

66



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

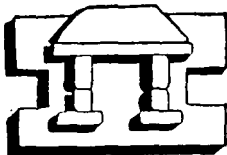
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICOLOGO EN EL
CONSULTORIO PSICOPEDAGOGICO
"CAMINO AL CAMBIO"

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
RUBEN GALINDO TORRES

ASESORA: LIC. BERTA GALLEGOS ORTEGA
DICTAMINADORES: DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres:

Porque este logro es de ustedes,
Les doy las gracias ya que me
han enseñado que siempre
se puede salir adelante luchando
por lo que uno quiere.
mostrándome como vivir plenamente.
Por esto y por todo lo que soy.

A mis hermanas:

Porque me han enseñado lo importante
que es poder contar con el apoyo de un hermano.
Gracias Sol y Lola por demostrarme que no
nadamas son mis hermanas sino también mis amigas.

A mi esposa Melly:

Porque eres mi segunda fuerza,
mi otra mitad que me ha dado la
oportunidad de poder terminar esta
maravillosa carrera que me dio la
fortuna de conocerte.

A mi hijo Kevin:

Hijo, eres mi motivo de vida
Me das las fuerzas necesarias
para poder ser mejor cada día
Y gracias por darme la maravillosa
oportunidad de ser tu papá.

A mi suegra Conchita, a Rocio y Andrés:

Gracias por todo el apoyo que de un
modo u otro me han dado, sin ustedes,
este proyecto hubiera sido más difícil aun.

A mis amigas Elena y Pera:

Porque me han dado la oportunidad
de tener lo más hermoso de ser psicólogo
y eso es tener la experiencia de poder ayudar
a quien lo necesite, sin ustedes esto no existiría.

A mis amigos:

Luis, Mario, Susuki, Thelma, Daniel, Cesar;
Porque son una parte importantísima de mi
formación como profesionalista y como ser humano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pag.
Resumen.	1
Introducción.	2
Capítulo 1. Funciones del psicólogo en el Consultorio Psicopedagógico "Camino al cambio"	14
1.1. Detección de problemas de aprendizaje y/o emocionales.	15
1.1.1. Aplicación de pruebas proyectivas.	16
1.2. Formas de intervención:	28
1.2.1. Humanista.	28
1.2.2. Cognitiva-Conductual.	29
1.3. Actividades de prevención.	30
1.3.1. Trabajo terapéutico con padres.	31
Capítulo 2. Sesiones terapéuticas.	32
2.1. Sesiones terapéuticas uno a uno.	32
2.2. Sesiones terapéuticas en grupo.	34
2.3. Terapia Racional Emotiva (T.R.E.)	35
2.4. Terapia de juego.	36
Capítulo 3. Resúmenes de casos.	38
3.1. Casos de bajo aprovechamiento escolar.	38
3.2. Casos de Maduración.	52
3.3. Casos de mala relación familiar.	55
3.4. Casos de superación personal.	58
Capítulo 4. Propuesta para mejorar el servicio.	62
4.1. Sugerencias para la detección.	62
4.2. Sugerencias para el tratamiento.	63
4.3. Sugerencias para el seguimiento.	64
Anexos	
Bibliografía.	

RESUMEN.

La elaboración del presente reporte esta fundamentado en dos vertientes, la perspectiva cognitivo-conductual y la humanista, debido a que son dos teorías básicas dentro del trabajo que se lleva a cabo en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio"; por tal motivo es que el objetivo en que se basó este reporte fue el de dar a conocer las actividades del psicólogo en este consultorio a fin de tener una guía para que los estudiantes de psicología observen lo que se puede llegar a realizar en los consultorios psicopedagógicos. Es así como dentro del capítulo uno encontrarán las actividades que se realizan ahí, en tres grandes grupos, primero la manera en como se detecta el problema mediante la aplicación de algunas pruebas proyectivas, después las bases teóricas en que se fundamenta el tratamiento y por último las actividades de prevención o de seguimiento que es el trabajo con padres.

En el capítulo dos se da un panorama de las estrategias o formas de terapia que se llevan a cabo principalmente en el consultorio, tales como la terapia uno a uno y en grupo, la Terapia Racional Emotiva y la terapia de juego; Asimismo en el capítulo tres se dan a conocer algunos de los casos que se han tratado a lo largo de más de un año de trabajo en este consultorio, abarcándose en cuatro grandes grupos, casos de bajo aprovechamiento escolar, casos de maduración, casos de mala relación familiar y casos de superación personal.

Por otro lado en el capítulo cuatro presento una serie de sugerencias las cuales considero pueden ayudar a que el servicio sea mejor.

Las conclusiones obtenidas por la elaboración de este reporte es que la práctica o el ejercicio profesional en la carrera de Psicología es fundamental para que los estudiantes complementen de una manera radical lo aprendido en la institución.

INTRODUCCIÓN

2

Al hablar de psicología pareciera que hablamos de una ciencia nueva pero realmente su historia se remonta a muchos años atrás.

Aproximadamente en los años 600-400 a. C. la vertiente filosófica se destacó por la forma de interpretación de la naturaleza y a su vez por la interpretación del cuerpo y alma del hombre; asimismo la psicología griega se transformó en un estudio de las acciones del alma y las leyes de su comportamiento (Brett, 1963; citado en Harrsch, 1994)

Durante esta época la psicología era utilizada dentro de cuatro grandes formas de investigación acerca de la naturaleza del hombre: la magia, la religión, la filosofía y la medicina.

La magia positiva o hechicería tenía como finalidad producir un acontecimiento que se desea, mientras que la negativa o tabú se dedicaba a evitar el suceso que se teme; ambas consecuencias, la deseable y la indeseable, van marcando la finalidad de la psicología actual, y esta es la de modificar conductas (Harrsch, 1994)

Posteriormente se buscó la forma de identificar las enfermedades mentales que anteriormente eran tratadas como magia o brujería por lo que el griego Hipócrates (460-337 a. C.) desaprobó los métodos de curación por brujería y propuso un sistema basado en factores como la tranquilidad, el reposo, la calma, etc., llegando a la conclusión de que el desorden físico causa desajuste mental.

A partir de esta conclusión empezaron a relucir algunas aportaciones acerca de la psicología y cómo perfeccionarla así hasta llegar a las ideas de René Descartes (1596-1650) quien marca el comienzo de la psicología moderna ya que era considerado como la gran figura en la psicología del renacimiento (Garfield, 1979). Su razonamiento lo llevó a distinguir la mente o conciencia del cuerpo, que a su vez separados actúan entre sí.

Pero no fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando Wilhelm Wundt, considerado como el primer psicólogo debido a su calidad de fundador de la psicología experimental como ciencia independiente y como disciplina académica formal en 1879, fundó en Leipzig el primer laboratorio formal de psicología en el mundo, cuya finalidad era demostrar que podía existir una psicología experimental.

Las actividades del psicólogo también han variado y se han ramificado en los diversos campos. Durante las primeras décadas del siglo XX el psicólogo se dedicó básicamente a la enseñanza debido a que la propia psicología no tenía bien definida su identidad como ciencia independiente y menos como profesión con un rol específico y diferenciado de la sociedad.

A raíz de la preocupación por la conducta humana, considerada desde el punto de vista individual, surge la psicología clínica que tiene como base la psicología de la personalidad e intenta conocer y comprender lo que el ser humano tiene de singular. De aquí parte la aplicación de los conocimientos psicológicos en el diagnóstico de trastornos de la conducta.

La psicología clínica surge bajo la influencia psiquiátrica y psicoanalítica. Con el paso del tiempo se han incorporado diversas corrientes del pensamiento, además de adquirir una imagen profesional propia y extender su campo de acción al terreno de la psicoterapia (Phares, 1996)

Debido a su desarrollo tan particular, la psicología clínica ofrece una contribución muy distinta al trabajo psicológico aplicado que ninguna otra disciplina parecida puede igualar completamente ya que el uso, cada vez mayor de pruebas psicológicas estandarizadas durante la década de los 20's fue instrumental para provocar cierta demanda e interés por los exámenes psicológicos; de aquí que se les concediera a los psicólogos clínicos la oportunidad de ejercer una gran

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

variedad de tareas profesionales que antes les estaban vedadas, el hecho de que fueran precisamente psicólogos los que podían redactar adecuadamente las historias de los casos, colaborar en la evaluación de personalidad y en el diagnóstico del paciente, ayudar a planear estudios de investigación y manejar eficazmente diversos tipos de pacientes en terapia (Garfield, 1979).

Igualmente Kendall (1988), menciona que la psicología clínica no es sino una de las diferentes especializaciones que existen en el campo de la psicología y de la salud mental. En muchos casos las funciones y entrenamiento profesional del psicólogo clínico coinciden, en parte, con la función y entrenamiento profesional que ofrecen disciplinas afines al campo de la psicología y la salud mental; cada una de estas áreas tiende a tener un enfoque y una perspectiva diferente acerca de la salud mental y del funcionamiento humano, pero estas diferencias disminuyen cuando existe un trabajo conjunto de profesionales en instituciones multidisciplinarias como son los centros de salud mental de la comunidad hospitalares o universidades.

El psicólogo clínico enfoca su actividad a la evaluación y tratamiento de las personas o grupos que sufren problemas emocionales y de adaptación; su área de interés se centra en la problemática individual de un sujeto así como la derivada de su interacción con el ambiente.

La función específica del psicólogo clínico consiste en identificar, clasificar y analizar problemas encaminados a su prevención y solución optando por alternativas adecuadas a la realidad. Además interviene en situaciones de crisis. Para conseguir esto el psicólogo clínico debe capacitarse en estudios de personalidad con los niños, adolescentes y adultos lo cual fundamenta el diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas, así como desarrollar habilidades para comunicar los resultados a las personas e instituciones responsables.

