comprende 15 jornadas distribuidas en cuatro bloques temáticos, con una frecuencia de una sesión cada 15 días. Cada jornada combina teoría, práctica y tareas domiciliarias orientadas a fortalecer hábitos de autocuidado físico, emocional y social.

Bloque I: Autocuidado Físico:

- Jornada 1: Introducción al autocuidado físico: alimentación, descanso, ejercicio.
- Jornada 2: Seguimiento práctico: reto de 7 días y planificación personal.

Bloque II: Autocuidado Cognitivo-Emocional:

- Jornada 3: Modelo A-B-C de Ellis.
- Jornada 4: Identificación de pensamientos automáticos.
- Jornada 5: Distorsiones cognitivas.
- Jornada 6: Reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.
- Jornada 7: Ejercicios de autoobservación.
- Jornada 8: Identidad y autoestima.

Bloque III: Autocuidado Social:

- Jornada 9: Mapa de redes de apoyo social.
- Jornada 10: Comunicación asertiva.
- Jornada 11: Integración social y participación comunitaria.
- Jornada 12: Cierre y compromiso grupal.

Bloque IV: Plan Personal de Autocuidado:

- Jornada 13: Diseño del plan personal de autocuidado a largo plazo.
- Jornada 14: Establecimiento de metas SMART y compromisos personales.
- Jornada 15: Cierre reflexivo y consolidación del plan.

Fase 5. Evaluación Post-intervención: 15 días.

Actividades Principales: Aplicación de instrumentos post-intervención. Análisis estadístico comparativo. Elaboración del informe de resultados

Fase 6. Derivación y Cierre: 15 días.**Cronograma de actividades.**

Fase / Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Fase 1. Planificación y Promoción												
Fase 2. Evaluación Pre-intervención												
Fase 3. Campañas de Concientización (Nivel I)												
Fase 4. Talleres Psicoeducativos de Auto-cuidado (Bloques I-IV)												
Fase 5. Evaluación Post-intervención												
Fase 6. Derivación y Cierre												

EVALUACIÓN

La evaluación se llevará a cabo mediante la aplicación de dos instrumentos, los cuales se administrarán antes y después de la intervención, con el propósito de valorar el estado inicial del problema y los cambios obtenidos al finalizar la intervención.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARIT)

Ficha Técnica

Nombre del instrumento: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (*Zarit Burden Interview – ZBI*)

Autores: Steven H. Zarit, Nancy K. Reeve y Jill Bach-Peterson (1980)

Adaptaciones: Existen múltiples adaptaciones al español; una de las más utilizadas es la validada por Martín, Salvado, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig (1996).

Año de creación: 1980

Propósito: Evaluar el grado de sobrecarga física, emocional, social y económica percibida por las personas que cuidan a familiares dependientes o con enfermedades crónicas.

Población a la que se aplica: Cuidadores principales de personas dependientes (adultos mayores, personas con discapacidad, enfermedades crónicas, demencias, TEA, entre otros).

Edad recomendada: A partir de 18 años.

Duración aproximada: 10 a 15 minutos.

Tipo de instrumento: Escala tipo Likert autoadministrada o aplicada por entrevista

Número de ítems: 22 ítems (versión original). Existen versiones abreviadas de 12 y 7 ítems.

Formato de respuesta:

Escala Likert de 5 puntos:

0 = Nunca

1 = Rara vez

2 = A veces

36

3 = Bastantes veces

4 = Casi siempre

Puntuación: Se obtiene sumando las respuestas de los 22 ítems.

Rango de puntuación total: 0 a 88 puntos

Dimensiones evaluadas: Carga emocional: sentimientos de angustia, frustración o culpa. Carga física: agotamiento o cansancio por el cuidado. Carga social: limitaciones en las relaciones y actividades personales. Carga económica: dificultades derivadas de los costos o pérdida de ingresos.

Aplicación: Individual (puede ser aplicada de forma presencial o digital)

Corrección: Manual o mediante hoja de puntuación; la suma total refleja el nivel de sobrecarga. **Confiabilidad:** Alfa de Cronbach reportado entre 0.85 y 0.91, dependiendo de la muestra. **Validez:** Demostrada por correlaciones significativas con medidas de estrés, depresión y salud percibida

Ventajas:

-Fácil y rápida de aplicar.

-Amplia validación transcultural.

-Permite detectar niveles de riesgo en cuidadores. **Limitaciones:** - Es una medida subjetiva del malestar percibido.

-No evalúa directamente las condiciones objetivas del cuidado

ESCALA DE AUTOCUIDADO

Ficha Técnica

Nombre del instrumento: Escala de Autocuidado (Self-Care Scale)

Autores: Ana Isabel González Vázquez; Dolores Mosquera-Barral; Jim Knipe; Andrew M. Leeds; Miguel Ángel Santed-Germán (2018).

Objetivo: Construir y validar un instrumento que evalúe los *patrones de autocuidado* (no únicamente conductas externas, sino también intrapsíquicas y relacionales) en población adulta.

Formato:

Número de ítems: 31 ítems en versión final.

Tipo de respuesta: Escala Likert (7 opciones) — “Totalmente en desacuerdo” → “Totalmente de acuerdo”.

Dimensiones / Factores identificados: Se identificaron **seis** subdimensiones/factores:

1. AD – Conducta autodestructiva
2. TA – Falta de tolerancia al afecto positivo
3. PA – Problemas para dejarse ayudar
4. R – Resentimiento por no reciprocidad
5. NP – No actividades positivas
6. NN – No atender las propias necesidades

Aplicación e interpretación:

- Es un instrumento de autorreporte para adultos.
- Cada dimensión se calcula sumando los ítems correspondientes y dividiendo por el número de ítems del factor.
- En el perfil de interpretación, puntuaciones más altas indican mayor presencia de patrones de riesgo/autodestrucción o menor autocuidado saludable.

Ventajas relevantes para contexto clínico:

- Permite evaluar no sólo conductas externas de autocuidado (como ejercicio, alimentación) sino también dimensiones intrapsíquicas (como dificultad para recibir ayuda) y relacionales (resentimiento por reciprocidad).
- Puede utilizarse como punto de partida para plan de intervención de autocuidado, muy acorde con tu enfoque cognitivo-conductual infantil/adultos: identificar áreas de vulnerabilidad personales.
- 38

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Recursos y Presupuestos.	Cantidad	Precio unitario	Precio Total.
Humanos			
Personal que intervendrá	5	\$200	\$1,000
Materiales			
Refrigerio	20	\$2.50	\$50
Material didáctico	mensual	\$25	\$300
Alquiler de sillas	mensual	\$25	\$300
Papelería	mensual	\$30	\$360
Transporte y alimentación			
Pasaje	300	\$1.50	\$450.00
Gasolina	30 galones	\$4	\$120.00
Desayuno	120	\$3	\$360.00
Total	475	\$91.00	\$2,940

ANEXOS

Formato de actividades auto cuidado físico

◆ RETO DE AUTOCUIDADO DE 7 DÍAS

Área	Actividad sugerida	Nivel de energía (1-5)	Día planeado	¿Lo realicé? <input checked="" type="checkbox"/>	Reflexión breve
Movimiento corporal	Ejemplo: caminar 30 min, estiramientos, yoga				
Descanso y sueño	Ejemplo: dormir 8 h, no usar celular antes de dormir				
Alimentación	Ejemplo: comer frutas, tomar agua, evitar comida ultraprocesada				
Cuidado del cuerpo	Ejemplo: masajes, ducha relajante, cuidado personal				
Conexión con el cuerpo	Ejemplo: respiración consciente, meditación corporal				

◆ PLANIFICADOR FÍSICO SEMANAL

Día	Actividades de autocuidado físico	Estado de ánimo (😊 😐 😞)	Notas o aprendizajes
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

GUÍA DE PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL

Datos Personales

- Nombre: _____
- Fecha: _____
- Semana: _____

Objetivos de la semana

(Define tu meta de autocuidado físico, por ejemplo: "Dormir mejor", "Caminar 30 minutos al día", "Beber suficiente agua")

Día	Actividades de autocuidado físico	Tiempo dedicado	Estado de ánimo (😊 😐 😞)	Notas o aprendizajes
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Reflexión Final

¿Qué actividad me hizo sentir mejor esta semana?

¿Qué me costó más mantener?

¿Qué pequeño cambio haré la próxima semana?

Formato de actividades autocuidado cognitivo y emocional

◆ REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

Situación (Acontecimiento)	Pensamiento Automático	Emoción y Nivel de Intensidad (0-100%)	Conducta o Reacción	Alternativa Racional o Respuesta Realista

REGISTRO DE EMOCIONES Y SITUACIONES

Situación o Contexto	Emoción Sentida	Intensidad (0-100%)	Pensamiento Asociado

◆ GUIA DE AUTOINSTRUCCIONES RACIONALES**Ejemplos de autoinstrucciones racionales:**

- Puedo manejar esta situación paso a paso.
- No todo depende de mí, y eso está bien.
- Cometer errores no significa fracasar; puedo aprender de ellos.
- Hago lo mejor que puedo con los recursos que tengo.
- Soy capaz de adaptarme y mejorar poco a poco.

Espacio para elaborar tus propias autoinstrucciones:

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alibekova, R., Kai Chan, C., Crape, B., et al. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en padres de niños con trastornos del espectro autista en Kazajstán: prevalencia y factores asociados. *Global Mental Health*, 9, 472–482.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2022.51>
- Alvarado, L. D., Medrano, V. E., & Portillo, R. D. (2024). “Programa de intervención familiar para mejorar las competencias emocionales de los padres para un afrontamiento positivo de niños/as con trastornos del neurodesarrollo (TEA, TDAH) del Centro Escolar Colonia San José”.
<https://repositorio.ues.edu.sv/items/20b993b1-6510-4b83-a35f-8b317eac60a9>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A. T. (2011). *Terapia cognitiva: fundamentos y más allá*. Paidós.
- Bermeo, F. F., et al. (2025). Síndrome del cuidador en familiares de niños con espectro autista. *Polo del Conocimiento. Revista Científico-Pedagógica*, 10(1), 220–227.
<https://doi.org/10.23857/pc.v10i1.8692>
- Bradshaw, J., et al. (2021). Factores predictivos del estrés en cuidadores de niños con trastorno del espectro autista. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(9), 3039–3049. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04625-x>
- Catalina, L. C. S. (2018). Percepciones y conocimientos acerca del espectro autista en población indígena de la provincia de Chimborazo.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6087>
- Cognitive-Behavioral Approaches (CBT). (2024). *Recovery Research Institute*.
<https://www.recoveryanswers.org/resource/cognitive-behavioral-therapy-approaches/>
- Cruz, M., & De la Vega. (2023). Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado

en cuidadores informales de personas con demencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 27–36.

<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2475/2112>

Dobson, K. S. (2019). *Cognitive Behavioral Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.

Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *La práctica de la terapia racional emotiva conductual*. Desclée de Brouwer.

González-Vázquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & Santed-Germán, M. Á. (2018). Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns: The Self-Care Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(3), 235–245. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.06.001>

González-Vázquez, A. I., Mosquera-Barral, D., & Santed-Germán, M. Á. (2023). Escala de Autocuidado: propiedades psicométricas y análisis factorial confirmatorio en población argentina. *Actas del Congreso Argentino de Psicología APSA 2023*. <https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2023/05/Póster-APSA-2023.pdf>

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. (2024). Informe Epidemiológico y Gestión de Servicios ISRI Julio a Diciembre 2024. *Portal de Transparencia, Gobierno de El Salvador*. <https://www.transparencia.gob.sv/documentos/22-28>

Jason, L. A., & Aase, D. M. (2016). *Psicología clínica comunitaria. Manual APA de psicología clínica: Raíces y ramas* (pp. 201–222). *Asociación Americana de Psicología*. <https://doi.org/10.1037/14772-011>

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338–346.

Neenan, M., & Dryden, W. (2013). *Introducción a la terapia cognitivo-conductual*. Desclée de Brouwer.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cuidar a los cuidadores: estrategias de apoyo psicosocial para familias de personas con discapacidad*. OMS.

Portillo, D. D., Ramírez, E. L., & Reyes, J. M. (2019).

“Diseño y aplicación de un programa psicoterapéutico para promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento al estrés, dirigido a cuidadores familiares de personas con trastorno del espectro autista;



PROGRAMA DE PROMOCIÓN

EL ARTE DE AFRONTAR

Dirigido a mujeres gestantes de 21 a 25 años que habitan en el distrito de San Francisco Menéndez, en el municipio de Ahuachapán Sur, departamento de Ahuachapán.



KARLA MARÍA

Acevedo Díaz

CRISTINA GUADALUPE

Amaya Alfaro

PATRICIA ALEJANDRA

Cervantes González

DIANA CAROLINA

Peña Cruz

ANDREA NICOLE

Rivas Portillo

INDICE

270

01.	RESUMEN	4
02.	JUSTIFICACIÓN	5 - 6
03.	FUNDAMENTACIÓN	7 - 8
04.	OBJETIVOS	9
05.	DESTINATARIOS DEL PROYECTO	10
06.	ACTIVIDADES A REALIZAR	11 - 25
07.	METODOLOGÍA	26
08.	TEMPORALIZACIÓN	27 - 28
09.	EVALUACIÓN	29 - 33
10.	RECURSOS	34 - 35
10.	PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PREVISTOS	36 - 37
12.	ANEXOS	38 - 54



RESUMEN

El presente Programa de Promoción para mujeres gestantes tiene como propósito fortalecer la atención integral a la salud mental durante el embarazo mediante acciones preventivas orientadas a visibilizar su importancia, detectar tempranamente la ansiedad, fortalecer las habilidades de afrontamiento y promover el autocuidado físico, psicológico y social. Se fundamenta en la Psicología Clínica de la Comunidad e integra principios del enfoque cognitivo- conductual.

Está dirigido a mujeres gestantes de 21 a 25 años residentes en el municipio de San Francisco Menéndez, Ahuachapán Sur. Su metodología, de enfoque mixto y participativo, se desarrollará durante doce meses a través de talleres psicoeducativos, charlas, campañas de sensibilización y ferias de salud mental.

Asimismo, se orienta a generar recursos técnicos y metodológicos que aseguren su sostenibilidad y permitan su replicación en otros contextos comunitarios, promoviendo entornos familiares más saludables, seguros y emocionalmente estables.

Palabras claves: Salud mental materna, Ansiedad durante el embarazo, Psicología Clínica de la Comunidad, Enfoque cognitivo-conductual, Autocuidado, Promoción de la salud mental.

JUSTIFICACIÓN

Cuando una mujer cercana ya sea un familiar, amiga o conocida inicia un periodo de gestación, comúnmente se asocia esta etapa con sentimientos de alegría y plenitud. Y en efecto, el embarazo suele representar una experiencia significativa, marcada por una conexión profunda entre la madre y el hijo por nacer, acompañada de esperanza e ilusión ante la llegada de un nuevo integrante a la familia. No obstante, este proceso también puede implicar la aparición de emociones como el cansancio, el miedo, la inseguridad y la tristeza, aspectos que aún permanecen en muchos casos como un tema tabú dentro de la sociedad.

De acuerdo con UNICEF El Salvador, diversos estudios evidencian que una de cada cinco mujeres puede presentar síntomas de ansiedad o depresión durante el embarazo. Muchas de ellas transitan este proceso de manera silenciosa, sin comprender plenamente lo que sienten, y por ende, sin identificar su necesidad de apoyo psicológico o emocional. En la misma línea, un estudio realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador reveló que el 81% de las mujeres embarazadas presentan niveles medios o altos de ansiedad, y que la mayoría experimenta tanto ansiedad estado como ansiedad rasgo, manifestando la coexistencia de preocupaciones situacionales y rasgos emocionales más permanentes.

Entre los factores generadores más prevalentes identificados por la investigación se encuentra el temor a posibles complicaciones durante el embarazo, seguido de diversos factores socioeconómicos, tales como la inestabilidad económica, las condiciones laborales precarias, el entorno social desfavorable y el bajo apoyo familiar o comunitario. Estos hallazgos cobran especial relevancia si se considera que, según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM, 2023), más de 1.04 millones de mujeres en El Salvador viven en situación de pobreza, lo que representa el 54.45% del total de la población pobre del país.

Asimismo, el Observatorio Económico y Laboral de ORMUSA (2024) señala que el 43% de los hogares salvadoreños están encabezados por mujeres; sin embargo, su participación en el mercado laboral sigue siendo significativamente menor que la de los hombres, ya que solo el 50.5% de las mujeres en edad productiva forma parte de la fuerza laboral, frente al 81.5% de los hombres. A esto se suma que las mujeres se concentran principalmente en sectores como comercio, hoteles y restaurantes, industria manufacturera,

Servicios domésticos y servicios comunales, sociales y de salud, los cuales, si bien representan el 80% del empleo femenino, también reflejan las mayores vulnerabilidades del mercado laboral, como la inestabilidad y la pérdida de empleo.

Pese a que la salud materna en El Salvador ha mostrado avances en indicadores



tradicionales por ejemplo, la reducción de la mortalidad materna, aún persisten brechas importantes en el acceso, la cobertura y la atención en salud mental perinatal. Esta situación conlleva riesgos significativos, como parto prematuro, bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas, menor adherencia a los controles prenatales, mayor probabilidad de ansiedad o depresión posparto, afectación del vínculo materno-infantil y consecuencias en el desarrollo socioemocional del recién nacido.

Dicho panorama, nos permite comprender que las condiciones socioeconómicas, laborales y emocionales de las mujeres salvadoreñas no solo influyen en su bienestar físico, sino también en su estabilidad psicológica durante la gestación. La alta prevalencia de ansiedad y depresión en esta etapa refleja una problemática estructural que trasciende el ámbito individual, ya que afecta el entorno familiar y repercute directamente en el desarrollo del recién nacido. La falta de detección temprana y de apoyo especializado incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y deteriora la calidad de vida de la madre, además de generar consecuencias sociales y económicas a mediano y largo plazo.

Por tanto, el presente proyecto se plantea como una respuesta ante la necesidad de fortalecer la atención integral a la salud mental de las mujeres embarazadas en El Salvador. El objetivo central del proyecto es promover la detección temprana de la ansiedad durante el embarazo desde un enfoque psicosocial, orientado a prevenir complicaciones emocionales y fortalecer el bienestar integral de la madre y del niño. Con ello, se aspira a contribuir al desarrollo de familias más saludables, con madres emocionalmente estables y con hijos e hijas que crezcan en entornos más seguros, afectivos y favorables para su desarrollo integral.