La psicología clínica se aplica directamente en los sectores de la familia, grupos laborales y educativos para la rehabilitación de los delincuentes y sujetos con problemas emocionales así como en la elaboración de programas a nivel preventivo, de igual manera en centros de salud, hospitales, escuelas, guarderías, casas de cuna, Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, y dentro de la práctica privada en consultorios y clínicas (Harsch, 1994).

De hecho, la primera clínica o consultorio que fundó Witmer en 1896 se dedicaba al tratamiento de niños que tenían problemas de aprendizaje o que presentaban una conducta destructora en el salón de clase.

Sin embargo, a finales del siglo pasado y principios del actual, ocurrieron varios acontecimientos que incrementaron la concentración en los asuntos de los niños, estos fueron: el descubrimiento y atención de los deficientes mentales, el desarrollo de las pruebas de inteligencia, la concepción del psicoanálisis y del conductismo, el movimiento en pro de los estudios infantiles y el surgimiento de las clínicas de orientación infantil (Ollendick y Hersen, 1989, citados en Garfield, 1979).

A partir de esto Witmer en 1912 (citado en Kendall, 1988) presentó el primer número de la revista *Psychological Clinics* con la siguiente definición:

"Los métodos de la psicología clínica intervienen necesariamente siempre que se determina cómo funciona la mente de un individuo mediante la observación y la experimentación así como cuando se aplica un tratamiento pedagógico para lograr un cambio, es decir, el desarrollo de dicha mente".

Witmer a su vez subraya la importancia de considerar las necesidades y estado de cada individuo con una metodología científica aplicada en la observación y en

la experimentación, también propuso que los psicólogos clínicos desempeñen la función de maestros para ayudar a la gente a desarrollar sus capacidades.

En ese momento fue cuando por primera vez se mencionó la probable relación entre psicología y pedagogía.

Gracias a esto la educación nacional no tardó en constatar que un importante número de niños llevados a consulta médica y enviados a reeducación, antes que enfermos podían ser deficientes escolares, así como que las condiciones socioculturales tan involucradas a menudo, no eran las únicas responsables del creciente número de fracasos y repeticiones, pudiendo el sistema pedagógico tener su parte de responsabilidad en la causa de las perturbaciones.

A partir de 1954- 1955, la educación nacional mexicana comenzó a enviar a los instructores a formarse en las escuelas, creando centros médico-psicopedagógicos; la circular del 22 de abril de 1958 precisa que en adelante deja a cargo de dichos instructores, a todos los niños inadaptados a una escolaridad normal por el hecho de que presenten deficiencias intelectuales o sensoriales, o bien perturbaciones neurológicas y de comportamiento, se procedió así a la formación de especialistas de estas diversas inadaptaciones; inmediatamente se reclutaban instructores especializados que se preparaban para la readaptación psicopedagógica. Asimismo se pensaba que los especialistas psicopedagógicos se dirigían a niños de inteligencia normal con dificultades para la lectura, escritura, ortografía y lenguaje (Avanzini, 1982)

En la actualidad la planificación de la enseñanza lleva consigo una gama de variantes que no puede ser abordada unilateralmente; todo fenómeno educativo, como fenómeno humano necesita ser analizado desde todos los ángulos posibles a fin de conseguir una mejor orientación.

Los primitivos centros médico-psicopedagógicos son la base de lo que hoy se conoce como consultorios psicopedagógicos; no basta con una orientación médica o social, sino que ésta ha de extenderse hasta la realización de tareas que proporcionen mayor equilibrio a todos los educandos. El mundo de los conflictos afectivos, la inadaptación personal, familiar, escolar y social, tienen lugar en distinta medida en todos los alumnos y en cualquier momento de su desarrollo y maduración, de ahí que sea necesario aceptar su implantación para aplicarle una labor de higiene mental preventiva que evite una evolución hacia estados más alterados (Sánchez, 1983).

Con base en esto se da una definición de la psicopedagogía:

"Rama de la psicología aplicada a la educación que investiga problemas educacionales por medio de métodos y conceptos psicológicos, muchos de ellos creados para este propósito. La psicopedagogía no sólo aplica a la educación aquellos conceptos psicológicos que provienen de otros campos de la psicología, sino que en la actualidad se le asigna la capacidad de extraer del campo al que se aplica experiencias y principios independientes de orden psicológico útiles y necesarios para la investigación y el tratamiento de los problemas de la educación".(Corpas y cols., 1998, pag. 903)

Corpas y cols. (op.cit.) también mencionan las categorías que pueden ser tratadas en el consultorio psicopedagógico siendo estas las siguientes:

- "Anormales" por déficit intelectual.
- Inadaptados por características de la personalidad.
- Deficientes motores, de coordinación, de modalidad sensorial (vista, oído, etc.).

- Niños o adolescentes con inadaptaciones pasajeras por reacción a un tipo de educación.
- Sujetos normales que deben ser apoyados en momentos cruciales de la maduración personal.
- Sujetos con alteraciones de carácter que plantea conflictos de ajuste al ambiente (cólera, agresividad, apatías).
- Sujetos con predisposiciones temperamentales que provocan inestabilidad.
- Sujetos afectados por alguna organización inarmónica de la afectividad (timidez, estados de ansiedad, etc.).
- Sujetos preneuróticos a causa de estados hipocondríacos, obsesiones o fobias.
- Sujetos bien dotados que precisan de una orientación personal para seguir una perfecta integración en la familia, sociedad o escuela.

Todo este trabajo debe estar perfectamente integrado de manera que resulte lo más ágil posible, así como lo más completo respecto a su dinámica y funcionamiento.

Bock, (sin año, citado en Sánchez, 1983). esquematizó la organización de los profesionales psicopedagógicos de manera completa en los siguientes motivos o aspectos esenciales: somático, psíquico, social y normativo.

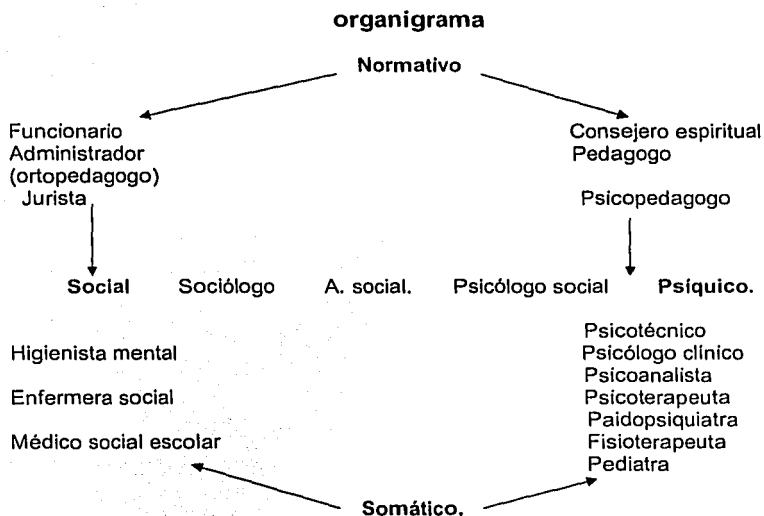


Fig.1. Profesionales requeridos para un trabajo multidisciplinario óptimo en los consultorios psicopedagógicos.

La unión de estos profesionales puede llegar a ser el trabajo más completo que exista y permitiría avanzar más rápido en las problemáticas de los usuarios.

Sin embargo la mayor parte de las instituciones educativas no poseen presupuesto suficiente ni personal capacitado para crear y sostener uno de aquellos centros psicopedagógicos.

Es posible el funcionamiento con el equipo mínimo para la ejecución de los trabajos indicados.

La forma adoptada actualmente por muchos consultorios psicopedagógicos es la de encomendar la orientación psicopedagógica de los pacientes o alumnos a equipos de psicólogos y pedagogos que funcionan con carácter independiente (Mietzel, 1976).

Dentro de esta pequeña relación de trabajo entre psicólogos y pedagogos, cabe diferenciar las actividades propias de cada uno de ellos y la relación de trabajo en el consultorio psicopedagógico.

Según Garfield op. cit. los psicólogos en el consultorio psicopedagógico se dedican a seis funciones básicas:

Psicoterapia.

El terapeuta establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente, lo ayuda a emprender una autoexploración psicológica. El psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin sea resolver los problemas psicológicos del paciente, técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida en forma autónoma y eficaz.

Evaluación.

En este punto el terapeuta realiza un proceso mediante el cual observa y cuantifica los problemas, limitaciones y capacidades psicológicas y sociales de los pacientes.

Enseñanza.

Los psicólogos desempeñan funciones de maestros para diversos tipos de estudiantes; con frecuencia en las universidades, instituciones de enseñanza media superior y escuelas de la comunidad, los psicólogos tienen a su cargo cursos formales para estudiantes.

Consulta.

Los psicólogos proporcionan una guía a diferentes personas no preparadas y a profesionales dedicados a servicios sociales, al facilitarles medios que los capacitan para formular y poner en práctica nuevos planes para el mejoramiento de sus grupos y organizaciones.

Administración.

La administración incluye la guía y control de esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un objetivo común mediante el uso de técnicas de planeación, organización, reunión de recursos, dirección y control.

Investigación.

El psicólogo adquiere un conocimiento completo de la investigación realizada con anterioridad así como de sus teorías y debe preparar un conjunto de preguntas que pueden probarse, un método sistemático y preciso para hacer las pruebas, un conjunto de elementos para obtener la información, una técnica clara y precisa para analizar e interpretar dicha información, así como un informe también debe ser claro y preciso acerca de las observaciones realizadas y de sus aplicaciones.

A diferencia del psicólogo, el pedagogo en el consultorio psicopedagógico se dedica a investigar, identificar y desarrollar los procesos de educación para sujetos con características especiales (Mietzel, 1976).

La relación que los une en este tipo de trabajo es el hecho de que el psicólogo tiene una formación en la cual se le dan los elementos necesarios para poder dar una educación con base en el aprendizaje más óptimo para cada persona, al igual el pedagogo recibe una formación con algunas clases de psicología para saber cómo dar los conocimientos de la mejor manera y llevar al paciente a alcanzar las metas que se plantearon en el inicio de las sesiones psicopedagógicas.

A pesar de estas similitudes entre dos profesionales, también existen diferencias ya que el pedagogo se especializa en asesorar al estudiante, pero no puede dar terapia, en cambio un psicólogo además de poder dar terapia a cualquier persona, también puede ser asesor de alumnos en cualquier escuela; pero independientemente de esas diferencias tan superfluas, en el consultorio psicopedagógico ambos forman un gran equipo de trabajo capaz de poder alcanzar las metas más difíciles.

Aun así, la importancia de la participación del psicólogo en los consultorios psicopedagógicos es trascendental, ya que este profesional realiza actividades importantísimas para poder trabajar e intervenir en problemas tales como:

- Problemas de aprendizaje.
- Problemas de lenguaje.
- Problemas de conducta.
- Problemas de superación personal.
- Problemas familiares.

Por tal motivo el presente trabajo tiene como objetivo presentar las actividades que realiza el psicólogo en el Consultorio Psicopedagógico "Camino al Cambio" a fin de tener una guía para que los estudiantes de psicología, observen lo que se

puede llegar a hacer en el ejercicio profesional en los consultorios psicopedagógicos.

Este consultorio tiene en funcionamiento aproximadamente 5 años bajo la dirección de su propietaria, la licenciada María Elena Vázquez Salgado, cuyo objetivo es brindar ayuda a las personas que necesitan de la intervención de un psicólogo para encontrar alternativas de solución a los problemas que presentan.

El consultorio cuenta con el siguiente personal:

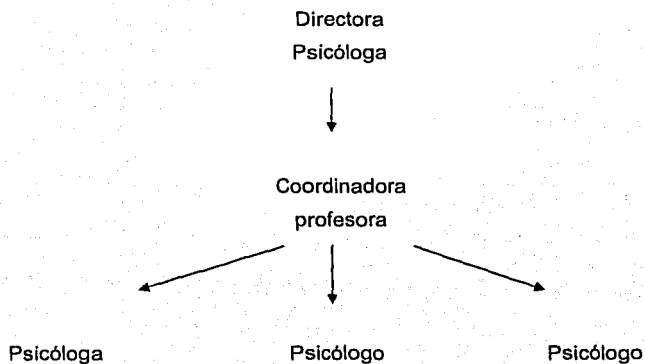


Fig.2. Organigrama del personal que labora en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

CAPITULO 1.

1A

FUNCIONES DEL PSICÓLOGO EN EL CONSULTORIO PSICOPEDAGÓGICO "CAMINO AL CAMBIO".

Dentro del consultorio Psicopedagógico "Camino al Cambio" el psicólogo tiene unas funciones muy importantes para que el paciente pueda salir de la problemática que en ese momento lo aqueja.

La primera circunstancia de interrelación del psicólogo con el paciente es en la realización de la entrevista inicial, ya que es el primer instante en el que se empieza a establecer una empatía con el psicólogo, inclusive desde el momento en que eligió visitarlo a él y no a otro; dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio" las entrevistas iniciales siempre las realiza la Directora, la Licenciada María Elena Vázquez Salgado, para posteriormente canalizarlos con cualquiera de los psicólogos que laboramos ahí.

En la primera entrevista el paciente debe exponer qué le pasa (o sus padres o familiares), aclarar por qué desea hacer esta consulta; aunque frecuentemente el o los primeros motivos presentados que emergen en una entrevista no son los más auténticos. No siempre es así, y a lo largo del proceso se pueden descubrir otros motivos subyacentes, a menudo inconscientes, de los cuales habrá que hablar lo más ampliamente posible y recomendable. (García, 1993).

Posterior a esto, se lleva a cabo la evaluación o psicodiagnóstico clínico, el cual nos ayuda a identificar el problema de forma clara y precisa, después de esto y ya con la idea clara del problema, se realiza la intervención bajo la perspectiva cognitivo-conductual para dar el tratamiento adecuado a la persona que se tiene enfrente. Así y después de que se alcanzaron los objetivos y se logró ayudar al

paciente, entra lo que se consideraría como una prevención, la cual se lleva a cabo con el paciente y/o familiares que participaron de alguna manera con el paciente.

1.1 Detección de problemas de aprendizaje y/o emocionales.

Al hablar de detección de problemas, inmediatamente se piensa en el diagnóstico psicológico, el cual implica muchas cosas o situaciones para identificar claramente el problema o las causas que provocaron la aparición del mismo.

Así, un diagnóstico psicológico preciso es imprescindible por diversas razones:

1. Para saber qué es lo que le pasa y sus causas, a manera de responder a la demanda con que se inició la consulta.
2. Porque comenzar un tratamiento sin haberse detenido a indagar lo que realmente pasa es un riesgo muy grande. Implica para el paciente, la seguridad de que lo que podamos curar.
3. Para proteger al psicólogo, quien al comenzar un tratamiento automáticamente contrae un compromiso con una doble vertiente, clínica y ética (García, op. cit.).

Dentro del consultorio "Camino al Cambio" se realiza un diagnóstico psicológico basándonos en los puntos antes mencionados, siendo la directora la persona que califica o interpreta las pruebas además de tomar muy en cuenta la información que se obtuvo en la entrevista inicial.

1.1.1. Aplicación de pruebas proyectivas.

La formación en cómo iniciamos el diagnóstico psicológico es mediante la realización o aplicación de una serie de pruebas proyectivas que nos dan un amplio panorama de la problemática que presenta el paciente.

La primera prueba que se aplica a los pacientes es el *test de la figura humana* (En el cual el paciente, sea niño o adulto, tiene que dibujar una persona).

Como afirma Goodenough, 1971 (citado en Vikton, 1981) *"En los dibujos veremos que los detalles que los pacientes pueden haber pensado e incluido en ellos, son una indicación del estado de alerta en que se haya su inteligencia"* p.253, es decir, el paciente a través del dibujo manifiesta sus conocimientos proyectando su nivel intelectual y manifestando las diferencias individuales que a este respecto tiene comparativamente con otros niños o adultos de su misma edad cronológica.

Al utilizar el dibujo como forma de proyección intelectual, se hace desde el punto de vista de la riqueza en el contenido y no el sentido estético o habilidad de ejecución, generalmente un dibujo lleno de detalles y de información temática corresponde a un niño de elevada conciencia intelectual.

Desde cualquier ángulo que se observe, es indudable que mediante la proyección del desarrollo de la capacidad creadora del paciente, ya sea mediante dibujo, modelado, escenificaciones, etc.; Retomando nuestro tópico central, estamos de acuerdo en que la medición de la inteligencia a través del dibujo, se obtiene en forma más válida y confiable por la aplicación de la prueba creada por la psicóloga Florence Goodenough.

Por su forma de aplicación, la prueba de Goodenough está enmarcada dentro de las de tipo de ejecución o realización; pues no requiere que el sujeto examinado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sepa leer o escribir. Vista desde este punto, dicha prueba se puede aplicar a niños que ingresan a primer año; otra ventaja de este instrumento es que su empleo resulta demasiado económico, pues no requiere más que de lápiz y papel, materiales fácilmente encontrables en la escuela, además por aceptar la aplicación colectiva resulta también altamente económica.

Dentro del consultorio nosotros aplicamos la prueba de forma individual ya sea al niño o al adulto, en el cubículo correspondiente, y es cuando se le dan las instrucciones:

Primero se le comenta al paciente que necesitamos que realice un dibujo.

Después, en una hoja de papel se les indica "dibuja una persona", si la persona no sabe leer o si es niño, al adulto se le entrega la hoja en blanco y se le pide directamente "dibújeme, una persona, por favor". Aquí no se les da un tiempo determinado pero aún así se maneja un tiempo de aproximadamente 15 minutos o 20 minutos si es que vemos que no avanza en su ejecución.

Para la evaluación de esta prueba se tiene que tomar en cuenta los detalles del contenido del dibujo, no se debe calificar o disminuir el porcentaje por la impresión estética. Por cada detalle observado se dará un punto, el ítem que no se observe en el dibujo se quedara en blanco en la evaluación general.

Se toman en cuenta 51 detalles para la evaluación de los dibujos individualmente (anexo No. 1)

Posteriormente tenemos que evaluar cada dibujo señalando cada ítem satisfecho, después se suman los ítems parciales y se coloca el resultado en el respectivo apartado, para que se busquen en una tabla la edad mental (anexo No. 2)

En cuanto se realizó esto se pasa al manual de los tabuladores emocionales del infante. En el que se busca la parte del cuerpo y se observa lo que indica emocionalmente (anexo No. 3)

Un ejemplo de este dibujo es el siguiente:

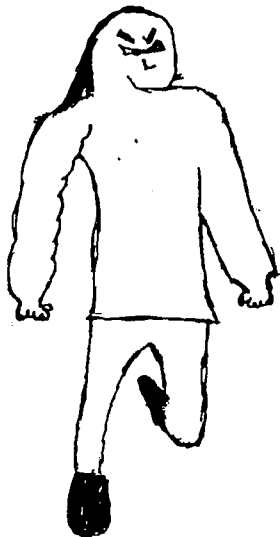


Fig.3 Dibujo de una persona realizado por el niño Edgar de 12 años de edad con problemas de Infantilismo extremo.