En ese sentido, radica la relevancia social que tiene intervenir en el municipio de Ahuachapán Sur, departamento de Ahuachapán, ya que éste presenta una de las tasas más altas de embarazos juveniles del país, lo que indica mayor riesgo reproductivo entre poblaciones jóvenes de la región; además, fuentes locales muestran que San Francisco Menéndez enfrenta un alto índice de pobreza multidimensional, precariedad de vivienda e insuficiente acceso servicios básicos, factores que aumentan la vulnerabilidad de las gestantes a problemas psicosociales y a trastornos de ansiedad. En conjunto, alta incidencia de embarazos juveniles en el departamento de y condiciones socioeconómicas adversas en el municipio, justifican priorizar dicha localidad para el presente programa.



FUNDAMENTACIÓN

El programa de promoción para mujeres gestantes se fundamenta en un enfoque teórico-metodológico dual, enlazando la Psicología Clínica y la Psicología Comunitaria, por lo que se le denomina como Psicología Clínica de la Comunidad.

4.1 Fundamentación teórica (Psicología Clínica en la Comunidad):

El programa utilizará el modelo Cognitivo Conductual (TCC) segunda generación de este enfoque, se integran elementos de modificación conductual y entrenamiento en habilidades sociales, que permiten a las mujeres gestantes adaptarse de manera más íntegra a los cambios del rol materno y a su entorno social, asimismo su aplicación resulta pertinente, en vista que durante esta etapa se presentan diversos cambios físicos, hormonales y psicosociales que pueden generar ansiedad, temor o estados de ánimo depresivos

La intervención desde este enfoque permite identificar y modificar pensamientos intrusivos o distorsionados que aumentan la angustia emocional, favoreciendo la reestructuración cognitiva hacia interpretaciones más adaptativas. De este modo, promueve el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, tales como técnicas de relajación, respiración, manejo de emociones, fortalecimiento del cuidado, autocuidado y la autoestima, que contribuyen a una mejor regulación emocional durante el embarazo y el período posterior al parto.

4.2 Fundamentación Psicosocial:

Diversas investigaciones destacan la complejidad de la maternidad, especialmente en relación con la salud mental. Desde la perspectiva psicosocial, el bienestar durante la gestación depende no solo de factores individuales, sino también de las condiciones del entorno familiar, comunitario y socioeconómico que influyen directamente en la experiencia materna.

Esto implica que la pareja, la familia y la comunidad actúan como factores protectores frente a la ansiedad y otros malestares emocionales, ya que la madre percibe a estos grupos como fuentes de seguridad. Su presencia contribuye a mejorar la salud, fortalecer la autoestima, reducir la aparición de alteraciones mentales y favorecer la crianza del bebé dentro del entorno familiar.

Desde este enfoque, el programa busca fortalecer los recursos psicosociales de las mujeres gestantes mediante la creación de espacios de confianza, acompañamiento y participación activa. Se promueve la construcción de redes de apoyo solidarias, orientadas a disminuir el aislamiento social y fomentar la empatía comunitaria hacia el proceso de gestación, a través de campañas de sensibilización y actividades de integración.

Asimismo, la fundamentación psicosocial enfatiza la importancia del enfoque de género y de derechos humanos, considerando la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE). Esta ley establece la protección de los derechos de las mujeres, la igualdad de oportunidades y la erradicación de toda forma de discriminación. En consonancia con estos principios, el programa se alinea con la equidad, el empoderamiento femenino y la construcción de comunidades inclusivas, resilientes y sensibles a las necesidades de las gestantes.

4.3 Fundamentación de Salud Pública:

El programa de promoción para mujeres gestantes se sustenta en los lineamientos y marcos normativos del sistema de salud salvadoreño. Entre los principales instrumentos que respaldan esta iniciativa se encuentran:

Lineamientos técnicos para la atención integral de la mujer con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el periodo perinatal, buscan estandarizar la atención sanitaria para garantizar que la salud mental sea una parte esencial e integrada del cuidado perinatal, reconociendo la alta prevalencia de problemas como la ansiedad y la depresión durante este período.

Protocolos para la atención de la mujer en los períodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido, establece la promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales durante el embarazo, parto y puerperio, con un fuerte énfasis en el enfoque de derechos y la atención informada por violencia.

Ley Nacer con Cariño, para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido de El Salvador representa un cambio fundamental en el modelo de atención materno-infantil, la ley establece la obligatoriedad de un modelo de atención centrado en la mujer, el bebé y su familia, sustituyendo las prácticas hospitalarias tradicionales por un enfoque humano, respetuoso y basado en evidencia.

OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Promover la salud mental de las mujeres gestantes a través de la implementación de un programa de promoción con enfoque cognitivo-conductual, orientado a la prevención de la ansiedad durante el embarazo.

5.2 Objetivos específicos:

- Concientizar a las mujeres gestantes sobre la importancia de la salud mental materna y la detección temprana de signos de ansiedad.
- Brindar herramientas cognitivo-conductuales que fortalezcan las habilidades de afrontamiento ante pensamientos disfuncionales, reacciones fisiológicas y conductuales asociadas a la ansiedad durante la gestación.
- Orientar a las participantes sobre los recursos institucionales disponibles en el ámbito comunitario y de salud pública, a los que pueden acudir en caso de presentar síntomas de ansiedad que requieran atención especializada.
- Fomentar la práctica del autocuidado físico, psicológico y social en los tres meses posteriores al parto, contribuyendo al bienestar integral y a la adaptación saludable a la maternidad.

DESTINATARIOS DEL PROYECTO

Mujeres gestantes de 21 a 25 años. También se involucra de manera indirecta a la comunidad en general, reconociendo que el entorno social inmediato cumple un papel relevante en la salud mental materna, para los residentes de San Francisco Menéndez distrito del municipio de Ahuachapán Sur del Departamento de Ahuachapán.

6.1 Criterios de selección

- Mujeres gestantes de 21 a 25 años.
- Mujeres que se encuentran en el segundo trimestre de gestación.
- La comunidad residente de San Francisco Menéndez distrito del municipio de Ahuachapán Sur del Departamento de Ahuachapán.
- Disposición para participar en los talleres psicoeducativos, talleres, sesiones individuales y grupales.

6.2 Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes con diagnóstico psicológico o psiquiátrico establecido por un profesional.
- Personas con diagnóstico psicológico o psiquiátrico establecido por un profesional.
- Personas no residentes en San Francisco Menéndez distrito del municipio de Ahuachapán Sur del Departamento de Ahuachapán.

Diseño de plan de atención

CUADRO DE ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

N°	EJES BÁSICOS DEL SER HUMANO	SISTEMAS INVOLUCRADOS		MEDIO	EJES EPISTEMOLÓGICOS			EJES PSICOLOGICOS INDIVIDUALES AFECTADOS	INCIDENCIA SOCIAL			NIVELES DE INTERVENCIÓN
		Salud pública	Educativo		Postulados filosóficos y sociales	Situaciones traumáticas	Ruptura del tejido social		Intervención psicosocial	Incidencia	Actores sociales	
1	Inestabilidad económica: La falta de recursos financieros afecta directamente la seguridad y la capacidad de planificación de la mujer gestante. Esta situación puede generar preocupación constante sobre cómo cubrir necesidades básicas como alimentación, vivienda o atención médica.	Lineamientos técnicos para la atención integral de la mujer con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el periodo perinatal.	Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres.	C O G N I T I V O	Desde la perspectiva cognitivo-conductual, el ser humano es un organismo activo que interpreta su realidad a través de esquemas cognitivos aprendidos y reforzados socialmente.	Carencias económicas, violencia intrafamiliar, falta de apoyo emocional, embarazos de alto riesgo y abandono de la pareja durante la gestación.	Falta de apoyo social: Un escaso apoyo de la pareja, la familia y el entorno cercano. Relaciones familiares de pareja.	Distorsiones a tratar: 1.Promover el afrontamiento de pensamientos desadaptativos. 2.Incrementar la autoestima. 3.Promover el autoconocimiento y autocuidado 4.Fomentar los vínculos y redes de apoyo.	Dirigido a mujeres gestantes de 21 a 25 años, en San Francisco Menéndez distrito del Municipio de Ahuachapán Sur del Departamento de Ahuachapán.	El programa busca concientizar sobre la salud mental de las mujeres gestantes de 21 a 25 años durante el embarazo y sensibilizar sobre la salud mental de las mujeres gestantes San Francisco Menéndez distrito del municipio	Asociaciones de base comunitaria. Organizaciones no gubernamentales.	Promoción y prevención primaria enfocada en la salud mental.
2	Condiciones laborales precarias: Las mujeres que enfrentan empleos inestables, jornadas largas o salarios insuficientes suelen experimentar sentimientos de frustración, desmotivación y falta de control sobre su vida. Esta precariedad laboral no solo impacta la economía familiar, sino también la autoestima y la sensación de autonomía.	Protocolos para la atención de la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido Ley Nacer con Cariño		C O N D U C T I V A L	Las emociones y conductas derivan en gran medida de los pensamientos automáticos y de las creencias centrales formadas por experiencias previas y condiciones del entorno.							

3	<p>Entorno social desfavorable: La exposición a contextos con violencia, discriminación o falta de redes de apoyo limita la capacidad de establecer relaciones saludables y aumenta la vulnerabilidad emocional.</p>		<p>En el caso de las mujeres gestantes en condiciones socioeconómicas desfavorables los estresores económicos, la inseguridad social y la falta de redes de apoyo pueden generar distorsiones cognitivas relacionadas con la autoeficacia, la percepción del futuro y la valoración personal, aumentando la vulnerabilidad a desarrollar ansiedad generalizada. Desde el plano filosófico, la</p> <p>Terapia</p>				de Ahuachapán Sur del Departamento de Ahuachapán.		
			<p>Cognitivo-conductual parte de una visión empírica y funcionalista del conocimiento humano, donde el cambio psicológico se logra mediante la reestructuraci</p>						

				<p>ón cognitiva y el aprendizaje de nuevas conductas adaptativas. Socialmente, se sostiene que modificar patrones de pensamiento y conducta contribuye no solo al bienestar individual, sino también a la transformación de las condiciones psicosociales de grupo, fomentando autonomía, afrontamiento efectivo y autocuidado durante la gestación.</p>							
4	<p>Bajo apoyo familiar y comunitario: La ausencia de acompañamiento familiar y comunitario reduce la posibilidad de recibir contención emocional, orientación o ayuda práctica durante el embarazo. Esta falta de soporte puede generar sentimientos de soledad, inseguridad y sobrecarga, dificultando que la mujer enfrente de manera positiva los desafíos físicos, emocionales y sociales asociados a la gestación.</p>										

Diseño de programa de atención

Área Cognitiva (4 meses)			
<p>Objetivo: Promover la identificación de patrones de pensamientos desadaptativos que están relacionados con el entorno familiar, económico y de pareja de las mujeres gestantes, con el fin de reducir los niveles de ansiedad para el afrontamiento psicológico.</p>			
Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
<p>1. Presentar el programa de Promoción para las mujeres gestantes para la concientización sobre el Trastorno de Ansiedad y su sintomatología.</p>	<p>Psicoeducación sobre la ansiedad en mujeres gestantes.</p> <p>Charla sobre las reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales emocionales.</p>	<p>Evaluación de conocimientos previos mediante cuestionario de preguntas cerradas.</p> <p>Identifica las expectativas del programa en conjunto con las participantes.</p> <p>Conferencia para psicoeducación y sensibilización sobre el Trastorno de Ansiedad y sus tipos.</p> <p>Taller sobre exploración de creencias y mitos que se poseen sobre el Trastorno de Ansiedad.</p>	<p>Aplicación de pre- test: Escala de Ansiedad de Hamilton.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Cuestionario de preguntas abiertas para evaluación de conocimientos previos.</p>

		<p>Aplicación de Escala de Ansiedad de Hamilton, a todas las participantes.</p> <p>Taller para facilitar el diálogo reflexivo con el objetivo de que las participantes reconozcan los efectos de los mitos en su bienestar.</p> <p>Charla sobre la identificación de factores de desarrollo y mantenedores relacionados al trastorno de ansiedad.</p> <p>Charla de la sintomatología relacionada al Trastorno de Ansiedad. Identificación de los síntomas fisiológicos, y su presentación a nivel conductual y emocional.</p>	
<p>2. Desarrollar habilidades que le permita a las mujeres gestantes identificar sus pensamientos irracionales que generan ansiedad.</p>	<p>Facilitación del Modelo ABC de pensamiento, emoción y conducta.</p> <p>Reconocimiento sobre la importancia de la mala gestión de pensamientos.</p>	<p>Presentación del modelo ABC y realización de taller interactivo "Juicio a mis pensamientos", para enseñar a las participantes a cuestionar pensamientos irracionales.</p> <p>Facilitar sesiones de identificación de pensamientos distorsionados.</p> <p>"Desafío ABC" registro de pensamientos detalladamente para que las participantes</p>	<p>Orientación en la Identificación de pensamientos automáticos negativos relacionado con los pensamientos.</p> <p>Registro de pensamientos ABC.</p>

	<p>Ideas irracionales que generan ansiedad o malestar.</p> <p>Identificación de ideas irracionales de Albert Ellis.</p>	<p>puedan explorar e identificar acontecimientos activadores, creencias y consecuencias de patrones de pensamiento. Debate para cuestionar y desafiar creencias irracionales que les genera ansiedad.</p> <p>Taller: "Detector de Creencias", para conocer las 11 ideas irracionales básicas de Ellis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión de diálogo motivacional sobre la idea irracional central de Ellis: Las exigencias o demandas absolutistas. • Taller sobre la concientización sobre las consecuencias de la mala gestión de pensamientos. 	<p>Psicoeducación sobre las Ideas Irracionales. .</p> <p>Registro de pensamientos de ideas irracionales.</p>
<p>3. Sustituir las ideas irracionales que Presenten por pensamientos reales y positivos.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Taller "Cambiando mi forma de pensar", donde se realizará la identificación de las distorsiones cognitivas.</p> <p>Taller "Cultivo mi pensamiento racional", donde todas las participantes aportaran una manera de responder ante un pensamiento negativo.</p>	<p>Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas.</p> <p>Registro de las distorsiones cognitivas.</p> <p>Tarjetas de registro de ideas racionales con el modelo ABC.</p>
		<p>Creación de "Mi ficha racional", como tarea para que las participantes mantengan pensamientos racionales de una manera accesible, haciendo uso del modelo ABC de fichas.</p>	

Área conductual (4 meses)

Objetivo: Facilitar la adopción de hábitos saludables y estrategias de autocuidado con el fin de optimizar la regulación emocional y fortalecer los recursos adaptativos de las gestantes.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
1. Fomentar la adopción de hábitos de actividad física y movimiento corporal adaptados al estado de gestación, con el fin de la gestión de la sintomatología.	Psicoeducación de hábitos saludables. Rutinas saludables para el bienestar físico.	Sesión de retroalimentación de los contenidos del Área cognitiva y dar introducción al área conductual. Taller sobre la evaluación de los hábitos y rutinas diarias de las participantes, a nivel teórico, reconociendo la influencia en el trastorno de ansiedad. Aplicación de cuestionario de autocuidado.	Cuestionario de autocuidado perinatal. Práctica demostrativa de autocuidado. Ejercicios prácticos de caminata grupal y ejercicios suaves guiados.

		<p>Charla sobre la importancia de crear buenos hábitos y cómo estos moldean los pensamientos.</p> <p>Taller sobre “Higiene del sueño”, creando una rutina con pasos para seguir, con el propósito de crear el hábito de un buen descanso.</p> <p>Charla sobre alimentación y ejercicio. Determinar la importancia del control de ingesta de nutrientes y actividad física, dando importancia al periodo de gestación y su relacionado con la higiene del sueño.</p> <p>Taller interactivo de ejercicios que se pueden realizar en pocos minutos en casa, explicando a nivel teórico su influencia para disminuir sintomatología física de la ansiedad.</p> <p>Taller centrado en la estabilización fisiológica, implementando un diario de autocuidado personalizado con las técnicas aprendidas.</p>	<p>Diseño de plan individual de autocuidado.</p>
--	--	---	--

<p>2. Fortalecer la gestión emocional con estrategias para el afrontamiento de los síntomas de ansiedad, tensión física y emocional.</p>	<p>Psicoeducación sobre la Técnicas de relajación y respiración.</p> <p>Beneficios de la relajación y respiración.</p>	<p>Taller teórico “Aprendamos de Respiración”, sobre cómo la respiración juega un papel importante en la regulación fisiológica.</p> <p>Charla sobre la importancia de la conciencia corporal relacionado al Trastorno de la Ansiedad.</p> <p>Taller explicativo y práctico guiado sobre técnica de respiración 4-7-8, con respiración diafragmática.</p> <p>Identificación de situaciones en las que se puede realizar la pausa de respiración práctica, y el impacto que este tendrá a nivel cognitivo, conductual y emocional. Explicación sobre el diario de registro de Respiración Diafragmática.</p> <p>Charla sobre diferenciación de tensión y relajación a nivel muscular. Introducción de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.</p> <p>Taller práctico “Músculo y Mente”, de aplicación de la técnica Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.</p>	<p>Práctica de la técnica de respiración y Relajación Progresiva de Jacobson.</p> <p>Práctica de la técnica Respiración Diafragmática.</p> <p>Autorregistro de Respiración Diafragmática.</p>
		<p>Sesión para evaluar la integración y aplicación situacional de las técnicas aprendidas, a nivel práctico y teórico y el impacto que han tenido mediante la demostración de las mismas.</p>	

Área Emocional (4 meses)

Objetivo: Fomentar en las mujeres gestantes el autocuidado y comunicación efectiva promoviendo habilidades de regulación emocional.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
Fomentar estrategias para controlar el miedo a futuro.	Charlas sobre: La gestión emocional ante el miedo y la incertidumbre.	<p>Sesión de retroalimentación de las técnicas aprendidas en el área conductual, realizando una introducción y relación con el área emocional.</p> <p>Charla sobre crear conciencia y aumentar la capacidad de las gestantes para identificar y nombrar las emociones que experimentan.</p> <p>Taller para desarrollar conciencia de cómo la gestación intensifica o altera las respuestas emocionales habituales.</p>	Técnica del semáforo emocional.
		<p>Taller para reconocer desencadenantes emocionales específicos que precipitan o intensifican los estados de ansiedad.</p> <p>Sesión para proporcionar a las participantes un esquema práctico para identificar el nivel de ansiedad, mediante la técnica del semáforo emocional.</p>	

<p>Adquirir técnicas de autorregulación emocional para modular la intensidad de los sentimientos desagradables cuando estos surgen.</p>	<p>Taller Reconociendo y validando mis emociones.</p>	<p>Taller para Identificar y aceptar las emociones sin juzgarse, mediante el diálogo socrático.</p> <p>Reducir labilidad emocional (cambios bruscos en el estado de ánimo)</p> <p>Reducir la culpa o vergüenza asociada a la ansiedad, fomentando la aceptación de las emociones difíciles y validar las emociones. Facilitar la expresión y el procesamiento emocional.</p>	<p>Dinámica del 'termómetro emocional'.</p> <p>Diálogo socrático.</p>
<p>Desarrollar un diálogo interno positivo para las participantes y Reconocer la autoeficacia y la valía personal.</p>	<p>La Autoestima La Autoeficacia</p> <p>Mitos sobre la maternidad ideal</p> <p>Autocuidado como acto de autoestima</p>	<p>Charla para reforzar la idea de resiliencia y capacidad de salir adelante ante los desafíos.</p> <p>Actividad "El bloque de la resiliencia", donde las participantes van a escribir en una</p> <ul style="list-style-type: none"> • imagen de un bloque de lego las frases que le fomenten la autoestima. (Ejm: "Soy fuerte y se superar obstáculos") • Taller para identificar las principales fuentes de drenaje emocional. Donde en páginas de colores, las gestantes nombren 3 situaciones que le generan agotamiento, irritación y ansiedad. • Refuerzo de autoestima asertiva, enseñando la estructura simple para establecer un límite con las personas o situaciones que le generan agotamiento, irritación o ansiedad. 	<p>Reestructuración cognitiva. Identificación de patrones.</p>

<p>Fomentar habilidades de expresión y comprensión emocional con la pareja, amigos y familia.</p>	<p>Empatía y comunicación emocional con la pareja y familia</p>	<p>Charla para introducir términos como autoeficiencia comunicativa, escucha activa, comunicación asertiva y diferencias entre la pasividad y agresividad en el diálogo.</p> <p>Taller de Role-Playing, para disminuir mediante la práctica el miedo a la confrontación y aumentar la autosuficiencia comunicativa. Asignando a un compañero o facilitador para interpretar una situación común que genera ansiedad. (Ejemplo:</p>	<p>Dinámica de la comunicación asertiva.</p> <p>Role-Playing.</p>
		<p>presión sobre el nombre del bebe, cuidados o rutinas que debería seguir la madre, etc.)</p> <p>Taller de comunicación de contención, donde se practicarán frases que cierren una conversación que genere ansiedad, de una manera empática y con firmeza, fortaleciendo la autopercepción interpersonal. (Ejm: Agradezco tu preocupación, pero por favor, dejemos de hablar de ese tema por mi tranquilidad, etc.)</p>	

Evaluación final (Últimas sesiones)

Objetivo: Evaluar la integración y sinergia de las habilidades adquiridas a nivel cognitivo, conductual y emocional, midiendo la autoeficacia percibida para el manejo de la ansiedad en el periodo de gestación.