La segunda prueba que se aplica a los pacientes es *la prueba de la familia*.

Este test se fundamenta en que en un dibujo sin modelo la persona realiza una verdadera creación y que puede expresar todo lo que hay en él, mucho mejor cuando crea que cuando imita. Al hacerlo, nos da su visión propia del mundo que lo rodea, y de ese modo nos informa acerca de su personalidad.

El mundo del niño es su familia, y las relaciones que con ella mantiene adquieren una importancia decisiva para la comprensión de la personalidad.

Es un test de fácil aplicación que se puede administrar en forma individual preferentemente, o colectiva, siempre y cuando sean pequeños grupos para facilitar la observación; se aplica a las edades desde los 5 o 6 años hasta el adulto mayor, el único material que se requiere es papel, lápiz y borrador. No tiene tiempo límite y generalmente se realiza en unos 30 minutos (Corman, 1962; citado en Esquivel, 1994).

Al paciente se le pide que dibuje una familia o se le escribe en la hoja, para que pueda realizar la prueba satisfactoriamente.

La forma en cómo se construye el dibujo importa tanto como el resultado, el psicólogo debe estar presente durante la prueba, y debe anotar en qué lugar de la página empezó el dibujo y con qué personajes, y así sucesivamente el orden en que son dibujados los diversos miembros de la familia; también es importante el tiempo que se emplea en dibujar cada personaje y el cuidado puesto en los detalles de cada uno, o a veces una tendencia obsesiva a volver siempre al mismo personaje.

La interpretación se da básicamente en tres aspectos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. El plano gráfico.
2. El plano de las estructuras formales.
3. El plano del contenido.

1. El plano gráfico.

Las reglas generales de la grafología en gran medida son aplicables al dibujo, dado que la forma en que el sujeto utiliza un lápiz y traza puntos, rectas y curvas, es reveladora de su psicomotricidad y por tanto de sus disposiciones afectivas.

2. El plano de las estructuras formales.

En el dibujo de la familia cuenta la estructura formal del grupo de personas representadas, sus interacciones recíprocas y el marco, inmóvil o animado, en que actúan.

3. El plano del contenido.

Crea el dibujo por sí mismo, representa en él un mundo familiar a su modo, las defensas se operan en forma más activa, las situaciones generadoras de ansiedad, son apartadas en forma más resuelta y las diferenciaciones se rigen por el principio de poderío.

Un ejemplo del dibujo es el siguiente:

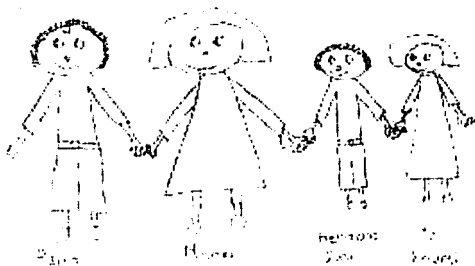


Fig.4 Dibujo de una familia realizado por la niña Nayell de 10 años de edad con problemática familiar en este momento ya resuelta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tercera prueba es el *test proyectivo de la casa* en la que primeramente se le da al sujeto una hoja blanca, un lápiz y una goma, y se le pide que dibuje una casa; no se le da tiempo límite y solamente que no avance se le apresurará un poco.

Este test fue creado con la finalidad de tener una idea de la autopercepción del cuerpo y también la de observar algún problema emocional en el sujeto.

Se toman en cuenta algunos aspectos específicos de la casa y se observa lo que muestra acerca del estado emocional de la persona.

Por ejemplo, se toman algunos puntos tales como:

Tamaño.

Chimenea.

La puerta.

Canales y gárgolas.

Techo.

Postigos.

Escalones y aceras.

Paredes.

Ventanas.

Cada uno de estos puntos tiene sus indicadores emocionales (anexo No. 4).

Un ejemplo del dibujo de la casa se presenta a continuación:



Fig. 5 Dibujo realizado por el niño Antonio de 12 años de edad con problemas de bajo aprovechamiento escolar y problemas familiares.

La siguiente prueba empleada en el consultorio es el test del árbol que sirve para el diagnóstico del carácter y del desarrollo del sujeto en pacientes de 5 años hasta adultos, y tiene su aplicación en el plano educacional, en orientación vocacional y psicoterapia.

Este test permite la exploración de la personalidad a través de la interpretación de la proyección de la imagen corporal, de la interpretación de la simbólica del espacio y de la simbólica de los objetos contenidos en el dibujo. (Koch, 1962; citado en Bell, 1992).

Igual que en las otras pruebas se le da a la persona una hoja blanca y se le pide que dibuje un árbol, tampoco se le da tiempo límite y sólo en caso de que no avance se le apresurará un poco.

Para poder analizar el contenido emocional y de la personalidad del usuario se toman varios criterios de interpretación (anexo No. 5).

El siguiente ejemplo nos muestra la prueba antes comentada:

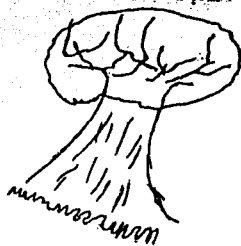


Fig. 6 Dibujo realizado por el niño Luis Ángel de 8 años de edad con traumas relacionados con su situación escolar además de bajo aprovechamiento escolar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra prueba que se aplica es la prueba *H.T.P.* cuyo nombre representa las palabras en inglés, *House* (casa), *Tree* (árbol) y *Person* (persona). En esta prueba se combinan la casa, el árbol y la persona, ésta se evalúa con base en los criterios interpretativos de las pruebas ya mencionadas anteriormente.

Además en la prueba del *H.T.P.* se trata de observar la relación del paciente con su entorno.

En esta prueba se le pide a la persona que dibuje una persona, un árbol y una casa en el orden que quiera, así como en las pruebas anteriores no se le da tiempo límite y salvo que no se apure se le presionará para que lo haga más rápido.

Un ejemplo se presenta a continuación:

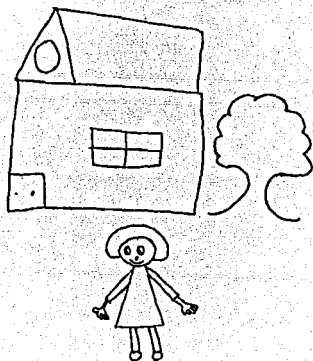


Fig. 7 Dibujo realizado por la niña Nayeli de 10 años con problemas familiares

La última prueba proyectiva que se utiliza en la evaluación es la *prueba del dibujo libre*, en la que se trata de encontrar lo que a la persona le interesa en ese momento y a demás se observa algún rasgo de su personalidad (Wolf, 1947; Bell, op. cit.).

En esta prueba se le da una hoja blanca al paciente y se le pide que dibuje lo que quiera pero que lo explique, no se le da tiempo límite y si se atrasa se le presiona un poco para que se apure.

Un ejemplo del dibujo es el siguiente:

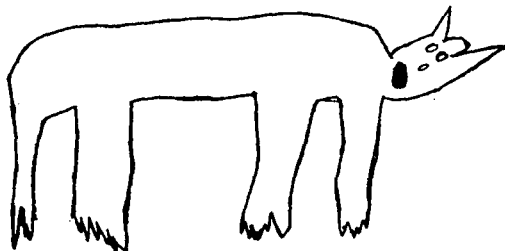


Fig. 8. Dibujo realizado por el niño Daniel de 8 años de edad, el cual presenta mala conducta tanto en escuela como en casa.

Otra prueba utilizada especialmente para los niños es la *prueba del Bender*.

Cuando se trabaja con niños, es necesario evaluar la percepción visomotora debido a que esta función interviene de manera sustancial en todo el proceso de aprendizaje.

Al evaluar la percepción visomotora se puede conocer el nivel de madurez neurológica del niño, así como destacar si existe alguna alteración a nivel cerebral, debido a que la percepción y la coordinación motora dependen en gran medida de la maduración y de las condiciones en que se encuentra el cerebro. Entonces, si se evalúa esta función podrá determinarse el retraso en la maduración, maduración para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental.

La prueba gestáltica visomotora fue construida por Laurretta Bender entre los años de 1932 y 1938. El fundamento teórico de esta prueba se encuentra en teoría de la Gestalt, en la psicología de la percepción. Para la construcción de la prueba se eligieron nueve de los patrones elaborados por Wertheimer, para demostrar los principios de la psicología de la Gestalt en relación con la percepción.

A continuación se presentan los principios de la Gestalt que se encuentran implicados en cada una de las figuras de su prueba.

Figura A.

Se le percibe como una figura cerrada sobre un fondo. Las partes que se hallan más próximas entre sí se visualizan generalmente como juntas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 1.

Esta figura se basa en el principio de la proximidad, consideraban que debían percibirse una serie de pares de puntos determinados por la distancia más corta y en cada extremo un punto suelto.

Figura 2.

El principio que rige esta figura es el de la proximidad de las partes. Esta figura, por lo general, se percibe como una serie de líneas cortas oblicuas compuestas de tres unidades, como una inclinación de izquierda a derecha.

Figura 3.

En esta figura también interviene el principio de proximidad.

Figura 4.