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
Determinar la adquisición e integración de las habilidades	Percepción de cambio integral durante el programa.	Medir la percepción subjetiva de cambio al inicio y al final del programa en el nivel de ansiedad y la capacidad de afrontamiento.	Círculo de discusión. Contención grupal.

desarrolladas en el área cognitiva, Conductual y Emocional , mediante la aplicación de un cuestionario estructurado que mida la autoeficacia percibida para afrontar la ansiedad durante el periodo de gestación.		<p>Demostrar la habilidad para aplicar secuencias de regulación y la utilización de comunicación asertiva en situaciones de presión interpersonal.</p> <p>Valorar la reestructuración de pensamientos mediante un diálogo grupal de cómo ocupan el conocimiento aprendido en su vida diaria.</p> <p>Brindar el cuestionario en el que se plasma una escala para puntuar los cambios experimentados según todos contenidos teóricos y prácticos durante el programa.</p>	Cuestionario de evaluación final.
---	--	---	-----------------------------------

METODOLOGÍA

Enfoque Metodológico

Se emplea una metodología con enfoque mixto y participativo se integran elementos cuantitativos como recolección de datos mediante cuestionarios y registros de asistencia y cualitativos en grupos focales como la retroalimentación al finalizar cada encuentro con las participantes. Se fundamenta con el modelo Cognitivo- Conductual, el cual permite identificar y modificar pensamientos disfuncionales, emociones negativas y conductas que pueden afectar el bienestar durante el embarazo.

El programa de promoción para mujeres gestantes se fundamenta en un enfoque teórico-metodológico dual, enlazando la Psicología Clínica y la Psicología Comunitaria, por lo que se le denomina como Psicología Clínica de la Comunidad, el cual permite brindar atención integral, preventiva y participativa a las mujeres gestantes dentro de su contexto familiar y social.

Tipo y Diseño de Intervención

La intervención psicosociales se implementara mediante talleres vivenciales y charlas psicoeducativas, enfocadas en la importancia de la salud mental de las mujeres gestantes, el programa de promoción para mujeres gestantes tendrá una duración de doce meses, con una frecuencia de 4 sesiones mensuales, las sesiones tendrá una duración de dos horas y se realizarán en un grupo de 25 personas máximo, esta metodología busca fomentar que las mujeres gestantes identifiquen y expresen y gestionen adecuada las áreas cognitiva, conductual y emocional para que fortalezcan sus habilidades sociales, la autoestima y desarrollen estrategias de afrontamiento ante las etapas de su embarazo.

Se utilizará la aplicación de escalas estandarizadas y cuestionarios diseñados bajo el programa como herramientas para medir los indicadores de dificultades emocionales, cognitivas y conductuales que presentan las mujeres gestantes. La aplicación de estos instrumentos tiene el propósito de: 1) realizar una evaluación diagnóstica (tamizaje) del estado psicosocial de las gestantes, y 2) Servir como referencia para evaluar los avances logrados durante el desarrollo del programa. Este proceso se realizará en tres fases: al inicio (línea base), a mitad del proceso (seguimiento) y al finalizar la intervención (evaluación de resultados), con el objetivo de identificar cambios significativos en el bienestar emocional, el funcionamiento cognitivo y las conductas adaptativas de las mujeres gestantes.

Población destinataria.

El Programa de Promoción está dirigido para mujeres gestantes de 21 a 25 años, para la promoción y prevención de la salud mental residentes de en San Francisco Menéndez distrito del municipio de Ahuachapán Sur del Departamento de Ahuachapán.

TEMPORALIZACIÓN

El proyecto tendrá una duración de 12 meses, desarrollándose entre enero y diciembre de 2025, y se llevará a cabo en tres áreas de intervención: cognitiva, conductual y emocional. Estas permitirán abordar de manera integral el fortalecimiento del bienestar de las mujeres gestantes de 21 a 25 años, promoviendo conocimientos, actitudes y prácticas saludables durante el proceso de gestación. El propósito es que el proyecto produzca recursos útiles para que pueda implementarse nuevamente en diferentes entornos o con otras poblaciones de gestantes, promoviendo la sostenibilidad futura.

Cada área contempla actividades planificadas de acuerdo con la naturaleza técnica de las tareas a desarrollar y ha sido organizada en bloques mensuales.

Fase I / Área a abordar: Cognitiva.

- Duración: Cuatro meses.
- Preparación e Inicio formal: Aplicación de un cuestionario para conocer los conocimientos previos sobre ansiedad y salud mental gestacional, para orientar la promoción.
- Charlas psicoeducativas: Sesiones informativas sobre la importancia de la salud mental durante el embarazo y detección temprana de ansiedad.
- Diseño y difusión de material educativo: Elaboración de folletos, carteles y publicaciones digitales dirigidos a gestantes y la comunidad, reforzando la prevención.
- Evaluación de conocimientos iniciales: Realizar la aplicación nuevamente del cuestionario para medir la comprensión y preparar las siguientes actividades de promoción.

Fase II/ Área a abordar: Conductual.

- Duración: Cuatro meses.
- Campaña de sensibilización: Actividades comunitarias y en redes sociales para concientizar sobre ansiedad durante la gestación y fomentar autocuidado.
- Feria de promoción de salud mental: Evento comunitario con stands educativos, dinámicas, charlas y materiales sobre prevención de ansiedad en gestantes.
- Talleres psicoeducativos: Sesiones grupales enfocadas en estrategias preventivas, manejo de pensamientos distorsionados y reacciones ante la ansiedad.
- Círculos de reflexión y apoyo comunitario: Espacios de intercambio donde las gestantes fortalecen redes de apoyo y comparten estrategias de afrontamiento preventivas.
- Liderazgo comunitario: Integración de miembros de la comunidad como promotores de salud mental materna, replicando lo aprendido en otros grupos.

Fase III/ Área a abordar: Emocional

- Duración: cuatro meses.
- Charlas periódicas de seguimiento: Sesiones grupales de refuerzo sobre autocuidado y prevención de ansiedad, fomentando hábitos saludables de salud mental y control emocional.
- Actividades de apoyo y orientación: Proporcionar información a las gestantes sobre los recursos y servicios disponibles en la comunidad para apoyar su bienestar emocional, reforzando el autocuidado y la prevención de la ansiedad, y derivar a atención especializada únicamente si se identifican signos que lo requieran.
- Evaluación final y cierre del programa: Revisión de logros, retroalimentación con las participantes para validar la asimilación de conocimientos, consolidación de redes de apoyo y actividad de cierre formal del programa.

EVALUACIÓN

La evaluación de resultados del proyecto se centra en medir los cambios en el bienestar emocional, cognitivo y conductual de las gestantes, a través del desarrollo de habilidades para manejar la ansiedad y fortalecer su salud mental durante el embarazo. Se realiza considerando los objetivos del programa y las actividades implementadas para su promoción.

El proyecto contempla una evaluación mixta, cuantitativa y cualitativa, aplicada en tres momentos a lo largo del año de ejecución. Para ello, se realizará una evaluación inicial o línea base, mediante cuestionarios y herramientas psicoeducativas, con el fin de identificar los conocimientos, percepciones y habilidades de las participantes al inicio del programa y posterior a la ejecución del mismo.

La evaluación fue elaborada a partir del diseño del proyecto, con el propósito de analizar los avances, resultados y aprendizajes obtenidos durante su desarrollo, basada en los objetivos y actividades planteadas, lo que permite identificar el cumplimiento de los indicadores de cambio.

Es por eso que al finalizar cada una de las áreas (cognitiva, conductual y emocional), se realizará una evaluación con el fin de valorar la asimilación de conocimientos y el reconocimiento de nuevas habilidades. Este proceso permitirá identificar los logros alcanzados, las áreas que requieren refuerzo y contribuir al desarrollo integral de las participantes.

Instrumentos de evaluación e indicadores de cambio

- Cuestionarios sobre conocimientos previos y posterior a la implementación del programa. (Elaboración propia en base al proyecto). Consisten en instrumentos elaborados específicamente para evaluar el nivel de conocimiento de las mujeres gestantes antes y después de participar en las actividades del programa de promoción. Su finalidad es identificar los saberes iniciales en temas relacionados con el autocuidado, la salud materna, el bienestar perinatal y la ansiedad, así como valorar los aprendizajes adquiridos tras su implementación. De esta manera, los cuestionarios permiten medir el impacto del programa, evidenciando los cambios en la comprensión, actitudes o prácticas de las participantes en torno al cuidado durante el embarazo.

- Escala de Ansiedad de Hamilton. Hamilton, M. 1959, es una herramienta clínica que evalúa la intensidad de la ansiedad en adultos, mediante 14 ítems.
- Escala de Autoestima de Rosenberg. Echeburúa, E. 1995 (Adaptación) Evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal.
- Registro de pensamientos, diarios de autocuidado, registro de respiración diafragmática. (Elaboración propia en base al proyecto).
- Registro de pensamientos: La participante anota situaciones que le causan malestar, los pensamientos automáticos que surgen, las emociones asociadas y una reinterpretación más realista o positiva.
- Diario de autocuidado: Es un registro diario o semanal donde la participante anota las acciones que realiza para cuidar su bienestar físico, emocional y social (por ejemplo: descanso, alimentación, ejercicio, actividades placenteras, apoyo recibido, etc.).
- Registro de respiración diafragmática: Es un registro en que la participante anota la frecuencia con la que realiza los ejercicios, la duración y cómo se siente antes y después de practicarlos. Es una técnica que permite practicar y monitorear una respiración profunda y consciente que promueve la relajación y la oxigenación adecuada.
- Cuestionario de autocuidado perinatal: Es un instrumento de elaboración propia diseñado para evaluar los comportamientos, actitudes y prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas, abarcando aspectos físicos, emocionales y relacionales durante el periodo perinatal
-
-
-
-
-
-
-

Indicadores de cambio

PROPUESTA DE EVALUACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE MUJERES GESTANTES			
ÁREA	Dificultades por áreas	Instrumentos/Técnicas	Indicadores/Criterios
COGNITIVA	<p>Pensamientos rumiantes en cuánto a la autopercepción y autovaloración, dificultad de planificación u organización, Ideas irracionales sobre sí misma o el embarazo (“no podré con esto”, “mi cuerpo no servirá igual”)</p>	<p>Registro semanales sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Identificación de pensamientos distorsionados. → Prácticas de autocuidado y relajación. → Reconocimiento de síntomas personales. • Tareas o ejercicios prácticos (registro de pensamientos, diario de autocuidado) <p>Escala de autoestima de Rosenberg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en un 60% de los niveles de ansiedad en las mujeres gestantes. • Reconocimiento en un 80% de los síntomas de ansiedad pudiesen presentar. • Que un 70% las mujeres gestantes reporten una autopercepción de menor tristeza, miedo o irritabilidad. • Capacidad para reconocer síntomas y pensamientos distorsionados. • Uso de técnicas de relajación y afrontamiento. <p>Desarrollo de hábitos saludables.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión en un 75% de las mujeres gestantes de cuándo y a quién acudir ante una dificultad. • Disminución de la rumiación de pensamientos en un 50% en las mujeres gestantes.
<p>CONDUCTUAL</p>	<p>Conductas de sobreprotección o control excesivo, Desmotivación o apatía, Aislamiento social o retraimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de auto cuidado perinatal • Técnicas de integración grupal. • Diario de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en un 75% de las mujeres con buenas prácticas de autocuidado físico. • Disminución en la sensación de soledad en las mujeres gestantes. • Aumento en un 75% en la autopercepción de seguridad de las mujeres gestantes.

EMOCIONAL	Cambios de humor, sentimiento de soledad o falta de comprensión, ansiedad, tristeza, miedo.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro semanales sobre: → Identificación de pensamientos distorsionados. → Prácticas de autocuidado y relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en un 60% de los niveles de ansiedad en las mujeres gestantes. • Reconocimiento en un 80% de los síntomas de
		<ul style="list-style-type: none"> → Reconocimiento de síntomas personales. • Tareas o ejercicios prácticos (registro de práctica de la técnica de respiración diafragmática). • Escala de ansiedad de Hamilton. 	<p>ansiedad pudiesen presentar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que un 70% las mujeres gestantes reporten una autopercepción de menor tristeza, miedo o irritabilidad.

RECURSOS

La ejecución del Programa de Promoción para Mujeres Gestantes de 21 a 25 años requiere una adecuada planificación y distribución de recursos humanos, materiales, económicos y logísticos para garantizar impacto positivo en la salud mental con la adecuada intervención y sostenibilidad del proceso garantizando la seguridad de los participantes.

Recursos Humanos:

- Psicólogos/as que implementen y evalúen los talleres grupales encargados del acompañamiento, supervisión y retroalimentación técnica del proceso.
- Representantes como psicólogo coordinador, clínico, comunitarios y asistente técnico que colaboran en la selección de participantes, convocatoria y seguimiento de casos.

Recursos Materiales: Insumos didácticos y de evaluación.

- Resma de papel bond, bolígrafos, set de marcadores, set de plumones, cartulinas, cinta adhesiva y material impreso para las actividades grupales.
- Copias de cuestionarios de evaluación (Escala de Ansiedad de Hamilton)
- Copias de cuestionarios de evaluación (Escala de Autoestima de Rosenberg). • Escala de Autocuidado Perinatal (diseñado en base al proyecto)
- Registro de pensamientos, diarios de autocuidado, registro de respiración diafragmática.
- Equipo informático (computadora, impresoras, bocina, memoria USB y proyector). • Mobiliario básico: sillas, mesas, y pizarra acrílica.
- Espacio físico adecuado para el desarrollo de las sesiones (salón comunal o centro escolar de la zona).

Recursos Económicos: Está diseñada para asegurar la ejecución ininterrumpida y la calidad técnica del Programa de Promoción durante los 12 meses. Los gastos solicitados son directamente proporcionados a las necesidades operativas en el territorio y se dividen en los siguientes componentes esenciales:

- Remuneración del Personal: Salarios y honorarios para los profesionales del equipo técnico y operativo (Psicólogos y Asistentes/técnicos),
- Logística y Viáticos de Desplazamiento: Asignación de fondos para cubrir el transporte (viático de combustible y alquiler de traslado de mobiliario) del personal técnico y operativo, esencial para el traslado a la zona de intervención.
- Insumos Operativos: Materiales didácticos para el desarrollo de los talleres y charlas.

Refrigerios e Hidratación: refrigerios y agua para las participantes en las jornadas estimadas

♦

♦ **Recursos Logísticos:** Los recursos logísticos garantizan la organización, comunicación y operatividad del programa.

- ♦ • Desarrollo de cronograma operativo con planificación semanal que detalla talleres, charlas y evaluación.
- ♦ • Sistema de registro y monitoreo para el control de asistencia, avances individuales y resultados del grupo.



PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PREVISTOS

Nº		Recursos	Cantidad	Precio Unitario	Precio total
1	Materiales	Resma de papel bond	5	\$4,50	\$22.50
		Caja de bolígrafos	5	\$5.95	\$29.75
		Set de 12 marcadores	15	\$3.25	\$45.95
		Set de 6 plumones	3	\$4.00	\$12.00
		Pliegos de cartulinas	50	\$0.60	\$30.00
		Cinta adhesiva	10	\$1.25	\$12.50
Subtotal Rubro 1					\$152.70
2	Mobiliario	Pizarra Acrílica 90x120	1	\$75.00	\$75.00
		Sillas	30	\$7.80	\$234.00
		Mesas plegable rectangular mediana	5	\$44.00	\$220.00
Subtotal Rubro 2					\$529.00
3	Tecnológicos	Computador as portátiles	3	\$550.00	\$1,650.00
		Impresoras	2	\$150.00	\$300.00
		Proyector	1	\$259.00	\$259.00

		USB de 128GB	2	\$10.90	\$21,80
Subtotal Rubro 3					\$2,358.00
4	Transporte	Combustible (galones)	48	\$3.81	\$1,280.16
		Vehículo	1	\$7,500.00	\$7,500.00
		Traslado de Mobiliario	48	\$75.00	\$3,600.00
Subtotal Rubro 4					\$12,380.00
5	Alimentación	Refrigerios	300	\$1.25	\$375.00
		Botellas con agua	300	\$0.65	\$195.00
Subtotal Rubro 5					\$570.00
6	Recursos Humanos	Psicólogo coordinador	1	\$950.00	\$11,400.00
		Psicólogo clínico	1	\$950.00	\$11,400.00
		Psicologo Comunitario	1	\$950.00	\$11,400.00
		Psicólogo asistente/técnico	2	\$700.00	\$16,800.00
Subtotal Rubro 6					\$4,1000.00
Total					\$56,989.00
		Bocina	1	\$149.00	\$149.00

Anexo 1 Cuestionario de Conocimientos Previos sobre Bienestar Emocional en el Embarazo

Cuestionario de Conocimientos Previos sobre Bienestar Emocional en el Embarazo

Instrucciones: Lee cada pregunta y marca con una X la respuesta que consideres correcta o completa la información según tu experiencia.

Sección I. Datos generales

1. Edad: _____
2. Semanas de embarazo: _____
3. ¿Es tu primer embarazo? Sí No

Sección II. Conocimientos sobre salud mental y embarazo

4. ¿Qué entiendes por “salud mental”?
 - No sé
 - Es tener pensamientos positivos
 - Es el equilibrio entre emociones, pensamientos y acciones
 - Es no tener enfermedades mentales

5. La ansiedad en el embarazo es:
 - Normal y manejable
 - Siempre peligrosa
 - No existe
 - No sé

6. ¿Qué prácticas ayudan a reducir la ansiedad durante el embarazo?
 - Ejercicio físico leve y respiración
 - Guardar los sentimientos para no preocupar a otros

- No hacer nada, solo esperar al parto
- No sé

Sección III. Áreas conductuales y emocionales

7. ¿Con qué frecuencia practicas actividades de relajación o autocuidado?
- Nunca A veces Casi siempre Siempre
8. Cuando te sientes triste o ansiosa, ¿con quién hablas?
- Nadie
- Familiares
- Pareja
- Personal de salud
-
9. Del 1 al 5 cuánto conoces sobre cómo manejar tus emociones durante el embarazo:

Anexo 2 Evaluación Cognitiva

Evaluación Cognitiva

Instrucciones: Lee cada pregunta y marca con una X la respuesta correcta o completa según tu experiencia.

1. Verdadero o falso: La ansiedad durante el embarazo siempre es peligrosa.
 - Verdadero Falso
 2. ¿Cuál de las siguientes estrategias ayuda a cambiar pensamientos negativos?
 - Ignorarlos
 - Respiración profunda y pensamiento positivo
 - Evitar hablar de ellos
 - No sé
 3. Marca del 1 al 5 cuánto has aprendido a identificar tus emociones:
-
4. Pregunta abierta: Describe un pensamiento negativo que hayas logrado manejar gracias a lo aprendido.
-
-

Anexo 3 Evaluación Conductual

Evaluación Conductual

Instrucciones: Marca con una X la respuesta que más se acerque a tu experiencia.

1. ¿Con qué frecuencia realizas ejercicios de respiración o relajación?
 Nunca A veces Casi siempre Siempre

2. ¿Con qué frecuencia hablas con familiares o personal de salud sobre tus emociones?
 Nunca A veces Casi siempre Siempre

3. Escribe del 1 al 5 cuánto has implementado rutinas de autocuidado aprendidas en los talleres:

4. Pregunta abierta: Describe una conducta que hayas modificado para cuidar tu bienestar durante el embarazo.

Anexo 4 Evaluación Emocional

Evaluación Emocional

Instrucciones: Marca con una X o escribe según tu experiencia.

1. Escribe del 1 al 5 cuánto te sientes capaz de manejar la ansiedad y el estrés:

2. Pregunta abierta: Describe una situación reciente en la que aplicaste lo aprendido para calmar tu ansiedad.

3. Cuando te sientes triste o ansiosa, ahora tiendes a:

- Hablar con alguien
- Hacer ejercicios de relajación

4. Guardar los sentimientos
- Otra: _____

5. Escribe del 1 al 5 cuánto has mejorado tu bienestar emocional después de los talleres:

Anexo 5 Evaluación Final

Evaluación final

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Me siento capaz de manejar los cambios que el embarazo implica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Identifico pensamientos negativos y los reemplazo por otros más realistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Comprendo mejor la relación entre mis pensamientos y mis emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	He aprendido estrategias para reducir mi ansiedad o preocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Practico ejercicios de respiración cuando me siento tensa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	He incorporado hábitos saludables en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Busco apoyo o compañía cuando me siento abrumada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Pongo en Práctica as técnicas aprendidas en los talleres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Me siento más tranquila y emocionalmente estable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Expreso mis emociones de manera adecuada sin sentir culpa o miedo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Mi autoestima ha mejorado desde que Inicié el programa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Siento una conexión positiva con mi bebé y con mi entorno familiar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo 6 Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad - Hamilton

INDICACIONES: Digite una "X" (mayúscula) según corresponda, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Debe seleccionar por cada ítem únicamente la intensidad con la que se presentan. No olvidar llenar cada uno de los criterios. Al finalizar la prueba, no olvide ver su puntaje y su diagnóstico el cual podrá ser: "No Ansiedad", "Ansiedad Menor" o "Ansiedad Mayor".

#	SINTOMAS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante.
1	Estado de ánimo ansioso. Preocupación anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.					
2	Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico a las multitudes.					
3	Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
4	Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
5	Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
6	Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
7	Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
8	Síntomas Cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo.					

Anexo 7 Cuestionario de Autocuidado Perinatal

Cuestionario de Autocuidado Perinatal

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación y marque con una "X" la casilla que mejor describa la frecuencia con la que realiza la acción o experimenta la situación durante el último mes.

1. Frecuencia
2. Nunca
3. Raramente
4. Frecuentemente
5. Siempre

ITEMS	Frecuencia				
	1	2	3	4	5
Dimensión 1: Autocuidado Físico Salud (Adaptado del Control Prenatal)					
1. Asisto a todas mis citas de control prenatal programadas.					
2. Duermo o descanso las horas suficientes para sentirme recuperada.					
3. Consumo alimentos nutritivos (frutas, verduras, proteínas) y bebo suficiente agua.					
4. Evito el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias nocivas.					
5. Realizo caminatas o ejercicios suaves recomendados para el embarazo					
Dimensión 2: Autocuidado Emocional y Manejo del Estrés					
6. Dedico tiempo todos los días a alguna actividad que me relaje o me dé placer (leer, escuchar música, etc.).					
7. Utilizó técnicas de relajación, respiración o <i>mindfulness</i> para manejar la ansiedad.					
8. Hablo sobre mis miedos o preocupaciones acerca del parto o la maternidad con una persona de confianza					
9. Me siento optimista y con energía para realizar mis actividades diarias. (Ítem inverso)					

10. Puedo identificar y expresar mis emociones (alegría, tristeza, frustración) sin reprimirlas.					
Dimensión 3: Vínculo y Soporte Relacional					
11. Me tomo tiempo para acariciar o hablarle a mi bebé en el vientre.					
12. Recibo apoyo emocional y práctico de mi pareja o familia.					
13. He asistido o participado en clases de preparación para el parto o grupos de apoyo.					
14. Me siento cómoda pidiendo ayuda cuando la necesito.					
15. Siento que estoy preparando activamente un ambiente seguro y amoroso para la llegada de mi bebé.					

Anexo 8 Autoregistro ABC**Autoregistro ABC****Nombre:** _____

Indicaciones: En el siguiente autorregistro coloca cuál fue lo que sucedió, luego cuál fue el pensamiento que tuviste, después, especificar las reacciones y conductuales y emocionales que tuviste.

Anexo 9 Autorregistro de las Distorsiones Cognitivas

Autorregistro de las Distorsiones Cognitivas

Nombre: _____ Fecha: _____

Indicaciones: En el siguiente autorregistro coloca la fecha y situación, cuál fue el pensamiento irracional que tuviste, las reacciones emocionales y conductuales luego escribe el nombre de la distorsión cognitiva.

Fecha	Situación	Pensamiento	Reacciones emocionales	Reacciones conductuales	Distorsión Cognitiva

Anexo 10 Autorregistro de ideas irracionales

Autorregistro de Ideas Irracionales

Nombre: _____ Fecha: _____

Indicaciones: En el siguiente autorregistro coloca cuál fue el acontecimiento, luego cuál fue el pensamiento que tuviste, después, especificar las reacciones emocionales y conductuales que tuviste. Durante los próximos 5 días. Dejar el espacio de valoración vacío.

Fecha/hora	Acontecimiento ¿Qué sucedió?	Pensamiento ¿Qué pensé?	Reacciones Emocionales ¿Cómo me sentí?	Reacciones Conductuales ¿Qué hice?	Valoración (contra mí, los demás, el universo) ¿Qué tipo de idea es?

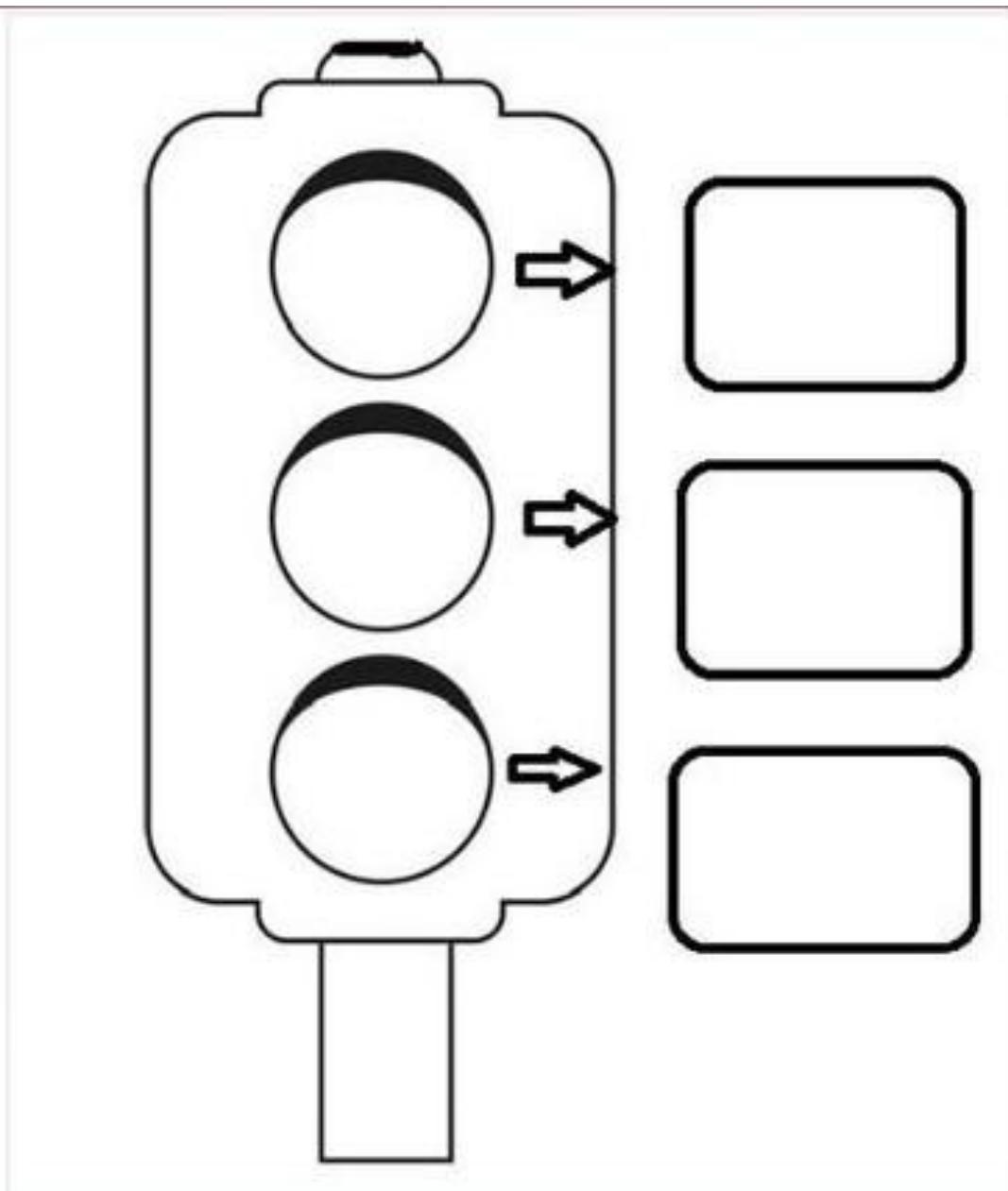
Anexo 11 Autorregistro de Respiración Diafragmática

Autorregistro de Respiración Diafragmática

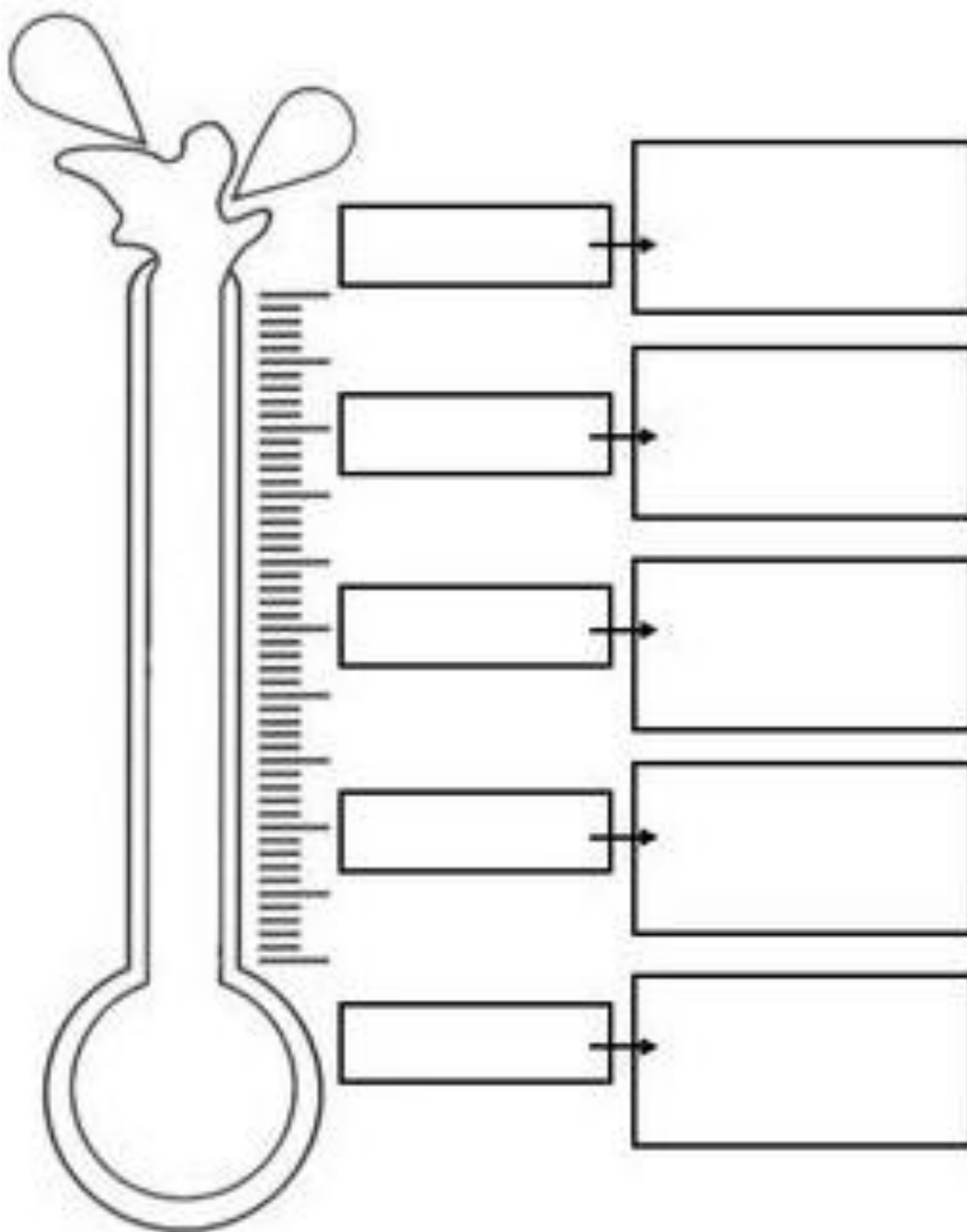
Nombre: _____ Fecha: _____

Indicaciones: En el siguiente autorregistro coloca la fecha y la hora, luego la experiencia de respiración al momento de practicarla y después el número de tensión del 0 al 10 antes y después de hacerla. Durante los próximos 4 días.

Fecha/hora	Situación	N° de tensión (0-10) (Antes)	N° de tensión (0-10) (Después)

Anexo 12 Técnica del Semaforo de las Emociones.

Anexo 13 Técnica del Termómetro Emocional.



Bibliografía

- Álvarez Martínez, F. A., Castillo Ayala, G. E., & Claros Rivas, M. Á. (2023). Niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en embarazadas que llevan controles prenatales en las unidades de salud intermedias periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023 [Tesis de grado, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina]. Universidad de El Salvador.
- Aguilar de Mendoza, A. S. & Quintanilla-Campos, M. N. (2022). El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Revista Entorno*, 1(72), 55-65. <https://revistas.utec.edu.sv/index.php/entorno/article/view/662>
- Díaz, C., & Díaz, C. (2024b, diciembre 22). Cinco de cada diez hogares en Ahuachapán Sur vive en pobreza multidimensional. *Noticias de el Salvador - Noticias de el Salvador, Noticias Internacionales, Salvadoreños Por el Mundo, Economía, Negocios, Política, Deportes, Entretenimiento, Tecnología, Turismo, Tendencias, Fotos, Videos, Redes Sociales*. <https://www.elsalvador.com/h-noticias/h-nacional/ahuachapan-sur-san-francisco-menendez-pobreza-pnud-casas-invierno-meteorologia-y-climatologia-cambio-climatico-/1188080/2024/>
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU). (2010). Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (Decreto N.º 645). <https://isdemu.gob.sv/wp-content/uploads/2020/10/LIE.pdf>
- Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA). (2025, febrero). Serie Brechas de género en mercado laboral El Salvador – Dic 2024. <https://observatoriolaboral.ormusa.org/wp-content/uploads/2025/02/Serie-Brechas-de-genero-en-mercado-laboral-El-Salvador-dic-2024.pdf>
- UNICEF El Salvador. (2025, 23 mayo). Mitos y realidades de la salud mental de las madres embarazadas. <https://www.unicef.org/elsalvador/historias/mitos-salud-mental-madres-embarazadas>



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:
DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES PRIMERIZAS DE ENTRE 15 Y
35 AÑOS ATENDIDAS EN HOSPITALES Y UNIDADES DE SALUD DEL
ÁREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR, DURANTE EL
EMBARAZO Y EL PRIMER AÑO POSTERIOR AL PARTO.**

**Protocolo
2025**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Diseñadores:

Nelson Rodrigo Tobar Fajardo.