Se percibe como dos unidades y se basa en el principio de la continuidad de la organización geométrica interna.

Figura 5.

Se visualiza como un círculo incompleto, con un trazo recto inclinado, constituido por líneas de puntos, se basa en los mismos principios de la figura A.

Figura 6.

Está formada por dos líneas onduladas de diferente longitud de onda, que se cortan oblicuamente.

Figuras 7 y 8.

Son dos configuraciones compuestas por las mismas unidades, pero raramente se les percibe como tales porque en la figura prevalece el principio de la continuidad de las formas geométricas. (Esquivel, op.cit.).

Las figuras se ven de la siguiente manera:

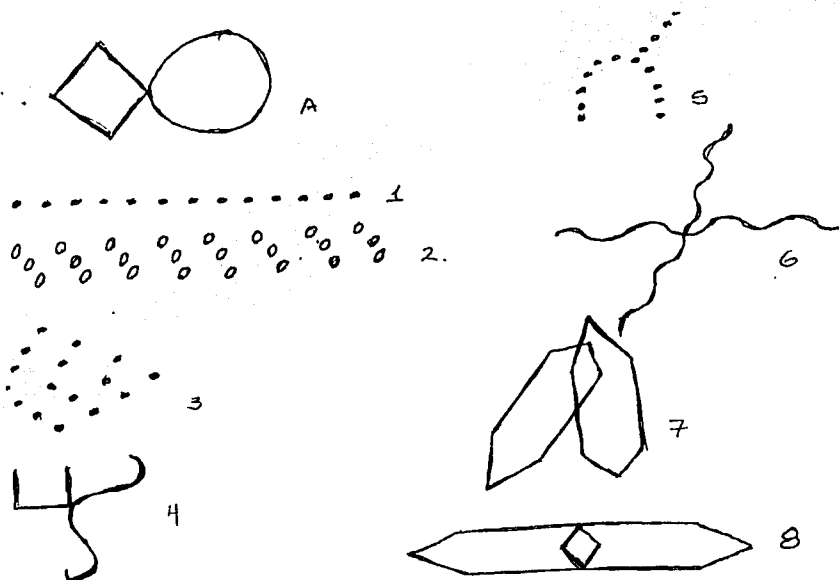


Fig. 9 Figuras que se presentan en la prueba visomotora del Bender.

Con base en lo anterior se establece un diagnóstico base para poder partir de ahí y elaborar el programa de intervención más adecuado para la problemática de cada persona.

1.2 Modelos de intervención.

Los modelos de intervención utilizados no son tomados nadamas por que sí, sino que son utilizados dependiendo del caso y también del gusto del terapeuta, aún y a pesar de que se utiliza mucho el humanismo en el consultorio, yo en lo personal también utilizo la tendencia cognitivo-conductual, lo que permite que se amplíen las alternativas de solución.

1.2.1. Humanista.

A este movimiento se le conoce como la tercera fuerza de la psicología y representa el enfoque de la ciencia de la personalidad; señala Wilson (1979, citado en Harsch, 1994) Esta teoría ha abierto un camino diferente a la investigación al dirigir los esfuerzos no solo a los enfermos sino también a los sanos, es decir, que hay que partir del estado de salud y no del de los desordenes mentales.

A pesar de que la psicología humanista es un desarrollo bastante reciente, sus orígenes se extienden hasta la filosofía y la historia de la psicología. Cuando se habla de humanismo se esta pensando en algunos grandes representantes de esta teoría como Allport, Goldstein y Rogers.

El humanismo ha contribuido con algunos valores a la psicología, aun así no están ligados a otras ramas como conductismo o psicoanálisis, es decir las personas no son producto de su pasado del inconsciente o del ambiente, sino más bien ejercen su libre albedrío en búsqueda de su potencial interno y autorrealización; son seres humanos completos, unificados y únicos (Phares, 1996).

De una manera u otra el humanismo se expresa como una resistencia al determinismo positivista de la ciencia y como una creencia activa en la humanidad esencial en las personas.

Experiencia.

Al destacar la importancia de la experiencia y conciencia internas, estas terapias han ayudado a reafirmar el punto de vista de que los clínicos deben depender de algo más que la mera cuantificación o enumeración de condiciones estímulo. Las experiencias humanas tienen una gama que va del conocimiento al éxtasis y a la agonía y los psicólogos clínicos no pueden permitirse ignorar dichas experiencias

Elecciones.

La terapia humanista es un recordatorio de que los seres humanos somos más que solo conjuntos de instintos, impulsos y hábitos, hacemos elecciones, decidimos, cambiamos y nos analizamos a nosotros mismos.

Es así como partimos de la conceptualización de los usuarios, ya que ellos son capaces de sentirse motivados y mejorarse ellos mismos, pues si se establece una relación cálida y comprensiva las personas resuelven sus problemas, además de que las sesiones terapéuticas se tornan más amenas para ambos.

1.2.2 Cognitiva-conductual.

Las terapias cognitivas y las conductuales han quedado integradas en intervenciones cognitivo-conductuales, por lo que sus procedimientos de intervención están basados en los siguientes puntos:

- 1) El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio y no al medio propiamente dicho.
- 2) Estas representaciones están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
- 3) La mayor parte del conocimiento humano se comunica cognoscitivamente.
- 4) Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

Aunque los procedimientos hacen hincapié en la cognición del usuario, los terapeutas siguen también procedimientos conductuales como parte del tratamiento

Meichenbaum (1977; citado en Kendall, 1988) menciona que la capacidad del terapeuta para modificar lo que los clientes se dicen a sí mismos es un componente muy importante de toda la intervención.

Aquí nos basamos en el estilo de pensar del cliente ya que es el punto central del tratamiento; es decir al cliente no se le habla nadamás de sus afirmaciones sino que el terapeuta modela las que son apropiadas, hace que el cliente las ensaye, y recurre al reforzamiento para establecer un nuevo diálogo consigo mismo.

De aquí que este modelo para mí sea el más idóneo para el tipo de casos que se ven en el consultorio, ya que la gran mayoría de los niños que son llevados a terapia presentan mala conducta en la escuela, y en casa; algunos no obedecen a sus padres o simplemente tienen calificaciones bajas en la escuela.

1.3. Actividades de prevención.

En este tipo de problemáticas se puede identificar una constante muy peculiar, la mayoría de los niños con problemas como los ya mencionados, son una consecuencia de conflictos familiares, por lo que a la par del trabajo con los niños se manejan actividades con los padres.

1.3.1. Trabajo terapéutico con padres.

Una de las principales actividades con los padres es el de darles sesiones terapéuticas, teniendo como finalidad que ellos aprendan los siguientes aspectos:

1. Como llevar una continuidad del trabajo en cubículo en casa.

2. La utilización de estrategias de intervención tales como:

- manejo de contingencias.
- asertividad
- toma de decisiones.
- manejo de conflictos.

3. Que tengan la opción de sesiones terapéuticas para la solución de conflictos personales.

Todo esto para darle apoyo a las sesiones con sus hijos, además de que permite que todo el tratamiento se dé más rápido y con mayor eficiencia.

CAPITULO 2. SESIONES TERAPEUTICAS.

En este capitulo se mencionará lo referente a la realización de las sesiones terapéuticas; en las que cada uno de los psicólogos que laboramos en el consultorio llevamos a la práctica diferentes tipos de sesiones tales como:

- 1. Sesiones uno a uno.
- 2. Sesiones en grupo.
- 3. Terapia Racional Emotiva.
- 4. Terapia de juego.

La forma en como decidimos que tipo de sesión utilizar con el usuario depende de la problemática, de la edad e inclusive del número de usuarios que nos corresponda atender; debido a esto es que se profundizará en la explicación de las sesiones antes mencionadas.

2.1. Sesiones terapéuticas uno a uno.

En un sentido muy general la terapia psicológica es un método para inducir cambios en la conducta, pensamientos o sentimientos de una persona; en algunos casos la terapia se emprende para resolver un problema específico o para mejorar la capacidad del individuo para manejar lo antes mencionado. (Wolberg, 1967; citado en Phares, 1996).

Por su lado Kendall (1988) menciona que las intervenciones individuales pueden variar en la medida en que el terapeuta:

1. Trate de ayudar al cliente actuando en forma dirigida o no dirigida.
2. Procure entender a la persona concentrándose en el pasado o en el presente.
3. Evalúe la terapia basándose en los cambios ocurridos en el comportamiento.

Los métodos terapéuticos se determinan con frecuencia recurriendo a la experiencia dentro del trabajo clínico, como es el terapeuta el que tiene que decidir en cada caso cuál es el método adecuado, adquiere una amplia experiencia que le permite realizar intervenciones novedosas de terapia.

Estando de acuerdo con Kendall, en el consultorio, y específicamente en las sesiones uno a uno, tenemos que estar en el cubículo, donde hay una mesa y dos sillas, de un lado se coloca el usuario mientras que en el otro se coloca el psicólogo, ya estando frente a frente, iniciamos siempre con un saludo preguntando la mayoría de las veces ¿cómo está?

Después de esto se inicia la sesión según lo planteado por el psicólogo, manejando en todas las sesiones un tiempo de 1 hora, tratando de abarcar en ese lapso el objetivo que se planteó; salvo que sea muy necesario tenemos la opción de alargarnos un poco más de lo establecido, siempre tomando en cuenta que hay algún usuario esperando su turno para tomar su sesión.