Ariel Ignacio Hernández Chacón.

Silvana Rebeca Escalante Rivas.

Alejandra Bersabe Henríquez Valencia.

Gabriela Stefany Leiva Palacios.



ÍNDICE

1.	Introducción.....	4
2.	Denominación o título del proyecto.....	5
3.	Justificación.....	5
4.	Fundamentación teórica.....	6
4.1	Depresión PostParto.....	7
4.2	Factores de riesgo asociados a la depresión post parto.....	7
4.3	Teoría de la depresión por parto de Cheryl Tatano Beck.....	9
4.4	Enfoque clínico–comunitario.....	10
4.5	Modelo teórico de intervención.....	11
4.6	Marco normativo y respaldo institucional.....	12
5.	Objetivos.....	14
5.1	Objetivo general:.....	14
5.2	Objetivos específicos:.....	14
6.	Destinatarios/as del proyecto.....	15
6.1	Población meta directa:.....	15
6.2	Población indirecta:.....	15
7.	Actividades a realizar.....	16
7.1	Proceso de atención integral e intervención psicológica.....	16
7.2	Intervención mediante campañas.....	18
7.3	Diseño del programa personalizado de intervención.....	19
7.4	Objetivos y actuaciones específicas por áreas de intervención.....	20
8.	Metodología.....	29
9.	Temporalización.....	29
12.	Presupuesto.....	31
13.	Anexos.....	34
14.	Bibliografía.....	42

1.Introducción.

La depresión postparto constituye una problemática frecuente en las sociedades actuales afectando de manera significativa el bienestar emocional, la salud mental y la calidad de vida tanto de la madre como la del bebé. En el contexto salvadoreño se observa una presencia evidente de este fenómeno el cual continúa siendo poco intervenido.

Para muchas madres primerizas los síntomas de la depresión postparto suelen pasar desapercibidos o se confunden con los cambios emocionales propios del proceso de adaptación a la maternidad y esta falta de reconocimiento y acompañamiento oportuno genera la necesidad de contar con herramientas claras que orienten la detección, el abordaje y la intervención de manera efectiva.

Ante esta realidad surge la necesidad de elaborar un protocolo de Intervención diseñado para dar mayor realce de la problemática y dar intervención con actividades que proporcionen herramientas para establecer una línea de acción que permita identificar tempranamente la gravedad de los síntomas, ofrecer acompañamiento psicológico y promover espacios de psicoeducación a través de campañas informativas y talleres participativos. Con ello se pretende fortalecer el bienestar emocional de las madres primerizas, disminuir la afectación que produce esta condición y proporcionar recursos prácticos que favorezcan su recuperación y adaptación a la maternidad.

Debido a la complejidad de la depresión postparto, se considera indispensable contar con estrategias y protocolos de actuación que integren el trabajo interdisciplinario y comunitario permitiendo atender las diversas áreas implicadas y promoviendo una respuesta más humana, empática y efectiva ante esta problemática.

El protocolo ha sido elaborado por un grupo de profesionales de la carrera de Licenciatura en Psicología con el propósito de brindar una guía estructurada en la intervención de la depresión postparto.

2. Denominación o título del proyecto.

Depresión postparto en madres primerizas de entre 15 a 35 años atendidas en hospitales y unidades de salud del área metropolitana de San Salvador, durante el embarazo y el primer año posterior al parto.

3. Justificación.

La depresión posparto (DPP) es una problemática frecuente y de gran importancia en el mundo en general y es que la transición a la maternidad representa uno de los cambios más significativos de la vida de una mujer en especial si es el primer hijo; este proceso puede verse acompañado de emociones intensas, agotamiento físico y psicológico y cuando esto se ve presente y las demandas superan los recursos emocionales y sociales disponibles aumenta el riesgo de padecer DPP y esta situación se agrava al verse frente a otros factores que intervienen de igual forma en el bienestar emocional de las madres primerizas.

La depresión postparto en madres primerizas del área metropolitana de San Salvador constituye una problemática social importante que afecta tanto la salud emocional de las mujeres como el vínculo con sus hijos; muchas de ellas atraviesan este proceso sin acceso a un tratamiento psicológico o psiquiátrico oportuno y sin un seguimiento clínico adecuado lo que incrementa el riesgo de recaídas, problemas en el estado de ánimo y su autocuidado, ideación suicida y por supuesto un deterioro en la relación con su bebé. Aunque existen lineamientos del MINSAL para la atención integral en el periodo perinatal y se dispone de servicios de psicología y psiquiatría estos servicios suelen ser limitados lo que genera que un alto porcentaje de mujeres no sean atendidas debidamente dando por consiguiente un mayor riesgo con la DPP al no ser detectadas ni acompañadas a tiempo y actualmente existen datos importantes que muestran el riesgo de padecer DPP, la investigación realizada en el Hospital Zacamil muestra un porcentaje del 44.4% de riesgo de depresión consiguiendo que el abordaje de este tema sea aún más

importancia tenerlo en cuenta ya que hay muchos factores que inciden en la aparición de la DPP como violencia intrafamiliar, bajo nivel educativo, falta de empleo, redes de apoyo insuficientes, embarazos no deseados y cambios hormonales, el estigma cultural y falta de información que dificultan la expresión de su malestar o que soliciten ayuda.

Esta combinación de causas deriva en consecuencias graves y frente a esta realidad se vuelve fundamental promover un proceso y seguimiento oportuno mediante herramientas que ofrezcan una intervención integral con acompañamiento psicológico oportuno, consejería, grupos de apoyo y garantizar un acompañamiento prolongado que permita una mejor recuperación y que dicha intervención pueda también ofrecer acompañamiento desde etapas tempranas donde exista un acceso real a espacios de tratamiento que velen por la salud mental de la madre y su hijo logrando mayor gestión en su mente y corazón e ir reconstruyendo su bienestar emocional con empatía.

Ante esta realidad se vuelve urgente la necesidad de un diseño e implementación de un programa de intervención que permita acompañar y fortalecer a las mujeres que enfrentan esta problemática promoviendo su recuperación emocional, su identidad, su capacidad de autocuidado, el desarrollo de vínculos saludable y darle un mayor realce a la necesidad de apoyar a las madres que experimentan muchos cambios en su vida en el proceso de ser madres y poder ofrecer una intervención real a las madres primerizas y es que cada madre que comprende lo que siente va aprendiendo a nombrarlo y encuentra un lugar seguro para expresarlo, además poder recibir tratamiento ayuda a reducir síntomas y mejorar áreas de su vida como la forma en que se vincula con su hijo, así como construir un proyecto de vida sin renunciar a su bienestar, entre otras.

Poder trabajar junto a lineamientos institucionales vigentes, la cooperación internacional y la apertura a alianzas con universidades y organizaciones sociales permite proyectar la

viabilidad de un programa de intervención que responda a las necesidades reales de las madres primerizas reduciendo los riesgos asociados y fortalezca su bienestar emocional y el de sus hijos buscando prevenir la aparición de la DPP pero también acompañar a quienes la están viviendo o han comenzado a sentir sus primeros efectos y ofrecer herramientas, conocimiento y orientaciones para que madres primerizas puedan ser madres sin interrumpir su bienestar de vida.

4. Fundamentación teórica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental materna como “un estado de bienestar en el que la madre es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad” (Prasoon Rupanagunta et al., 2023). Esta definición resalta que el bienestar psicológico de la madre no solo implica la ausencia de trastornos, sino también su capacidad de adaptación, funcionamiento y participación activa en su entorno familiar y social.

La tasa de fecundidad actual en El Salvador es 1.4 hijos por mujer, lo que equivale a la cantidad promedio de hijos que una mujer tendría durante su vida reproductiva (Banco Central de Reserva de El Salvador, 2024). A pesar de que este número muestra una baja tendencia de los nacimientos con respecto a años anteriores, vivir la maternidad sigue siendo un periodo fundamental y delicado en la vida de las mujeres desde el enfoque biológico y psicológico. Este proceso conlleva cambios significativos en lo hormonal, emocional y social que, a menudo, pueden transformarse en elementos de riesgo para el surgimiento de trastornos de salud mental, siendo uno de ellos, la depresión posparto.

4.1 Depresión PostParto.

La depresión postparto no es una simple tristeza pasajera ni un signo de debilidad, sino una condición médica que puede impactar en cómo se siente, piensa y actúa una madre.

De acuerdo con la OMS, una de cada siete mujeres puede padecer depresión después del parto. En América Latina, la cifra puede ser incluso más alta debido a elementos como el acceso restringido a servicios de salud mental, la violencia de género y la pobreza, así como otros factores como que tienen relación con el contexto social y biológico de la madre (UNICEF, 2025).

Por ende, se comprende que cuando se habla de la depresión postparto, se refiere a un tipo de depresión mayor, dicha depresión suele establecerse durante las primeras semanas posteriores al parto, sin embargo, en algunos casos, se ha encontrado que la depresión post parto puede surgir en cualquier momento durante el primer año de vida del bebé, conocido como puerperio (UNICEF, 2025).

Algunos de los síntomas más comunes de la depresión post parto son: “tristeza persistente, llanto frecuente, sensación de vacío o desesperanza, fatiga extrema, irritabilidad, dificultad para dormir (aun cuando el bebé duerme) o sueño extremo, pérdida de apetito, sentimientos de culpa o inutilidad, pérdida o aumento del apetito, dificultad para establecer vínculos con él o la bebe, y, en casos graves, pensamientos de hacerse daño o de dañar al bebé.” (UNICEF, 2025)

4.2 Factores de riesgo asociados a la depresión post parto.

La aparición de síntomas de depresión en las puérperas se ha transformado en un problema sanitario en aumento, que produce afectaciones en la relación madre-hijo.

A pesar de que el embarazo y el posparto son culturalmente vistos como periodos de alegría, la evidencia sugiere que la salud mental puede ser afectada por diversas circunstancias: biológicas, sociodemográficas y gineco-obstétricas (Lucín & Noemi Elizabeth, 2022).

- Factores sociodemográficos:

Son los más significativos cuando surgen síntomas de depresión durante el puerperio. Diversos elementos del entorno social y personal influyen en la aparición de síntomas depresivos después del parto. Entre ellos, factores como la edad, el estado civil, la situación económica o la

presencia de violencia intrafamiliar pueden aumentar el nivel de estrés y afectar la capacidad de la madre para adaptarse al nuevo rol.

Edad de la madre: Las madres que tienen menos de 20 años son más vulnerables a la DPP porque afrontan el reto de ser madres en un periodo en el que su desarrollo psicológico y social aún está en formación (González, 2019).

Estado civil: Según (Rojas, 2020), las mujeres que no tienen pareja o reciben poco apoyo de su cónyuge corren un riesgo hasta cuatro veces más alto de padecer DPP, y las que tienen más de un hijo, en comparación con las primíparas, tienen una probabilidad dos veces mayor.

Situación económica: La prevalencia de depresión posparto es más alta en las mujeres con ingresos bajos, a causa del estrés que proviene de la inestabilidad económica y de los deberes familiares.

Los factores sociodemográficos mencionados no actúan de manera aislada, sino que se interrelacionan con aspectos biológicos y emocionales que amplifican el riesgo de padecer depresión postparto.

- Factores biológicos

Los factores biológicos asociados a la depresión posparto incluyen los cambios hormonales, neuroquímicos y fisiológicos que experimenta la mujer durante el embarazo y el puerperio. Entre ellos destacan la alteración en los niveles de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y norepinefrina, los cuales influyen directamente en el estado de ánimo, el sueño y el apetito.

Además, se ha descubierto que una reducción del triptófano, que es el precursor de la serotonina, puede favorecer el surgimiento de síntomas relacionados con la depresión. Asimismo, la vulnerabilidad emocional en el puerperio podría tener relación con la presencia de inflamación sistémica o con la elevación de enzimas como la proteína C reactiva (PCR).

La falta de atención médica prenatal, la obesidad materna, una nutrición inadecuada y el historial personal o familiar de trastornos depresivos son otros elementos biológicos que

aumentan la vulnerabilidad y predisponen la enfermedad. Estos componentes evidencian cómo el balance químico y fisiológico del cuerpo materno tiene un impacto importante en la salud mental tras el parto (Peña & Rios, 2024)

- Historial gineco-obstétrico

Los antecedentes gineco-obstétricos son otro factor significativo en el surgimiento de la depresión posparto, porque tienen que ver con las vivencias anteriores y las condiciones del embarazo y parto actuales.

La planificación del embarazo, la paridad y el método de parto son algunos de los más relevantes. Las mujeres que dan a luz por primera vez (conocidas como primíparas) tienden a tener una mayor vulnerabilidad emocional, especialmente si tienen partos instrumentales, prolongados o cesáreas.

Además, los embarazos no deseados o no planeados pueden provocar emociones como miedo, incertidumbre o culpa que incrementan la posibilidad de tener síntomas de depresión. Los abortos anteriores, las complicaciones durante el embarazo y la falta de redes de apoyo en el transcurso del puerperio y la gestación son otros factores que potencian la posibilidad de desarrollar la enfermedad (Peña & Rios, 2024).

En conjunto, estos antecedentes muestran que la historia reproductiva y las vivencias obstétricas afectan la estabilidad emocional de la madre después del parto.

4.3 Teoría de la depresión por parto de Cheryl Tatano Beck.

La Teoría de la Depresión Posparto formulada por Cheryl Tatano Beck proporciona un análisis profundo acerca de cómo viven emocional y cognitivamente las mujeres que pasan por esta situación, desde una perspectiva psicológica Beck sostiene que la depresión posparto no es únicamente una alteración en términos hormonales o químicos, sino un proceso complejo de descontrol sobre las emociones, los pensamientos y el sentido de identidad.

La autora, mediante su modelo "Teetering on the Edge", explica la batalla interna que enfrentan las mujeres entre mantenerse funcionales y sentirse agobiadas por el peso emocional

del puerperio. Sentimientos de aislamiento, ansiedad, pensamientos intrusivos, desesperanza y culpa son algunos de los síntomas que obstaculizan el vínculo con el bebé y perjudican su bienestar integral (Xochipa, 2021).

Esta teoría es importante porque destaca la necesidad de entender la experiencia subjetiva de la madre, subrayando que comprender su vida emocional es fundamental para el acompañamiento terapéutico. Asimismo, brinda un fundamento firme para crear tácticas de intervención psicológica empática que se enfocan en la recuperación del control emocional y el restablecimiento del sentido de sí misma.

Evidencia Empírica en el contexto salvadoreño.

La depresión posparto, en este sentido, es considerada la enfermedad psiquiátrica más común durante el periodo de puerperio en todo el mundo. Su prevalencia tiende a ser el doble en mujeres que habitan en países en vías de desarrollo.

A pesar de su importancia clínica, en El Salvador no hay información epidemiológica extensa relacionada con su incidencia. No obstante, una investigación llevada a cabo en el Hospital Nacional Zacamil en el año 2019, permitió establecer la conexión entre los factores de riesgo y la aparición de depresión posparto en mujeres con un bajo nivel de riesgo obstétrico. La investigación, con un enfoque cuantitativo y un diseño correlacional, utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para examinar a 180 mujeres durante el puerperio inmediato y descubrió que el 44.4% de ellas tenía riesgo de depresión posparto (Vallecampo de Magaña, 2021, 12).

Los hallazgos mostraron que existe una relación significativa entre el riesgo de depresión posparto y factores como la violencia intrafamiliar, la situación civil, la educación, la estabilidad en el trabajo, las redes de apoyo, los sentimientos de culpabilidad y el anhelo de estar embarazada. Esto evidencia que los determinantes psicosociales juegan un rol esencial en la manifestación y persistencia del trastorno.

4.4 Enfoque clínico-comunitario.

Este protocolo se basa en el enfoque clínico-comunitario, que permite entender la depresión posparto no solo a partir de los síntomas individuales, sino también en un contexto social, familiar y cultural. Esta perspectiva combina la Psicología Comunitaria, que intenta fomentar el bienestar mediante la participación activa, la prevención y el fortalecimiento de redes de apoyo, con la Psicología Clínica, centrada en entender el dolor a nivel individual.

El objetivo principal de la Psicología Comunitaria es el estudio de los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo y progreso de los individuos en un contexto social y en las relaciones entre: individuo-grupo, social-ambiente (UNIR, 2020). La psicología comunitaria es influenciada por otras ramas de la ciencia, como la antropología, la sociología y la psicología social y de la salud, las cuales comparten el deseo por la búsqueda del cambio social. Esta perspectiva enfatiza que no es suficiente con tratar síntomas individuales, sino que se debe considerar la manera en que el ambiente social determina las vivencias psicológicas y emocionales de la madre.

Mientras que, la psicología clínica es una subdisciplina dentro de la psicología que estudia todos los elementos implicados en los trastornos mentales y la salud mental.

Por consiguiente, la psicología clínica realiza todas las actividades de diagnóstico, evaluación, prevención e intervención terapéutica en individuos con algún tipo de alteración mental o conducta inadecuada, para restablecer el equilibrio mental y erradicar cualquier sufrimiento (Regader, 2025). La perspectiva clínica-comunitaria se presenta como una integración que reconoce que las dificultades de salud mental muchas veces no se deben únicamente a causas internas, sino también a factores externos: escasez de apoyo social, desventajas culturales, inequidad y obstáculos para acceder al cuidado.

La Psicología Clínica Comunitaria, en este sentido, representa una integración innovadora de ambas perspectivas, combinando la práctica clínica tradicional con los principios de la psicología comunitaria. Este enfoque enfatiza la comprensión y el tratamiento del malestar psicológico dentro de contextos sociales, culturales y ambientales más amplios. Asimismo,

conecta las intervenciones centradas en el individuo con una perspectiva ecológica, una orientación preventiva y un compromiso con la justicia social y el empoderamiento comunitario (Clinical community psychology, n.d.).

Desde este enfoque clínico-comunitario, se reconoce que los problemas de salud mental, en este caso, la depresión posparto, no son solo consecuencia de factores internos, sino también de elementos externos como la falta de apoyo social, las barreras para acceder a la atención psicológica, la violencia o la madurez biológica.

Este protocolo, por consiguiente, sugiere que el/la psicólogo/a clínico/a valide la experiencia subjetiva de la madre, ofrezca acompañamiento terapéutico a nivel individual e impulse al mismo tiempo acciones comunitarias de sensibilización, prevención y psicoeducación. Así, no solo se fomenta que la mujer recupere su salud emocional, sino también que se fortalezcan entornos más sostenibles, seguros y empáticos para ella y su familia.

4.5 Modelo teórico de intervención.

Según (Puerta & Padilla, 2021), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un modelo de tratamiento para diversos trastornos mentales que ayuda a las personas a identificar y modificar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales, sustituyéndolos por otros más adaptativos que faciliten la superación de sus dificultades o, en este caso, de los síntomas de la depresión posparto

El protocolo se basa en el modelo cognitivo-conductual de Aaron Beck y los fundamentos de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta última ha sido identificada por muchos, como uno de los métodos terapéuticos más efectivos para tratar la depresión posparto (Arévalo et al., 2025). Esta perspectiva sostiene que los pensamientos, las emociones y las conductas están conectados entre sí y que se pueden producir mejoras en el comportamiento y el bienestar emocional cuando se alteran los patrones cognitivos disfuncionales.

Desde esta óptica, la TCC tiene como objetivo ayudar a las madres a identificar creencias distorsionadas o negativas, como: sentimientos de inadecuación, culpa o incapacidad para atender al bebé y sustituirlas por pensamientos más realistas y empáticos con uno mismo.

El objetivo es reducir los síntomas de depresión y aumentar la percepción de autoeficacia materna mediante el entrenamiento en capacidades para hacer frente a problemas y para resolverlos mediante estrategias de reestructuración cognitiva y activación conductual.

Además, este modelo fomenta el fortalecimiento de la resiliencia materna y la mejora de la relación emocional entre madre e hijo, que son componentes fundamentales para la salud mental y el desarrollo temprano del niño.

Diversos estudios han demostrado la eficacia de la TCC en este ámbito. De acuerdo con una revisión reciente de estudios, la terapia cognitivo-conductual se posiciona como el enfoque psicoterapéutico más efectivo para el abordaje de la depresión posparto, al favorecer la toma de conciencia sobre los propios pensamientos y conductas, y promover estrategias saludables de afrontamiento ante el estrés y los cambios emocionales de la maternidad (Arévalo et al., 2025).

4.6 Marco normativo y respaldo institucional.

El protocolo actual se basa en los marcos legales y técnicos que aseguran una atención integral de la salud mental materna en El Salvador. Estos lineamientos tienen como objetivo no solo identificar y tratar a tiempo la depresión posparto, sino también fomentar el bienestar de la madre y la relación madre-hijo como componentes esenciales de la salud pública.

En primer lugar, conforme a lo establecido en la sección h del artículo 27 de la Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, es responsabilidad del Estado “desarrollar programas permanentes para la promoción de la salud mental, la prevención de sus alteraciones y la atención psicológica y psiquiátrica especializada para embarazadas, niñas, niños, adolescentes y su familia” (MINSAL, 2023).

Este mandato legal reafirma el compromiso de la institución de ofrecer atención psicológica desde una perspectiva integral, comunitaria y preventiva, garantizando que las madres sean apoyadas a lo largo del proceso perinatal.

De acuerdo con lo anterior, el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) elaboró los Lineamientos técnicos para la atención integral de la mujer con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el periodo perinatal (MINSAL, 2023).

Este documento es una guía fundamental para el cuidado de mujeres que presentan síntomas de psicosis, trastorno bipolar, depresión, ansiedad o estrés postraumático, antes, durante y después del embarazo.

El MINSAL define la salud mental perinatal como “el estado de la salud mental de la mujer antes, durante y después del embarazo, así como la salud mental del recién nacido y el vínculo que se establece entre madre e hijo” (MINSAL, 2023). Este vínculo se considera un indicador fundamental para el desarrollo de los niños y su bienestar emocional, por lo que es importante promoverlo y supervisarlos hasta dos años después del nacimiento.

Además, los lineamientos del MINSAL identifican la depresión perinatal como un episodio de depresión severa que puede ocurrir en cualquier momento de la gestación o durante el primer año después del parto. Se destaca que, a pesar de que la tristeza posparto es un suceso adaptativo y pasajero, la depresión posparto necesita un enfoque específico que integre el soporte emocional, la instrucción para la familia y, si se requiere, el tratamiento con medicamentos (MINSAL, 2023).

El protocolo del MINSAL sugiere que, en lo que respecta a las intervenciones terapéuticas, se apliquen tratamientos no farmacológicos para promover la prevención de recaídas, el autocuidado y el afrontamiento. Entre estos tratamientos están la terapia grupal, la consejería psicológica y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

De acuerdo con el documento, “se deben implementar técnicas de relajación, consejería, terapia cognitivo-conductual e intervenciones individuales, familiares y grupales en espacios terapéuticos de escucha y sostén emocional” (MINSAL, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, declara que la salud mental de las madres es una prioridad a nivel mundial y que entre los trastornos más frecuentes durante el puerperio es la depresión posparto. La OMS incita a los sistemas de salud nacionales a asegurar el diagnóstico precoz, el tratamiento fundamentado en evidencia y fomentar redes de apoyo social para las madres que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad (World Health Organization).

Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) enfatiza que la depresión posparto tiene un impacto en la madre y en el desarrollo emocional del infante. Para tratarla, es necesario un abordaje integral que mezcle atención médica, psicológica y comunitaria (UNICEF, 2025).

Por último, el Objetivo de Desarrollo Sostenible N.º 3 (Salud y bienestar) de la Agenda 2030 de la ONU también apoya que los programas para cuidar la salud mental de las madres sean más robustos, fomentando el bienestar emocional en el embarazo y en el puerperio como un componente del derecho básico a la salud integral (ONU, 2023).

Por ende, estas directrices y normativas constituyen el marco legal y técnico que respalda este protocolo, garantizando que la intervención psicológica esté enfocada en prevenir, atender de manera oportuna y rehabilitar a las mujeres con depresión posparto. La implementación del modelo cognitivo-conductual resulta factible mediante el respaldo institucional brindado por el MINSAL y las entidades internacionales, lo que posibilita que se incluya en una respuesta nacional que pone como prioridad la salud mental de las madres, considerándola un elemento fundamental para el bienestar social y familiar.

5.Objetivos.

5.1 Objetivo general:

Desarrollar un programa de intervención integral en salud mental dirigido a madres primerizas con síntomas o diagnóstico de depresión postparto, orientado a fortalecer sus capacidades emocionales, vinculares y de autocuidado mediante acciones psicosociales con fundamento en el modelo cognitivo–conductual (Beck, 1979) y el enfoque clínico–comunitario garantizando una atención temprana, continua y humanizada en el marco del Sistema Nacional de Salud de El Salvador.

5.2 Objetivos específicos:

-Implementar procesos de detección temprana y tamizaje sistemático de síntomas depresivos en controles prenatales y posnatales mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), promoviendo la identificación oportuna de casos y su seguimiento psicológico.

-Brindar acompañamiento psicológico y psicoeducativo a madres primerizas con riesgo o diagnóstico de depresión postparto a través de sesiones individuales y grupales basadas en la Terapia Cognitivo–Conductual (TCC), orientadas al fortalecimiento del bienestar emocional, la vinculación de madre–hijo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivo.

-Favorecer el empoderamiento emocional y comunitario de las madres mediante actividades participativas, lúdicas y psicoeducativas fundamentadas en la Investigación Acción Participación (IAP), que promuevan la sensibilización, la reducción del estigma y la creación de redes de apoyo mutuo entre las participantes y sus familias.

6. Destinatarios/as del proyecto

6.1 Población meta directa:

Madres primerizas de entre 15 y 35 años, atendidas en unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) y hospitales públicos del Área Metropolitana de San Salvador, que se encuentren

en riesgo o diagnóstico de depresión postparto, y que presenten antecedentes de dificultades emocionales durante el embarazo o el puerperio.

6.2 Población indirecta:

- Familiares o cuidadores principales (pareja, madre, abuela u otro apoyo cercano).
- Personal de salud que atiende el proceso perinatal (médicos, enfermeras, psicólogos y promotores de salud).

7. Actividades a realizar.

7.1 Proceso de atención integral e intervención psicológica

Para la realización oportuna de la atención en mujeres que presentan síntomas o diagnóstico de DPP se deberá realizar capacitación a personal de la institución en un primer momento sobre EPDS, entrevista breve, manejo de ideación suicida, ruta de seguimiento y del protocolo en general.

El objetivo de esta es establecer lineamientos claros para poder identificar, evaluar, derivar y atender de manera integral a mujeres con síntomas o diagnóstico de Depresión Postparto (DPP) dentro del Sistema Nacional de El Salvador garantizando una intervención oportuna y un seguimiento adecuado que promueva la recuperación emocional y el bienestar.

Atención inicial a la demanda de madres primerizas.

Paso 1: Recepción y detección inicial.

1. La mujer llega a la institución de salud presentando síntomas (tristeza persistente, ansiedad, irritabilidad, problemas de sueño, dificultad en vinculación con el bebé, pensamientos de culpa o autolesión).
2. El personal de enfermería, médico o profesional en salud mental realizará **entrevista breve**.

En la entrevista breve se busca:

Recabar información mínima imprescindible que ayude junto al instrumento a detectar el nivel de afectación de las mujeres primerizas.

Dar información oportuna y orientar sobre las actuaciones posibles a realizarse ante la problemática y redirigir las demandas que no correspondan al proyecto directamente hacia los servicios más adecuados.

Motivar el inicio de un proceso de intervención y tratamiento de acuerdo a como su nivel de afectación lo amerita concientizando sobre la importancia de tomar acción en búsqueda de su bienestar integral.

Ofrecer escucha activa ante la demanda de la madre primeriza logrando el establecimiento de una adecuada vinculación y empatía que genere confianza y acompañamiento para poder dar inicio al proceso.

Identificar síntomas y factores de riesgo (historial personal, antecedentes familiares de depresión, soporte familiar, situación socioeconómica, violencia de género).

3. Se registra la información.

Paso 2: Tamizaje estandarizado.

1. Se aplicará la **Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)** u otro instrumento validado.
2. Se interpretará el puntaje según criterios y se realizará el plan según el nivel de riesgo presente del paso 3 tomando en cuenta 3 niveles, síntomas leves, riesgo moderado y riesgo alto.

Paso 3: Intervención según nivel de afectación.

Ante la presencia de síntomas leves se realizaran las siguientes actividades:

- Aplicación de escala EPDS.
- Consejería breve en la institución de salud.
- Talleres y charlas psicoeducativas sobre:
 - ✓ Manejo de emociones.
 - ✓ Autocuidado.
 - ✓ Vínculo afectivo con el bebé.
 - ✓ Identidad.
- Seguimiento mensual en controles posparto.

Ante la presencia de riesgo moderado se realizarán las siguientes actividades.

- Aplicación de escala EPDS.
- Campañas de información y sensibilización.
- Psicoterapia individual o grupal con psicología en el mejoramiento de síntomas. (Ante la necesidad de la evaluación psicológica individual se realizarán los pasos de acuerdo a los establecidos en la institución.)
- Talleres psicoeducativos sobre temas relevantes ante la DPP, autocuidado, resolución de problemas, gestión emocional, vínculo afectivo con el bebé.
- Evaluación periódica del progreso a través de tamizaje con EPDS.
- Derivación a psiquiatría si hay riesgo de empeoramiento.

Ante la presencia de casos graves se realizaran las siguientes actividades.

- Derivación para evaluación psiquiátrica inmediata.
- Seguimiento de tratamiento farmacológico según criterios clínicos de especialista.
- Psicoterapia, talleres de mejoramiento de áreas de fortalecimiento como: identidad, gestión emocional, autocuidado.
- Supervisión multidisciplinaria para seguimiento y protección de madre-bebé.
- Activación de red de apoyo para garantizar seguridad y adherencia al tratamiento e intervención.

7.2 Intervención mediante campañas.

En la implementación de campañas de sensibilización con charlas informativas en las cuales el equipo ejecutor realizará una cantidad de 4 campañas tomando en cuenta las charlas y material informativo sobre la problemática buscando un mayor alcance de personas que puedan ser beneficiadas con el programa además de proporcionar a las personas conocimiento primordial y oportuno.

La primera **“Hablemos de depresión posparto”** se ejecutará enfocada a información general sobre la depresión postparto y se tomarán puntos como definición, síntomas relacionados, factores de riesgo y consecuencias en madre e hijo. Se proporcionará afiches, trípticos, y visualización de carteles con información presentada en la charla.

Se tomará en cuenta la siguiente línea de pasos:

Bienvenida e introducción.

Charla informativa.

Dinámica breve “mito o realidad”.

Espacio de preguntas y cierre.

Material de apoyo:

- Afiches informativos sobre signos y síntomas.
- Brochures o trípticos.
- Carteles con frases relacionadas al tema.
- Carteles con información sobre depresión postparto.

La segunda **“Tejiendo redes que sostienen”** estará enfocada en la importancia de las redes de apoyo para el bienestar de las madres primerizas y dinámicas lúdicas cortas como complemento de la temática. Se proporcionará la visualización de carteles con información sentada en la charla.

Se tomará en cuenta la siguiente línea de pasos:

Bienvenida e introducción.

Charla central.

Reflexión y cierre.

Material de apoyo:

- Carteles con información, con redes dibujadas y ejemplos de apoyo.
- Brochures o trípticos.

La tercera “**Cuidarme también es amar**” irá proyectada bajo la línea de autocuidado y hábitos que ayudan a las madres primerizas a tener un bienestar integral.

Se tomará en cuenta la siguiente línea de pasos:

Bienvenida e introducción.

Charla psicoeducativa.

Dinámica “Mi batería emocional”.

Reflexión y cierre.

Material de apoyo:

- Carteles con información y frases sobre el autocuidado.
- Hoja con formato de “Mi batería emocional.”
- Brochures o trípticos.

La cuarta “**gestionar para sanar**” irá proyectada sobre el conocimiento general sobre la gestión emocional buscando que las personas identifique la importancia del manejo de emociones para combatir los síntomas que se presentan sobre la depresión postparto, además de que se motivará a que si conocen o saben de alguien que necesite ayuda sobre el tema que

se acerquen a las unidades de salud o hospitales para que puedan iniciar un proceso de intervención.

Se tomará en cuenta la siguiente línea de pasos:

Bienvenida e introducción.

Charla psicoeducativa.

Dinámica "Semáforo emocional".

Reflexión y cierre.

Material de apoyo:

- Brochures o trípticos.
- Impresiones de semáforo.

7.3 Diseño del programa personalizado de intervención

Se realizarán 4 talleres de intervención enfocados bajo la línea de 4 vectores tomando en cuenta el autocuidado, la gestión emocional, la identidad y vínculos afectivos. Estos temas se realizarán con madres primerizas de entre 15 y 35 años que presentan síntomas o diagnóstico de depresión postparto. Si en el transcurso de los talleres se evidencia la necesidad de atención individualizada se remitirá para atender las necesidades requeridas al caso por un profesional de la salud mental.

7.4 Objetivos y actuaciones específicas por áreas de intervención

Vector 1: Autocuidado.				
Objetivo General: Promover el autocuidado integral en madres primerizas con sintomatología o diagnóstico de Depresión Posparto (DPP), mediante la implementación de estrategias que fortalezcan su bienestar integral.				
Objetivo específico.	Contenidos a desarrollar.	Actuaciones del Psicólogo	Procedimiento/ Metodología	Técnicas de intervención
Planificar estrategias de autocuidado realistas y accesibles para madres con sintomatología de Depresión Posparto.	Autocuidado.	Realizar psicoeducación y ofrecer pasos a seguir en la actividad	Se realiza Psicoeducación a la temática del autocuidado utilizando una metáfora "Batería Energética" para explicar el balance entre lo que "drena" (consume) y lo que "recarga" (aporta) energía vital. Se entregan plantillas (hojas de trabajo) a las participantes para que realicen un ejercicio de autoexploración y mapeo de recursos. Deberán completar dos columnas (mínimo 5 ítems por columna): "Qué me Drena" y "Qué me Recarga".	Psicoeducación. Sensibilización.
Instruir a las	Activación	Desmitificar la	El facilitador introduce la práctica de técnica de	Mindfulness.

<p>madres en una técnica de estabilización fisiológica para reducir la activación emocional.</p>	<p>emocional. Homeostasis.</p>	<p>práctica del mindfulness y reducir la presión por el rendimiento, enfocando la atención en el proceso interno.</p> <p>Orienta a los participantes durante la práctica del ejercicio.</p>	<p>atención plena o mindfulness como una intervención breve de estabilización, apta para ser utilizada de forma autónoma en cualquier momento.</p> <p>Para desarrollarla se solicita a las participantes adoptar una postura cómoda y estable: pies firmemente apoyados en el suelo, manos reposando sobre las piernas y la columna erguida. Se ofrece la opción de cerrar los ojos si se sienten seguras, respetando la elección de mantenerlos abiertos.</p> <p>Se dirige la atención de forma secuencial y lenta a las diferentes zonas del cuerpo: cabeza, cuello, hombros, brazos, manos, pecho, abdomen, caderas, piernas y pies. En cada zona, se invita a identificar la sensación presente (tensión, calor, cosquilleo) y, ante la tensión, se alienta a exhalar y "soltar" la rigidez percibida.</p> <p>Se invita voluntariamente a una o dos participantes a expresar en una sola frase su estado emocional o</p>	
--	---	---	--	--

			sensación corporal posterior a la práctica.	
Fomentar la autocompasión y reducir la autocrítica en las madres, capacitando para la elaboración de un plan de afrontamiento conductual que sirva de apoyo estructurado durante momentos de crisis emocional.		Invita a las participantes a realizar el ejercicio.	<p>Se inicia con una explicación psicoeducativa sobre el constructo de la autocompasión. Se enfatizará su rol como un mecanismo psicológico activo para reemplazar los patrones de autocrítica interna, normalizando la dificultad que tienen las madres para ser amables consigo mismas.</p> <p>Se guía a las participantes a realizar un ejercicio de escritura terapéutica conocido como "Carta Compasiva". Deberán redactar una carta dirigida a sí mismas, pero utilizando una perspectiva externa (como si escribieran a una amiga que está sufriendo la misma situación). El contenido debe incluir: frases de apoyo, reconocimiento explícito del esfuerzo y la dificultad de la experiencia. Al terminar las guardarán.</p> <p>Se guiará una breve aclaración para que cada madre acuerde un lugar específico para guardar la carta y un</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Sentido de la autocompasión.</p> <p>Afrontamiento.</p> <p>Escritura terapéutica.</p>

			método claro para usarla en momentos de dificultad (kit de auto consuelo).	
--	--	--	--	--

VECTOR 2: Gestión emocional

Objetivo general: Fortalecer en las madres primerizas la capacidad de identificar, comprender y regular sus emociones.