2.2 Sesiones terapéuticas en grupo.

En este tipo de sesiones se siguen dos procedimientos básicos:

1. En algunos casos, el clínico puede determinar que el usuario individual será más capaz de cambiar si su cónyuge, o toda su familia, participan en la terapia, en este caso el grupo es de origen natural ya que constituyen el contexto de la vida del cliente. (Kendall, 1988)

En esta opción el psicólogo trata de reestructurar el sistema del grupo a fin de mejorar tanto al cliente como a los demás miembros de éste.

2. La otra alternativa es que el psicólogo puede crear un grupo reuniendo a personas que antes no se conocían, con el propósito de ayudarles a resolver sus problemas personales.

La forma en como se dan las circunstancias dentro de este tipo de terapia se utiliza para ayudar a cada uno de los miembros a desarrollar nuevas capacidades, adquirir más confianza y establecer relaciones interpersonales más satisfactorias y afectivas.

Dentro del consultorio es más frecuente el trabajo individual que el de grupo, sin embargo cuando se llega a trabajar en grupo puede ser por dos razones, una es por que el psicólogo considere muy necesario juntar a los usuarios y la otra es por que alguno de los psicólogos no llegó o no va a asistir; aun así no se juntan unos con otros nadamas porque sí, sino que se buscan características en común de cada uno y es así como se juntan a trabajar en una especie de trabajo de grupo.

Aun así estos pequeños grupos improvisados adquieren algunas características de otros grupos ya establecidos tales como:

1. Se establecen rápidamente los roles de grupo.
2. El grupo adquiere un comportamiento específico dependiendo de las características de los miembros.
3. Todos y cada uno de los miembros aprenden algo de los demás.

Este tipo de situaciones no esperadas pueden ser muy fructíferas para la persona que tenga que someterse a esto debido a que siempre se puede rescatar algo de estas experiencias con ellos.

2.3. Terapia Racional Emotiva (T.R.E.)

La Terapia Racional Emotiva tiene como principio ayudar a los clientes a percatarse de sus creencias irracionales o contraproducentes y a sustituirlas con afirmaciones más estimulantes.

La esencia de la T.R.E. se puede resumir considerando el modelo ABC de Ellis. "A" se refiere al acontecimiento activador, la situación a la que se expone el usuario, mientras que "C" representa las consecuencias que según el usuario resultaron de "A". El factor importante es "B", las creencias que el usuario tiene con respecto a la situación de que se trate.

Como terapia la T.R.E. trata de alterar la conducta problema de los clientes atacando activamente a las creencias de la persona que según parece están produciendo las consecuencias de inadaptación.

Aquí el terapeuta reta al usuario, exige explicaciones de toda clase de suposiciones y expresa dudas y desaprobación cuando el usuario describe sus creencias irracionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los procedimientos de la T.R.E. están incluidos también muchos principios conductuales; el terapeuta puede hacer que el cliente represente una determinada escena, que observe la conducta modelada por el terapeuta y que lleve a cabo las tareas que se le dejen, así mismo hace uso de la retroalimentación y el reforzamiento recompensado al usuario cuando se observan cambios en sus creencias y conductas irracionales. (Kendall,op.cit.).

De este modo es como se utiliza la T.R.E. dentro del consultorio, manejándola inclusive con los niños. Aunque a veces se piensa que este tipo de terapia no debe usarse con este tipo de población, hemos observado que son quienes pueden llegar a ser más racionales que muchos adultos, sin dejar a un lado la importancia del trabajo paralelo con los padres.

2.4. Terapia de juego.

En cuanto a este tipo de terapia, Phares,(op. cit.) menciona lo siguiente: la mayoría de quienes la recomiendan están de acuerdo en que el juego, una actividad expresiva que puede captar la atención el esfuerzo del niño, puede ayudar a derivar las emociones reprimidas del niño; mediante el juego el niño puede ser capaz de expresar sentimientos que de otro modo pueden quedar ocultos penosamente.

Dentro de este tipo de terapia existen dos opciones que son la terapia de juego y la no dirigida.

En la terapia del juego dirigida, los terapeutas desempeñan una función activa seleccionando juguetes, estableciendo reglas y haciendo interpretaciones; mientras que en el juego no dirigido los terapeutas no ponen limitaciones ni hacen

interpretaciones, y asignan al niño una mayor responsabilidad por sus acciones y reacciones.

Axline (1947; citado en Kendall, 1988) sostiene que cada niño se siente impulsado a la autorrealización y que está implica una madurez y una fortaleza fincadas en la independencia, él recomienda que el lugar de juego se prepare de manera que los niños tengan la oportunidad de expresarse con libertad y sin restricciones, además de que deben ser seguro para el niño y ayudarle a desarrollar su confianza con el terapeuta.

En el consultorio este tipo de terapia la utilizamos mucho, inclusive es la base del tratamiento con niños aunque también la utilizamos con adultos, nosotros intentamos jugar con el niño de una manera que yo llamaría equilibrada, ya que no es completamente dirigida ni tampoco no dirigida, debido a que jugamos directamente con ellos tratando de dejarles la dirección del juego, opinando acerca de él, indagando sobre aspectos que puedan ser trascendentales; a veces se les pregunta algo de una manera oculta, mencionando algo del juego, y otras veces se les pregunta de manera específica sobre la problemática que les afecta directamente, esto siempre con la debida precaución y sólo hasta que el terapeuta ya se halla ganado la confianza del niño.

CAPITULO 3.

RESUMENES DE CASOS.

38

En este capítulo se darán a conocer los casos que he tratado en el consultorio, para poder presentarlos de una mejor manera se agruparon en cuatro grandes conjuntos dependiendo del caso. Los grupos son los siguientes:

Casos de bajo aprovechamiento escolar.

Casos de maduración.

Casos de mala relación familiar.

Casos de superación personal.

Cabe aclarar que para tranquilidad de los pacientes se les llamará sólo por su nombre y se omitirá cualquier aspecto que permitiera que fueran identificados, se mencionará el motivo por el que los llevaron a terapia, el tratamiento que se llevó y los resultados que se obtuvieron de esto.

3.1. Casos de bajo aprovechamiento escolar

Mauricio y Héctor.

9 años.

Estos gemelos fueron llevados a la terapia debido a que no iban bien en la escuela, además de portarse mal tanto en la escuela como en casa.

Se utilizó la terapia de juego y la T.R.E. para ambos, decidí utilizar estas técnicas ya que consideré me ayudarían a que analizaran su actitud, y que hicieran ejercicios de reflexión.

A la par de estas técnicas también se les daba apoyo académico, para que aclararan posibles dudas acerca de las materias.

Ellos estuvieron conmigo alrededor de 1 año, durante este tiempo se avanzó mucho con ambos en la cuestión académica, pero en su conducta no se observaron cambios, considero que esto se debió a que en su casa no se llevaban a cabo las recomendaciones que se les daban para que su conducta mejorara.

Después del tiempo mencionado hubo una discusión en su casa y su mamá los castigó, solamente que el castigo fue ya no llevarlos a su terapia, por lo que se quedó incompleto el tratamiento para que no recayeran nuevamente en lo anterior.

Anny.

12 años.

Anny en ese momento se encontraba en el primer año de secundaria y ya tenía algunas materias reprobadas por lo que sus papás se preocuparon por eso, además de que ellos mencionaron que era muy rebelde porque se enojaba mucho y a veces les contestaba mal.

Con ella la mayor parte del tratamiento fue con la T.R.E. ya que esta en una edad ideal para aplicarse esta técnica.

Anny mejoró en lo referente a la escuela pues no reprobó en el bimestre siguiente, sin embargo en lo que sus papás mencionaban como rebeldía no cambiaba, y es que el descontento de ella estaba fundamentado, ya que tiene dos hermanos menores que ella, entre los dos la molestaban y sus papás no les decían nada, mejor le decían a ella

que no les hiciera caso, esto a ella le causaba mucho disgusto, sobre todo por los cambios físicos y psicológicos que estaba sufriendo por ser púber.

Sus papás seguían pensando que ella debía cuidarlos por ser la mayor por lo que tampoco había mucha ayuda en casa en cuanto a ese aspecto.

Anny estuvo en terapia aproximadamente 8 meses ya que en el tercer bimestre volvió a reprobado y sus papás decidieron ya no llevarla al consultorio por lo que dejó a medias el tratamiento.

Jorge.

7 años.

Este niño fue llevado al consultorio por consejo de su maestra ya que no hacía nada en la escuela y llevaba materias reprobadas.

Jorge vivía con su abuelita debido a que su papá era drogadicto y se había alejado de ellos, entonces la mamá se juntó con otro señor, con el cual tiene otro pequeño de tres años, sin embargo tenían problemas porque a veces se peleaban y como su abuelita no quería eso para Jorge decidió llevárselo a su casa.

Debido a esto Jorge le decía mamá a su abuelita y casi no veía a su mamá, por lo tanto no le hacía caso y mucho menos la obedecía, y a pesar de toda la confusión de Jorge cambió mucho en la escuela ya que trataba de echarle ganas.

Con él se trabajó Terapia de Juego, apoyo académico y un poco de T.R.E.

Jorge estuvo conmigo aproximadamente 9 meses aunque durante ese tiempo de repente recaía y luego mejoraba otra vez, sin embargo la cuestión familiar no mejoraba y eso es lo que considero impedía que se lograra algo mejor.

Después del tiempo que mencioné se presentaron su mamá y su abuelita para decirnos que le pensaban dar un descanso de la terapia por que ya no quería ir, esto

nunca supe si fue cierto o no pero lo que sí puedo anotar es que también se quedó inconcluso el tratamiento.

Juan Carlos y Jorge Arturo.

9 y 10 años.

Estos hermanos también fueron llevados al consultorio debido a la recomendación de su maestra ya que iban muy mal en la escuela y tal parecía que les costaba mucho trabajo hacer y entender lo que les enseñaban.