Objetivos Específicos.	Contenidos a trabajar.	Actuaciones del Psicólogo.	Procedimiento.	Técnica de intervención.
Desarrollar en las participantes el reconocimiento y la identificación emocional como primer paso para la autorregulación.	Reconocimiento de identidad. Autoregulación.	Realizar psicoeducación Dar indicaciones de la actividad Guiar reflexión grupal	Se realiza una psicoeducación abarcando la temática de emociones y sus funciones. Escribir en una hoja tres situaciones recientes que hayan generado emociones intensas e identificar: Qué emoción sintieron, qué pensamiento la acompañó, qué hicieron después. Se realiza una reestructuración analizando si el pensamiento fue realista o distorsionado.	Reestructuración cognitiva. Reflexión grupal

			Se realizará una reflexión grupal respondiendo: “¿Qué aprendí al ponerle nombre a mis emociones?”	
Ayudar a reconocer la relación entre pensamiento, emoción y conducta para fomentar el autocontrol emocional.	Relación de pensamiento, emociones y conducta.	Explicación de actividades Explicar y guiar a las participantes en las actividades y reflexión.	Se realiza una explicación sobre el modelo ABC de Ellis y se realizará una aplicación práctica sobre el modelo en donde deberán completar una tabla con A (Acontecimiento), B (Creencia), C (Consecuencia). Realizarán una reestructuración de la creencia. Deberán compartir reestructuraciones que han considerado y reflexionar sobre cómo cambió la emoción al cambiar el pensamiento. Deberán elegir una frase realista para usar cuando aparezca la autocrítica y practicarla en casa.	Técnica ABC Reestructuración. Reflexión.
Crear una herramienta personal para	Estrategias de regulación emocional.	Psicoeducar. Dar indicaciones de la actividad y	Se realiza una psicoeducación sobre la importancia de tener estrategias de regulación para realizar ante la presencia de emociones fuertes.	Psicoeducación. “Caja de calma

<p>aplicar estrategias de regulación emocional ante momentos de ansiedad, tristeza o enojo.</p>	<p>Ansiedad. Tristeza.</p>	<p>acompañar en la creación y aplicación.</p>	<p>Deberán tener y decorar una caja con frases y colores en la cual deberán colocar dentro una frase positiva, un aroma relajante, una foto significativa y una lista de estrategias de autocontrol (respirar, caminar, orar, hablar con alguien, etc).</p> <p>Se simulará tener un momento de tensión y usarán la caja para elegir una estrategia.</p> <p>Expresarán cómo se sintieron al aplicar la caja como herramienta.</p>	<p>emocional”.</p>
<p>Enseñar una técnica breve de respiración consciente para reducir ansiedad y promover</p>	<p>Ansiedad. Autorregulación. Respiración consciente.</p>	<p>Guía los pasos a realizarse en las actividades. Guía reflexión y tiempos de la</p>	<p>Se realizará una breve introducción sobre la respiración consciente y como esta ayuda a regular emociones intensas.</p> <p>Se practicará de forma guiada el ejercicio de respiración 4-7-8 /Inhalar por la nariz contando 4,</p>	<p>“Respiro, siento, me calmo”.</p> <p>Técnica de respiración 4-7-8</p>

autorregulación.		actividad	<p>retener el aire 7 segundos, exhalar lentamente por la boca en 8. (Repetir durante varios ciclos.)</p> <p>Se abre un espacio para comentar las sensaciones que se presentaron y después identificarán pensamientos negativos que surgieron e ir modificándolos por otros más saludables.</p> <p>Deberán elaborar una frase de anclaje emocional retomando la frase ejemplo: “Respiro, me calmo, me cuido.”</p>	<p>Reflexión</p> <p>Reestructuración.</p> <p>Anclaje emocional.</p>
------------------	--	-----------	---	---

Vector 3: Identidad.

Objetivo General: Fortalecer la identidad personal y materna en madres primerizas.

Objetivo específico.	Contenidos a desarrollar.	Actuaciones del Psicólogo.	Procedimiento/ Metodología.	Técnicas de intervención.
Reconectar con aspectos	Identidad personal y	Orientación al brindar los pasos de	Implementación de una técnica de respiración diafragmática profunda con tiempos estructurados.	Psicoeducación.

<p>personales previos a la maternidad y construir una identidad integrada.</p>	<p>materna.</p>	<p>las actividades a realizar. Psicoeducar. Proporcionar conceptos veraces acerca de la identidad y construcción.</p>	<p>Repitiendo el ciclo varias veces. Se realiza una breve introducción al ejercicio central (exploración de pérdidas y recursos) y se enfatiza el acuerdo de confidencialidad y el respeto mutuo. Se proporciona material para que las participantes elaboren un diagrama con dos columnas: "Antes" (roles, valores, actividades previas) y "Ahora" (nuevas responsabilidades, cambios en el rol, descubrimientos positivos/gustos). Cada participante se mirará en un espejo y enunciará en voz alta tres cualidades personales que sean independientes de su rol como madre. El psicólogo invita a las demás a brindar un aplauso silencioso. ¿ Individualmente, se elabora un mapa o plan escrito titulado "Quién quiero ser en 1 año." Deben identificar tres metas realistas (relacionadas con un rol no materno, un <i>hobby</i> o un pequeño proyecto) y un primer</p>	<p>Respiración y relajación. Contención. Refuerzo de identidad.</p>
--	-----------------	---	---	---

			paso concreto para cada una.	
Favorecer la exploración de la identidad personal y los cambios vividos a partir de la maternidad.	Reafirmación de la identidad en la transición a la maternidad.	Realiza introducción y guía pasos a seguir durante la actividad.	<p>El facilitador introduce el tema central: la transformación de la identidad que acompaña la maternidad. Se valida la experiencia de sentirse "distinta" y se invita a la reflexión mediante la pregunta guía: "¿Quién era yo antes de ser madre y quién soy hoy?"</p> <p>Las participantes se observan frente a un espejo en silencio durante un minuto. Posteriormente, registran por escrito tres características que las definían antes del embarazo y tres que las definen en la actualidad.</p> <p>Se guía a las participantes para que identifiquen pensamientos automáticos negativos asociados al cambio de identidad. Estos son expuestos para su reformulación guiada hacia afirmaciones positivas y realistas.</p> <p>Las participantes se organizan en parejas o grupos</p>	<p>Autoobservación.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>

			pequeños para compartir los cambios y aprendizajes más significativos registrados en la actividad de autoobservación y la reformulación cognitiva.	
Integrar la identidad materna y personal, reconociendo que ambas coexisten sin anularse.	Integración del yo personal y el yo materno.	Orientación a los participantes. Invita proactivamente a que compartan la frase en la que pensaron.	Las participantes realizarán una autoexploración diferenciada mediante la creación de dos listas simultáneas: "Lo que soy como madre" (atributos asociados al rol) y "Lo que soy como mujer/persona" (atributos intrínsecos no relacionados con la crianza). Cada participante compartirá con el grupo una frase breve que encapsule su nuevo sentido de integración y coexistencia de sus identidades.	Visualización mental. Afrontamiento.

Vector 4: Vínculos Afectivos

Objetivo General: Fortalecer la capacidad de vinculación afectiva saludable en las madres, promoviendo simultáneamente la conexión positiva consigo mismas, con el recién nacido y con su red de apoyo social.

Objetivo específico.	Contenidos a desarrollar.	Actuaciones del Psicólogo	Procedimiento/Metodología	Técnicas de intervención
	Fortalecimiento del Vínculo Madre-Bebé Validación Emocional	Estimula interacción afectiva entre la madre y el bebé. Invita a las participantes a compartir su experiencia acerca del ejercicio.	Recepción de las participantes. Se procede al acondicionamiento del espacio: asegurar una sala con temperatura y luz suaves y garantizar la comodidad de los bebés y las madres. Cada madre sostendrá a su bebé (o utilizará una fotografía/video si el bebé no está presente). Se guiará un ejercicio de observación mutua de dos minutos en silencio. Posteriormente se articularán en voz baja tres frases de contención y presencia. Se invita a las participantes a compartir brevemente las	Observación.

			sensaciones y reflexiones que emergieron durante el ejercicio de sintonía.	
Fortalecer el vínculo madre-hijo/a, mediante la implementación de técnicas de atención plena y estimulación cognitiva.		Ayuda a las participantes a la Identificación de pensamientos automáticos.	<p>El facilitador comenzará invitando a las madres a adoptar una postura cómoda, cerrar los ojos y realizar una respiración profunda. Se guiará la visualización de su bebé y se solicitará que noten las emociones y sensaciones físicas que surgen.</p> <p>Las participantes trabajarán individualmente o en parejas para registrar tres pensamientos que emergen comúnmente durante la interacción con su bebé. El facilitador guiará la reflexión con preguntas específicas (ej: "¿Qué pienso cuando mi bebé llora?" "¿Qué me digo sobre mi capacidad para calmarlo?").</p> <p>Se facilita un espacio de reflexión grupal donde las participantes compartirán oralmente o escribirán una</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Visualización.</p> <p>Atención Plena.</p>

			frase breve que encapsule el aprendizaje y la sensación de integración lograda durante el ejercicio.	
Fortalecer el vínculo afectivo saludable con una misma y con los demás.	Autocompasión. Pensamientos saludables.	Invita a los participantes a compartir sus cualidades descubiertas. Brinda indicaciones generales.	Se solicita a las participantes que identifiquen y registren por escrito tres frases o pensamientos automáticos que utilizan para autoevaluarse negativamente cuando perciben un error o dificultad. Las participantes serán guiadas a sustituir cada frase autocrítica por una versión compasiva, basada en la realidad y el esfuerzo. Se instruirá a las madres a practicar la enunciación de estas nuevas afirmaciones frente a un espejo. La sesión concluirá con una respiración profunda dirigida, seguida de la repetición coral de una afirmación de autocompasión elegida por el grupo.	Dialogo personal. Reestructuración cognitiva.

8. Metodología.

La metodología que se implementará será la Investigación Acción Participación (IAP) en las localidades seleccionadas del Área Metropolitana de San Salvador. Este enfoque busca involucrar activamente a la comunidad y a los equipos de salud en el proceso de detección, diagnóstico, intervención y evaluación de la depresión postparto, promoviendo la corresponsabilidad y la construcción colectiva de soluciones.

A través de la IAP se pretende obtener información generalizada sobre las condiciones de salud mental de la población materna, identificar factores de riesgo y fortalecer las redes de apoyo locales.

Se hará uso de enfoques lúdicos y psicoeducativos que favorezcan el crecimiento personal, el sano esparcimiento y la integración social de las madres primerizas, fomentando su bienestar emocional y el fortalecimiento del vínculo afectivo con sus hijos.

El desarrollo metodológico se estructurará en tres niveles de acción:

Nivel 1: Sensibilización y concientización mediante campañas, charlas y materiales informativos.

Nivel 2: Detección temprana y psicoeducación con talleres en controles prenatales y aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

Nivel 3: Intervención, tratamiento y seguimiento, con consejería breve, psicoterapia individual o grupal, talleres y acompañamiento interdisciplinario.

9. Temporalización.

El proyecto se desarrollará durante el año 2025 y estará dividido en tres momentos principales.

Etapa	Duración estimada	Meses de ejecución	Actividades principales
1. Diagnóstico de la población.	2 meses	Enero - Febrero	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de instrumentos y entrevistas para conocer la situación emocional de madres primerizas. - Identificación de factores de riesgo y redes de apoyo. - Sistematización de resultados para orientar el diseño del programa.
2. Diseño e implementación del programa.	7 meses	Marzo - septiembre	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación y capacitación con profesionales de salud y comunidad. - Aplicación de tamizaje EPDS y consejería breve. - Implementación de 4 talleres psicoeducativos y actividades lúdicas. - Ejecución de 4 campañas de sensibilización y charlas informativas. - Intervención psicológica y acompañamiento a madres con síntomas de DPP.
3. Evaluación del programa.	3 meses	Octubre - diciembre	<ul style="list-style-type: none"> - Reaplicación del tamizaje EPDS para medir cambios. - Evaluación de la efectividad de las intervenciones y del impacto comunitario. - Elaboración de informe final y

			recomendaciones para la continuidad institucional.
--	--	--	--

10. Evaluación.

Se realiza a través de actividades de línea base, diagnóstico de la situación y finalmente medir el alcance conseguido con el proyecto a través de la aplicación de la Escala de depresión postparto.

11. Recursos.

a) Humanos: Personal del centro de salud y equipos de organizaciones afiliadas, psicólogos/as.

b) Materiales: Hojas de papel bond, cartulina, sobres, post-its, bolígrafos, carpetas, marcadores, cinta adhesiva, impresión de escalas EPDS, refrigerios también equipo tecnológico como computadora, proyector, y otros materiales como plumones, impresiones, sillas, pizarra.

c) Económicos: Aportaciones económicas de ONGs, del equipo que ejecutará el programa de intervención.

d) Logística: Acompañamiento de instituciones de salud donde se realizará el programa, coordinación de colaboraciones por parte de instituciones afiliadas al programa, equipo ejecutor del proyecto.

12. Presupuesto.

Duración: 12 meses.

Lugar: UCSF y Hospitales del Área Metropolitana de San Salvador.

Recursos y Presupuestos.	Cantidad / Frecuencia.	Precio unitario (\$)	Precio total (\$)
I. Costos de capital.			
Arrendamiento o uso de salón comunitario para talleres y campañas.	4 talleres y 4 campañas	Se buscará gestionar con MINSAL, UCSF o alcaldías para definir costos.	
Subtotal Costos de capital.			
II. Materiales y suministros.			
Impresión de folletos	200 copias × 4 campañas al año	0.15	120.00
Impresión de carteles o afiches sobre depresión postparto, autocuidado y crianza positiva	30 copias, 10 por campaña.	1.25	37.50
Impresión de escalas EPDS, hojas de	200 copias × 4 campañas	0.15	120.00

registro y carpetas de archivo			
Papelería y útiles (hojas, bolígrafos, carpetas, marcadores, cinta adhesiva, cartulinas, registros)	2 paquetes	20.00	40.00
Material para talleres grupales (cartulinas, plumones, papelógrafos, stickers, materiales lúdicos)	4 talleres	25.00	100.00
Subtotal Materiales y suministros.			417.00
III. Actividades y talleres.			
Refrigerios – Jugos (marca Néctar petit 330 ml)	1 pack de 24 unidades × 4 talleres al año	13.10	52.40

Refrigerios– Galletas de avena (marca Pozuelo 38 g)	1 pack de 24 unidades × 4 talleres al año	7.29	29.16
Reconocimientos simbólicos (certificados o diplomas para participantes)	Aprox 60 unidades	0.50	30.00
Subtotal. Actividades y talleres.			111.56
IV. Transporte y logística.			
Transporte local (estudiantes – traslados en bus durante campañas, talleres y gestiones del proyecto)	5 personas × 18 días × 4 pasajes diarios	0.35	126.00
Coordinación y visitas a unidades de salud (traslados adicionales)	5 personas × 10 días × 4 pasajes diarios	0.35	70.00

y comunicación previa)			
Mantenimiento y limpieza de espacio utilizado (material de limpieza básico por jornada)	4 jornadas anuales	5.00	20.00
Subtotal Transporte y logística			216.00
V. Evaluación, seguimiento y cierre.			
Reimpresión de escalas EPDS, hojas de registro y carpetas de archivo	200 copias × 4 campañas	0.15	120.00
Sistematización de resultados y elaboración de informe final (material de impresión y papelería)	1 set	25.00	25.00

Subtotal Evaluación y seguimiento			145.00
TOTAL GENERAL ESTIMADO			889.56

Notas:

- El presupuesto se ajusta al cronograma de 12 meses indicado en la temporalización (4 campañas/talleres por año).

- Los montos son estimativos y pueden variar según apoyo institucional y donaciones.

Fuentes de ingresos estimadas(por contactar)		
Fuente de financiamiento (propuesta)	Descripción	Monto estimado anual (USD)
Aporte institucional (MINSAL/UCSF)	Uso de espacios, mobiliario, electricidad y acceso a pacientes en control postparto, materiales.	450.00
Apoyo comunitario o municipal	Donaciones en especie (refrigerios, transporte, materiales, préstamo de mobiliario)	450.00

13. Anexos

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

No, nunca

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Anexos para campañas.

Depresión postparto

Se define como un episodio de depresión mayor que es asociado temporalmente al parto, con un inicio dentro de los 12 meses siguientes al parto y que los síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos dos semanas.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedente previamente al embarazo
- Historial de comportamientos impulsivos
- Violencia intrafamiliar durante la gestación
- Conflictos de pareja y/o ausencia de pareja
- Altos niveles de estrés e inadecuada capacidad de enfrentarlo
- Abuso de sustancias (alcohol y/o drogas)
- Otros: edad joven, poco o ningún control prenatal, no tener planes a futuro, embarazos no deseados

SÍNTOMAS

- Sentimiento de tristeza,
- Sensación de pérdida del interés o placer
- Disminución o pérdida del apetito
- Insomnio o hipersomnía,
- Inquietud o enlentecimiento en sus actividades
- Fatiga, pérdida de energía durante el día,
- Pensamientos de muerte sin un plan estructurado

PREVENCIÓN

Las psicoterapias, la terapia Cognitivo Conductual y la terapia Interpersonal resultan eficaces como estrategias de prevención. La consejería proporciona una escucha y reflexión empáticas.

TRATAMIENTO

Asistir a sesiones de psicoterapia individual proporcionadas por profesionales de salud mental, así como la incorporación a talleres psicoeducativos y conocimiento de herramientas que ayuden a combatir la depresión postparto. En casos necesario se trabaja con especialistas psiquiátricos entre otros profesionales en casos graves.



Trípticos.

AUTOCUIDADO COGNITIVO



Cuidar los pensamientos
Tiempo libre de tecnología.
Aprender algo nuevo.
Leer algo que te guste e inspire.

AUTOCUIDADO SOCIAL

- Mantener el contacto con personas valiosas.
- Asistir o planificar actividades de convivencia con otros.
- Identificar relaciones saludables.
- Poseer redes de apoyo.



AUTOCUIDADO ESPIRITUAL



- Mantener una práctica diaria de meditación o atención plena.
- Asistir a un servicio, ya sea religioso o humanístico.
- Pasar tiempo en la naturaleza que te rodea.
- Llevar un diario de gratitud.
- Decir afirmaciones que fundamentan el sentido de ti mismo y tu propósito.
- Hacer un viaje con el único propósito de fotografiar cosas que te inspiren.



EJERCICIOS PRÁCTICOS.



AUTOCUIDADO

¿Qué es el autocuidado?

Importancia y beneficios del autocuidado

Tipos de autocuidado.

- Autocuidado físico
- Autocuidado emocional
- Autocuidado cognitivo
- Autocuidado social



QUÉ ES EL AUTOCUIDADO?