La situación de ellos era que su mamá trabajaba la mayor parte del día, su papá también trabajaba todo el día y el único que los atendía muy descuidadamente era su hermano el mayor de doce años.

Con ellos se trabajo terapia de juego y mucho apoyo académico para tratar de que aprendieran a su modo.

Sin embargo no mejoraron mucho en ese aspecto, lo que sí es que le echaban más ganas que antes pero sí les costaba aprender por lo que se tomaron como un problema de lento aprendizaje, acompañado de desnutrición y mucho descuido.

Después de todo su mamá terminó por llevárselos porque según ella la economía no andaba muy bien, pero lo que considero era la realidad es que no había otra solución porque un cambio ameritaba tiempo para dedicárselo a sus hijos y si la economía estaba realmente mal, no era factible esta opción.

Georgina.

12 años.

Georgina fue llevada por que tenía materias reprobadas y porque no le interesaba salir adelante.

Su situación es que era una niña muy seria y retraída, con una autoestima muy baja, ya que cuando la conocí tenía un fleco que le cubría la mitad de la cara casi siempre agachada y no hablaba nada, se encontraba en ese entonces en primero de secundaria.

Con ella se trabajó la T.R.E. durante todo el tiempo ya que no podía utilizar la terapia de juego debido a que no le gustaban los juegos de mesa porque no le gustaba pensar, algo que considero me ayudó mucho fue que había cierta atracción física de Georgina hacia mí y aproveché esa transferencia para trabajar mejor.

Ella estuvo trabajando conmigo durante aproximadamente 1 año y medio, en el cual Georgina ya no reprobó materias durante ese año, su actitud cambio mucho debido a que se peinaba con el cabello agarrado, platicaba más y mejor y solamente faltaba que mejorara en casa, sin embargo durante el tratamiento nunca trabaje con sus papás ya que no podían y era su hermana la que la llevaba, después de ese tiempo Georgina empezó a faltar mucho para posteriormente ya no asistir. Según le comentó a María Elena el motivo fue que no había quién la llevara por que su hermana ya estaba estudiando, por lo que nuevamente se quedó inconcluso el tratamiento aunque hubo muchos avances con ella.

Gabriela.

8 años.

A ella la llevaron a consulta ya que su mamá mostró una preocupación porque Gabi se vio envuelta en una serie de chismes con respecto a su papá, cabe mencionar que su papá era un pandillero que no vivía con ellas, y su mamá no soporto esa situación, además de que al señor no le interesaba una vida en familia

Específicamente a la niña se le involucró en una situación en donde supuestamente su papá fue mandado golpear por su hija, entonces la niña se enteró y se confundió un poco.

Para tratar de que saliera adelante y entendiera mejor la situación, se trabajo con ella T.R.E. y terapia de juego con el fin de que entendiera mejor lo que estaba viviendo y que sobre todo no le causara ningún problema en su vida.

Lo que desgraciadamente pasó es que la señora como trabajaba para sacar adelante a su hija le costaba un poco de trabajo llevarla a las sesiones por lo que en cuanto empezó a ver mejorías comenzó a faltar hasta que nos dijo que ya no podía llevarla pero que ya estaba mejor y que cuando cambiara un poco su situación vería si la llevaba.

Por tal razón no se concluyó el tratamiento y el tiempo que estuvo conmigo fue de aproximadamente tres meses.

Susana.

14 años.

Susana fue llevada al consultorio por recomendación del orientador de su secundaria ya que de doce materias que tenía había reprobado cinco, por lo que existía la posibilidad de que la dieran de baja.

Susana tenía una situación familiar algo especial debido a que su papá no quería vivir con ellas, su mamá tenía una pareja que vivía con ellas y otra que no vivía con ellas, el señor que vivía con ellas regañaba mucho a Susana y como ella no lo veía como una figura paterna no le hacía caso, además de que la molestaba mucho en casa, sin embargo el señor que no vivía con ellas y su papá la trataban bien pero ninguno de ellos podía llevársela, por lo que ella se confundía mucho y la escuela le era indiferente.

El tratamiento se basó en la T.R.E. y a la par se trataba de involucrar a la mamá, pero el trabajo con ella lo llevaba la Lic. María Elena porque a la señora le costaba trabajo creer que alguien más joven que ella le fuera a ayudar, por tal motivo estábamos trabajando los dos este caso, dándonos el tiempo para comentar los avances, qué se había trabajado y qué se pensaba trabajar.

El tratamiento con Susana iba dando frutos ya que le agradaba a ella estar platicando conmigo debido a que me situé en su nivel de adolescente y manejé la situación más de amistad que de otra índole, reitero que sin dejar de verme como psicólogo manejando le ética al 100%.

Susana mejoró enormidades ya que en el bimestre siguiente solamente reprobó una materia diferente a las que anteriormente había reprobado.

Susana estuvo conmigo alrededor de seis meses continuos, después dejó de ir como tres meses y posterior a ello regresó conmigo durante otros tres meses más porque según volvió a reprobó, considero que retrocedimos un poco ya que con su mamá no se avanzaba porque ella creía que no era culpable de nada de lo que le sucedía a Susana y que era una rebelde.

Después del tiempo mencionado su mamá dejó de mandarla a las sesiones y la condicionó diciéndole que si mejoraba en todos los aspectos la llevaría de nuevo conmigo y según referencias de su orientadora ha cambiado muchísimo, pero obviamente existe la posibilidad de que recaiga si no se lleva un control de esto.

Christian.

12 años.

A Christian lo llevaron a terapia por que según su mamá era muy flojo, iba mal en la escuela, era muy travieso y muy desobediente. El tratamiento que empecé a emplear fue la T.R.E. y terapia de juego sin embargo con Christian solamente estuve alrededor

de cinco o seis sesiones, nunca pude ver a alguno de sus padres y no se pudo establecer contacto con ellos ya que supuestamente no tenían teléfono propio ni alguno para recados. Por lo que no se logro una buena continuidad.

Luis Fernando.

8 años.

A Luis lo llevaron a terapia porque en la escuela iba mal, era desobediente y se distraía mucho.

La situación de Luis no era muy conflictiva, su papá y su mamá trabajan por la mañana mientras él y su hermana van a la escuela, ya en la tarde se van con su abuelita mientras llegan sus papás.

El único problema real es que no los obedecía porque no sabían manejar las contingencias, por lo cual eso fue lo que trabajé con ellos mientras que con Luis un poco de terapia de juego y T.R.E. para que aprendiera a comportarse según la situación, que le echara ganas a la escuela y que obedeciera a sus papás.

Aproximadamente estuve con Luis como ocho meses ya que después de este tiempo sus papás cayeron en problemas económicos muy fuertes y tuvieron que suspender el tratamiento.

A pesar de esto Luis mejoró en la escuela y aunque le costaba trabajo obedecer se esforzaba por cambiar.

Yolanda.

10 años.

Yolanda fue llevada a la terapia debido a que iba muy mal en la escuela, ella cursaba quinto año y había reprobado tres materias de seis que llevaba por lo que corría el riesgo de que fuera dada de baja en la primaria.

Yolanda vivía con sus padres y hermanas ambos padres trabajaban y sus hermanas estudiaban por lo que una de ellas era la que la llevaba al consultorio, y en ocasiones faltaba.

El tratamiento que se llevó con Yolanda fue también la terapia de juego y la T.R.E. para que asimilara mejor las cosas y se diera cuenta de que la escuela es muy importante, ya que en ella se observó que lo que más necesitaba era que la motivaran y le hicieran ver que ella podía hacerlo bien.

Los avances que se tuvieron con ella fueron radicales debido a que no sólo no reprobó materias sino que todas sus calificaciones subieron hasta 9 y 10, Yolanda siguió mejorando pero desafortunadamente ya no la pudieron llevar por cuestiones de tiempo y dinero, aun así y a pesar de que no se le dio de alta oficialmente Yolanda logró alcanzar un cambio positivo en su vida, del que se espera sea perdurable para ella.

Anabel.

11 años.

Los papás de Anabel estaban preocupados por ella ya que era muy floja tanto en la escuela como en su casa, no obedecía y era muy rezongona, además de que si seguía sin echarle ganas a la escuela podría reprobar año.

Ella es hija única y sus dos papás trabajaban por lo tanto no convivían mucho entonces ellos reemplazaban esa ausencia con cosas materiales lo cual favoreció el o los comportamientos problema de Anabel.

El tratamiento que se empleó con Anabel fue un poco de T.R.E. y mucho de terapia de juego ya que a ella le gustaba mucho jugar y aproveché eso para trabajar mejor; también se trabajó con sus papás para enseñarles un poco de manejo de contingencias y cómo podían reforzar lo que se trabajaba en el cubículo.

Los resultados fueron dándose poco a poco ya que Anabel estuvo conmigo alrededor de un año dos meses, logró aumentar sus calificaciones, pasó a la secundaria siendo una de las mejores de su grupo, inicio su cooperación en las labores del hogar sin que su madre se lo pidiera y dejó de contestarles mal a sus papás, por lo tanto Anabel se dio de alta.

Se les avisó a sus padres que después de un mes la directora de consultorio se comunicaría con ellos a manera de seguimiento del caso y tendrían que decirles como iba Anabel.

Iván.

10 años.

Iván fue llevado a la terapia debido a que le costaba mucho trabajo aprender las cosas, había bajado sus calificaciones en la escuela y sus padres no querían que reprobara.

Con él se empezó a emplear la terapia de juego más que nada, para ver si podíamos encontrar la mejor forma de que aprendiera las cosas.