Se trata de una aproximación a la salud en la cual la persona es responsable de llevar a cabo acciones individuales y/o colectivas que puedan fortalecer o restablecer el estado de bienestar integral así como prevenir enfermedades.



- Mejora la calidad de vida y prevenir enfermedades.
- Mejora la relación con uno mismo.
- Mejora la autoestima.
- Toma de decisiones y establecimiento de límites.
- Favorece la productividad.

TIPOS DE AUTOCUIDADO

- Autocuidado personal.
- Autocuidado colectivo.

AUTOCUIDADO FÍSICO



1. Alimentación.
2. Actividad física.
3. cuidado de la higiene.
4. Dormir y descansar lo suficiente.



AUTOCUIDADO EMOCIONAL

1. Identificar emociones.
2. Aprender a reconocerlas.
3. Prestar atención a la reacción del cuerpo.
4. Prestar más atención a la respueata que a la situación.
5. Expresar las emociones adecuadamente.
6. Ser honesto con lo que sientes.
7. Elegir la mejor situación para expresarse.



CONSEJOS PRÁCTICOS PARA EL DÍA A DÍA

- Date permiso de sentir: ninguna emoción es mala.
- Escucha lo que tu cuerpo te dice cuando estás triste, enojado o con miedo.
- No te juzgues por sentir: observa tus emociones como visitantes temporales.
- Rodéate de personas que te brinden paz y te escuchen.
- Dedicar tiempo para ti, aunque sean solo 10 minutos al día.



FRASES PARA REFLEXIONAR

"GESTIONAR NO ES CONTROLAR. ES COMPRENDER Y TRANSFORMAR."

"TUS EMOCIONES NO SON EL PROBLEMA: IGNORARLAS. SI."

"APRENDER A SENTIR ES TAMBIÉN UNA FORMA DE SANAR."

"RESPIRA. RECONOCE Y AVANZA."

GESTIÓN EMOCIONAL

LA GESTIÓN EMOCIONAL ES LA CAPACIDAD DE RECONOCER, COMPRENDER, EXPRESAR Y REGULAR LAS EMOCIONES DE MANERA ADECUADA.

IMPLICA APRENDER A IDENTIFICAR LO QUE SENTIMOS, DARLE UN SENTIDO Y ELEGIR CÓMO ACTUAR SIN QUE LAS EMOCIONES NOS DOMINEN.

SEGÚN GOLEMAN (1995), LA INTELIGENCIA EMOCIONAL CONSISTE EN "EL CONJUNTO DE HABILIDADES QUE NOS PERMITEN PERCIBIR, ENTENDER Y MANEJAR NUESTRAS PROPIAS EMOCIONES Y LAS DE LOS DEMÁS".



IMPORTANCIA DE GESTIONAR LAS EMOCIONES

- Las emociones forman parte natural de la vida: todas comunican una necesidad.
- Saber gestionarlas reduce el estrés y la ansiedad.
- Favorece relaciones más sanas, al permitirnos comunicarnos sin herir.
- Promueve toma de decisiones más conscientes.
- Mejora la autoestima y el bienestar general.
- En contextos escolares o familiares, previene conflictos y fomenta la empatía.



BENEFICIOS DE UNA BUENA GESTIÓN EMOCIONAL

MAYOR EQUILIBRIO ENTRE CUERPO Y MENTE.

MEJOR MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES O ESTRESANTES.

FORTALECIMIENTO DEL AUTOCONTROL Y LA RESILIENCIA.

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS EMOCIONALES COMO DEPRESIÓN O ANSIEDAD.

DESARROLLO DE UNA COMUNICACIÓN MÁS EMPÁTICA Y RESPETUOSA.

INCREMENTO DEL BIENESTAR PERSONAL Y SOCIAL.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA GESTIÓN EMOCIONAL

- Identifica tus emociones:
- Detente un momento al día para preguntarte: ¿Qué estoy sintiendo y por qué?
- Puedes usar un "termómetro emocional" o escribirlo en un diario.
- Nombra lo que sientes:
- Ponerle nombre a la emoción ayuda a darle sentido. Ejemplo:
 - "Siento enojo porque necesito ser escuchado."
 - "Estoy triste porque extraño a alguien."
- Respira y pausa:
- Antes de reaccionar, respira profundo 3 veces. Esta pausa evita impulsividad y permite pensar con claridad.
- Cambia el pensamiento:
- Si aparece una idea negativa ("No puedo"), reemplázala por una afirmación realista ("Lo intentaré paso a paso").
- Practica la empatía:
- Trata de entender cómo se sienten los demás; comprender otras emociones fortalece la tuya.
- Busca apoyo:
- Hablar con alguien de confianza o un profesional de salud mental ayuda a procesar emociones difíciles.
- Cuida tu cuerpo:
- Dormir, alimentarte bien y moverte son pilares para un equilibrio emocional.



Actividades para fortalecer tu red de apoyo

1. Identifica tus apoyos actuales:
2. Dibuja un círculo con tu nombre en el centro y alrededor coloca las personas o grupos en quienes confías.
3. Agradece y cultiva tus vínculos:
4. A veces basta con enviar un mensaje o compartir tiempo con quienes te escuchan y te hacen bien.
5. Amplía tu red:
6. Participa en grupos, talleres o espacios comunitarios donde puedas conocer personas que compartan tus intereses o valores.
7. Ofrece también tu apoyo:
8. Las redes se fortalecen cuando el acompañamiento es mutuo.
9. Pide ayuda sin culpa:
10. Reconocer que necesitas apoyo no es debilidad, es una muestra de inteligencia emocional

* Frases para reflexionar

“En red somos más fuertes.”

“Pedir ayuda también es un acto de amor.”

“Las redes de apoyo no se heredan, se construyen.”

“Compartir lo que sientes es empezar a sanar.”



* REDES DE APOYO

Las redes de apoyo son el conjunto de personas, grupos o instituciones con las que una persona mantiene vínculos de confianza, afecto o ayuda mutua.

Estas redes pueden brindar acompañamiento emocional, orientación, apoyo práctico o recursos materiales en momentos de dificultad.

Según Sluzki (1996), la red social personal es “la suma de las relaciones significativas que un individuo mantiene, y que le proporcionan apoyo, identidad y sentido de pertenencia”

IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO

- Reducen el estrés y la sensación de soledad en momentos difíciles.
 - Brindan seguridad emocional y ayudan a enfrentar los retos de la vida cotidiana.
 - Favorecen el bienestar psicológico y previenen trastornos como la depresión o la ansiedad.
 - Promueven relaciones más empáticas y solidarias.
 - Son un factor protector clave en etapas de vulnerabilidad, como la maternidad, la enfermedad o las pérdidas
- Externos**



Beneficios de contar con una red de apoyo

- Fortalece la autoestima y la confianza personal.
- Permite compartir emociones sin miedo a ser juzgado.
- Facilita la búsqueda de soluciones colectivas.
- Fomenta el sentido de pertenencia y comunidad.
- Contribuye a la salud mental y física a largo plazo

Tipos de redes de apoyo



Familiar

Profesional

Amigos y comunidad

Institucional



14. Bibliografía.

- Arevalo, G., Jaramillo, J., & Reivan, G. (2025, Julio). Terapia Cognitivo Conductual en el Tratamiento de la Depresión Postparto: Una Revisión Sistemática. *Revista multidisciplinaria investigación Contemporánea*, 3(2), pp 365-396.
10.58995/redlic.rmic.v3.n2.a113
- Banco Central de Reserva de El Salvador. (2024). *Fecundidad*. Censo de Población y Vivienda El Salvador 2024. Retrieved Octubre 10, 2025, from <https://geoportal.bcr.gob.sv/pages/teg-fecundidad>
- Clinical community psychology. (n.d.). *Psicología Clínica Comunitaria*. psicologia.iresearchnet.com. Retrieved octubre 12, 2025, from https://psicologia.iresearchnet.com/social-psychology/community-psychology/clinical-community-psychology/?utm_source=chatgpt.com
- González, G. (2019, Noviembre 9). Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico de Camagüey*, 23(6).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770#aff1
- Lucín, V., & Noemi Elizabeth. (2022, julio 6). Factores de riesgos asociados a la depresión posparto en puérperas. *Hospital General Dr. León Becerra Camacho de Milagro*, 65. <https://repositorio.upse.edu.ec/items/13ae6680-c3df-4843-8272-62114b22f42a>
- MINSAL. (2023). *Lineamientos técnicos para la atención integral de la mujer con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el periodo perinatal*. https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionintegraldelamujercontrastornosmentalesydelcomportamientoprevalentesenelperiodoperinatal-Acuerdo-1942_v1.pdf

- ONU. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023*. Naciones Unidas.
https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf?_gl=1*1wtz9qo*_ga*MTA1MTIzMTEyNC4xNzYwNDA5MjA1*_ga_TK9BQL5X7Z*czE3NjA0MDkyMDQkbzEkZzAkDDE3NjA0MDkyMDQkajYwJGwwJGgw
- Peña, D., & Rios, R. (2024). *ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO*. Retrieved octubre 12, 2025, from
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/309acf9a-c4a9-4180-a776-679453124980/content>
- Prasoon Rupanagunta, G., Nandave, M., Rawat, D., Upadhyay, J., Rashid, S., & Ansari, M. (2023, Mayo 15). Postpartum depression: aetiology, pathogenesis and the role of dietary supplements and nutrients in prevention and management. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 31(7), 1274-1293. 10.1016/j.jsps.2023.05.008
- Puerta, J., & Padilla, D. (2021, Diciembre 2). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 252. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Regader, B. (2025, Julio 5). *Psicología clínica: definición y funciones del psicólogo clínico*. *Psicología y Mente*. Retrieved octubre 12, 2025, from
<https://psicologiymente.com/psicologia/clinica>
- Rojas, G. (2020, Mayo 5). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile*, 135(5), 536-542.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- UNICEF. (2025, Mayo 20). *La depresión postparto: priorizar la salud mental materna para cuidar a toda la familia*. La depresión postparto: priorizar la salud mental materna para cuidar a toda la familia. Retrieved Octubre 10, 2025, from <https://www.unicef.org/elsalvador/historias/la-depresi%C3%B3n-postparto-priorizar-la-salud-mental-materna-para-cuidar-toda-la-familia>
- UNICEF. (2025, Mayo 20). *La depresión postparto: priorizar la salud mental materna para cuidar a toda la familia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/elsalvador/historias/la-depresi%C3%B3n-postparto-priorizar-la-salud-mental-materna-para-cuidar-toda-la-familia>
- UNIR. (2020, Marzo 24). *Psicología Comunitaria: por y para el cambio social*. UNIR LA UNIVERSIDAD EN INTERNET. Retrieved Octubre 12, 2025, from <https://www.unir.net/revista/salud/psicologia-comunitaria/>
- Vallecampo de Magaña, A. M. (2021, Agosto 11). relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *CREA CIENCIA, Volumen 14(1)*, 12. <https://www.lamjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/13200>
- World Health Organization. (n.d.). *Mental Health, Brain Health and Substance Use*. Mental Health, Brain Health and Substance Use. Retrieved October 13, 2025, from https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health?utm_source=chatgpt.com
- Xochipa, M. M. (2021, Diciembre). *Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional en Mujeres de una Unidad de Primer Nivel de Atención*. Retrieved octubre 12, 2025, from <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/78f4fef0-6fc5-4b60-9c26-aec13e6cf5b8/content>

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La entrevista clínica constituye una herramienta fundamental dentro del proceso de evaluación psicológica, ya que permite comprender de manera integral la historia, el contexto y el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual del evaluado. Su adecuada aplicación favorece la construcción de hipótesis diagnósticas y orienta la selección de técnicas e instrumentos pertinentes, garantizando una evaluación ética, clara y centrada en la persona.
- La entrevista forense se caracteriza por su rigor técnico y su apego a principios éticos y legales, debido a las implicaciones jurídicas que conlleva. Este tipo de entrevista exige objetividad, precisión y control del sesgo, así como el uso de procedimientos estructurados que permitan obtener información válida, confiable y útil para la toma de decisiones en el ámbito judicial.
- La entrevista laboral representa una técnica clave en los procesos de reclutamiento y selección de talento humano, ya que permite evaluar competencias, actitudes y comportamientos en relación con un perfil de puesto específico. Su correcta planificación, desarrollo y evaluación contribuyen a procesos de selección más objetivos, eficientes y alineados con las necesidades organizacionales.
- La entrevista psicopedagógica cumple un papel esencial en la comprensión de las dificultades de aprendizaje y del desarrollo integral del niño o adolescente, al considerar factores cognitivos, emocionales, familiares y escolares. Esta modalidad de entrevista permite identificar necesidades educativas específicas y orientar intervenciones acordes al contexto y a las características individuales del evaluado.
- El informe psicológico, en sus diferentes tipos (clínico, forense, psicopedagógico y laboral), constituye el producto final del proceso evaluativo y debe elaborarse con

claridad, coherencia y sustento técnico. La correcta integración de entrevistas, pruebas psicológicas y observaciones, junto con el cumplimiento de principios éticos y legales, garantiza que el informe sea un instrumento útil para la toma de decisiones y la intervención profesional.

- Finalmente, los parciales desarrollados a lo largo del curso representan la aplicación práctica de los contenidos teóricos abordados en el informe, evidenciando el fortalecimiento progresivo de competencias profesionales en la evaluación psicológica. Estos trabajos permiten consolidar los conocimientos adquiridos y reflejan el ejercicio responsable, ético y contextualizado del quehacer psicológico en sus distintas áreas de intervención.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que, a nivel del curso de especialización, se implemente y fortalezca un proceso sistemático de formación y supervisión en entrevista clínica, que incluya el uso de guías estructuradas, prácticas supervisadas y análisis de casos. Esta acción permitirá mejorar la capacidad del estudiante para integrar la historia personal, el contexto y el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual de la persona evaluada, favoreciendo una evaluación psicológica ética, clara y centrada en la persona.
- Se sugiere al departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador fortalecer la práctica forense mediante la implementación de simulaciones de casos reales en las aulas, este proceso debe contar con el acompañamiento adecuado de profesionales en el área forense, que les permita a los estudiantes realizar procedimientos adecuados, desarrollando habilidades de observación y el manejo ético de la información, aun cuando no se disponga de los recursos especializados como la Camara Gesell.
- Se sugiere al Departamento de Psicología fortalecer la formación práctica, durante el proceso de enseñanza aprendizaje, mediante la implementación de ejercicios prácticos

en el aula tales como la elaboración de informes, simulación de la entrevista laboral, que permita a los estudiantes desarrollar habilidades para la evaluación de competencias, actitudes y comportamientos en contextos organizacionales.

- Se recomienda que el Departamento de Psicología consolide el uso sistemático de la entrevista psicopedagógica como eje central del proceso de evaluación educativa, estableciendo lineamientos claros para su aplicación e integración con otros instrumentos de evaluación. Esta acción permitirá una mejor identificación de las necesidades educativas específicas del niño o adolescente y favorecerá el diseño de intervenciones contextualizadas, evitando abordajes fragmentados del proceso de aprendizaje.
- Se recomienda al Departamento de Psicología fortalecer la formación en la redacción y presentación de informes psicológicos dentro del proceso de aprendizaje, enfatizando en el desarrollo de habilidades de los estudiantes, para la integración clara, coherente y sustentada, asegurando la confidencialidad de los resultados obtenidos. Así mismo se debe reforzar el conocimiento de los principios éticos con el fin de garantizar las exigencias del ejercicio profesional.
- Se recomienda sistematizar y documentar de manera más explícita los aprendizajes y competencias profesionales desarrolladas a través de los parciales del curso de especialización, de modo que estos evidencien no solo la aplicación práctica de los contenidos teóricos, sino también los progresos, criterios de evaluación y niveles de desempeño alcanzados. Asimismo, se sugiere promover espacios de análisis reflexivo, posteriores a cada parcial, orientados a fortalecer la conciencia ética, contextual y profesional del quehacer psicológico, favoreciendo la transferencia de los aprendizajes a futuros escenarios de intervención.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Psychological testing* (7th ed.). Prentice Hall.
- Arce, R., & Fariña, F. (2011). La evaluación psicológica forense de la credibilidad del testimonio. *Papeles del Psicólogo*, 32(1), 59–66.
- Asamblea Legislativa de El Salvador. (2012). *Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud*.
- Asamblea Legislativa de El Salvador. (2017). *Ley de Salud Mental*.
- Bassedas, E., Huguet, T., & Solé, I. (2010). *La evaluación psicopedagógica*. Graó.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica: Su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Departamento de Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Blanco Guijarro, R. (1990). La atención a las necesidades educativas especiales: De la escuela segregadora a la escuela integradora. En A. Marchesi, C. Coll, & J. Palacios (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación* (Vol. III, pp. xx–xx). Alianza Editorial.
- Cano, M. (2026). *Informe de reclutamiento y selección: Cómo crearlo paso a paso*. Voicit.
- Chiavenato, I. (2009). *Gestión del talento humano*.
- Chiavenato, I. (2017). *Administración de recursos humanos: El capital humano de las organizaciones* (10.ª ed.).
- Código Ético del Psicólogo. (2010). *Principios éticos y código de conducta profesional*. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Dessler, G. (2015). *Administración de recursos humanos* (14.ª ed.). Pearson Educación.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (s. f.). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*.
- Echeburúa, E. (2018). *Psicología forense*. Pirámide.

Echeburúa, E., Muñoz, J. M., & Loinaz, I. (2011). Evaluación psicológica forense: Guía para profesionales y estudiantes. Síntesis.

Fernández-Ballesteros, R. (2014). Evaluación psicológica (4.^a ed.). Pirámide.

Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). Handbook of psychological assessment (6th ed.). Wiley.

Heilbrun, K. (2001). Principles of forensic mental health assessment. Springer.

Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología. (s. f.). Código de Ética de la Profesión en Psicología.

Marchesi, A., & Martín, E. (2014). Evaluación psicopedagógica. Alianza.

Ministerio de Educación de Chile. (2015). Adecuaciones curriculares para niños y niñas con discapacidad intelectual. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2017). Lineamientos técnicos para la atención integral en salud mental. San Salvador, El Salvador.

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Pirámide.

Pujol, T. (1982). La historia clínica en el proceso psicodiagnóstico infantil: Anamnesis versus entrevista psicológica. *Educació i Cultura: Revista Mallorquina de Pedagogía*, 179–184.

Rogers, R. (2008). Clinical assessment of malingering and deception (3rd ed.). Guilford Press.

Semerari, A. (2017). La entrevista clínica. Herder.

Webscolar. (2013). Las adecuaciones curriculares: Sugerencias y recomendaciones de su utilización. <https://www.webscolar.com/las-adequaciones-curriculares-sugerencias-y-recomendaciones-de-su-utilizacion>