Desafortunadamente después de aproximadamente tres meses Iván empezó a faltar poco a poco hasta que dejó de asistir. Sus papás no dieron ninguna justificación y ya no se pudo establecer comunicación con ellos por lo cual el trabajo terapéutico quedó inconcluso.

José Antonio.

13 años.

Antonio fue llevado al consultorio por bajo aprovechamiento, había reprobado once materias de doce que tenía y si no mejoraba en el bimestre siguiente entonces sería dado de baja, por lo cual se pensó que probablemente tendría problemas de

aprendizaje, pero a lo largo del tratamiento que constó de la T.R.E. y terapia de juego pude observar que lo que a Antonio le hacía falta era que lo motivaran y además de que en su casa no sabían como manejar las contingencias pues le daban todo cuanto pedía por ser el hijo menor.

Antonio mejoró notablemente en el bimestre siguiente ya que solamente reprobó tres materias lo cual permitió que no lo dieran de baja, asimismo también su mamá me hizo saber que su hijo colaboraba muy poco en las labores de su casa, por lo que incorporé al tratamiento esa situación.

Dentro de estas instancias Antonio mejoró, al cumplirse tres meses de tratamiento, su mamá se enfermó y ya no pude trabajar con ella hasta después de dos meses en los cuales Antonio me decía que iba bien en la escuela y que sí le ayudaba a su mamá; en cuanto reinicie el trabajo con su mamá, ella me dijo que sí la ayudaba un poco en casa pero que en la escuela había vuelto a reprobado seis materias, por lo que decidí presionarlo más, esto y lo que su mamá estaba haciendo en casa lo acorralaron a tal punto que ya no quiso ir a terapia y así lo hizo por lo que nuevamente se quedó inconcluso el tratamiento, su mamá me dijo que le iba a dar un descanso y que después de las vacaciones regresarían, cosa que no sucedió y a pesar de que se intentó restablecer comunicación con ellos por teléfono, no fue posible localizarlos.

Ulises.

13 años.

A Ulises lo llevaron sus padres porque iba mal en la escuela, él había reprobado tres materias de doce que llevaba y además su mamá reportó mala conducta en casa y en la escuela, por lo que decidí emplear la T.R.E.. Desafortunadamente desde un principio la asistencia de Ulises no fue regular y sólo se tuvieron tres sesiones de trabajo y posteriormente dejó de asistir. No hubo manera de comunicarse con él pues

su mamá únicamente se presentó con la directora en una sola ocasión y no dejó ningún número telefónico.

Luis Ángel.

10 años.

A Luis lo llevaron a terapia porque iba muy bajo en la escuela, con promedio de siete, y a veces no hacía nada en la escuela, él es el más chico de dos hermanos, su papá es comerciante y su mamá le ayuda al señor en su negocio.

El tratamiento utilizado fue Terapia de juego y un poco de T.R.E. ya que descubrí que el motivo de su bajo aprovechamiento era que su maestro lo humillaba ante todos haciendo comentarios como los siguientes:

- Ya se equivocó el gordito,
- Apúrate gordito,
- El gordito no sabe, etc.

Todos estos comentarios influían de manera considerable en Luis y no permitían que saliera adelante en la escuela.

Después de estar trabajando con él, se le mandó una carta a su maestro para que supiera que estaba en tratamiento y que requeríamos de su apoyo para que saliera adelante, que necesitábamos que lo motivara y respetara y afortunadamente sirvió ya que en aproximadamente dos meses fue subiendo de calificación y su estima estaba subiendo mucho.

Al cabo de seis meses las ventas en el negocio de su papá bajaron por lo que se suspendió el tratamiento y mencionaron que en cuanto se recuperaran las ventas regresarían a la terapia.

Karla.

11 años.

Karla fue llevada al consultorio debido a mal aprovechamiento escolar, se le dificultaban mucho las matemáticas. Ella vive con su mamá, su hermana y su abuelo, por lo que su problemática tenía dos vertientes en las que intervenir, por un lado el ámbito escolar y por el otro el familiar.

El tratamiento de Karla se basó en terapia de juego y un poco de T.R.E. Esto para que pudiera encontrar la forma de aprender a su manera sin que se atrasara en la escuela y que pudiera entender y asimilar su situación familiar, ya que no solo el hecho de que su papá no viviera con ellas le causaba conflicto sino que también su mamá influyó en ella debido a que siempre que se ponían a estudiar y Karla no le entendía, su mamá le decía que era una tonta y que no sabía nada, todo esto le afectó al grado que se apropiaba de esos insultos y le costaba trabajo entender.

Después de cuatro meses de trabajar con ella mejoró notablemente, sus calificaciones subieron a 8 y 9 y se veía más contenta, desafortunadamente su mamá cayó en crisis económica y ya no la pudo llevar.

Gibran.

7 años.

Este niño fue llevado al consultorio debido a que sus calificaciones escolares no eran muy buenas y además era considerado un latoso y flojo.

Gibran vivía en la casa de su abuelita con su mamá quien trabajaba casi todo el día, a veces llega como a las ocho y en ocasiones no se ven. Su papá no vive con ellos y lo ve muy poco por todo lo anterior la educación y apoyo que recibe Gibran está dado por su abuelita y sus tías principalmente.

El tratamiento se basó en la T.R.E. y en la terapia de juego debido a que era necesario apoyarlo en lo académico y concientizarlo acerca de su situación.

Los resultados iban siendo exitosos ya que mejoró en la escuela, ya se portaba mejor, y era más obediente, después de estar conmigo aproximadamente seis meses se presentó una situación que impedía que Gibran asistiera entre semana a terapia y gracias a que María Elena, la directora, sí trabaja los sábados, ahora es ella la que trabaja con él.

Rafael

9 años.

Rafael fue llevado a terapia debido a que en la escuela le costaba trabajo entender las cosas, tenía un problema de lateralidad, es decir, era zurdo de nacimiento y sus maestras de la primaria lo obligaban a escribir con la derecha, lo que le causó problemas de percepción y al no entender lo que explicaban él optó por entretenerse molestando a sus compañeros y lo catalogaban de latoso.

La forma en cómo se trabajó con él fue con terapia de juego y la T.R.E. para que con ello no sólo aprendiera a percibir de una mejor manera las cosas sino que también se diera cuenta que podría reprobado si no le echaba ganas.

Rafael se esforzó mucho pero aun así ya era un poco tarde para salvar el año y le dieron la opción a su mamá de que si quería que pasara de año tendría que hacer un trabajo escolar, pero su mamá decidió no hacerlo porque mencionó que no había aprendido nada y que no tenía caso pasarlo de año, así que repitió el año.

3.2. Casos de maduración.

Noe.

5 años.

A Noe lo llevaron a terapia porque no sabía utilizar el lápiz y no quería hacer nada en el kinder.

Noe vive con su mamá y sus abuelos, sus tías y sus primos, no conoce a su papá y por esta razón fue canalizado conmigo para que tuviera una imagen paterna, lo cual serviría para avanzar más rápido en el tratamiento, en el que se utilizó la terapia de juego para hacerlo madurar en estos aspectos, asimismo se utilizaron ejercicios de motricidad fina y gruesa.

Noe fue mejorando un poco en estos aspectos, a pesar de que su mamá en ocasiones no lo llevaba por dos o tres sesiones. Desafortunadamente Noé dejó la terapia por problemas económicos y su mamá consideró que eran suficientes las mejorías por el momento y decidió esperar a tener mayor estabilidad económica.

Alejandro.

5 años.

A Alejandro fue llevado a terapia por su mamá porque ella observaba que no sabía utilizar bien el lápiz, se iba chueco en sus trazos, se salía de la línea e iluminaba mal.

Alejandro vivía sólo con su mamá ya que ella se separó de su esposo, aquí estuvo un poco pesado el trabajo debido a que su mamá deseaba un niño modelo, lo tenía con varias clases extras, tanto académicas como artísticas.

El tratamiento fue terapia de juego, combinado con ejercicios de motricidad fina y gruesa, Alejandro mejoró un poco porque su mamá seguía queriendo perfección en sus trazos y lo presionaba demasiado.

El tratamiento se vio obstruido ya que Alejandro se cayó de la escalera y se fracturó un brazo y esto impidió que continuara con su terapia.

Diana.

5 años.

Diana presentaba un poco de inmadurez, debido a que también hacía mal sus trazos, no quería trabajar y era muy apática con los demás.

Ella vive con sus 3 hermanos y su mamá, ya que su papá no vive con ellos, por esta razón es que en ocasiones los encarga con su mamá mientras ella trabaja.

Se trabajó con un tratamiento de terapia de juego y ejercicios de motricidad gruesa y fina, para que mejorara en estos aspectos, y así fue Diana mejoró en esto, a pesar de que su mamá no ponía mucho de su parte para el trabajo en casa, por lo que costó más trabajo lograr algo.

Diana estuvo conmigo alrededor de 6 meses debido a que después de ese tiempo ya no quiso ir por razones que desconozco y su mamá ya no la llevo.

Victor M. y Michel.

5 años

A Víctor lo llevaron sus abuelitos por que ellos observaron que se le dificultaba pronunciar algunas letras (r, rr, ch, por mencionar algunas), y les preocupaba que le fuera a afectar en un futuro.

Así mismo a Michel lo llevo su mamá por que observo el mismo problema en su hijo con la diferencia de que a Michel casi no se le entendía lo que decía.

Con base en lo observado en él fue que se empezó a trabajar en el área de lenguaje con algunos ejercicios para que aprendiera a respirar correctamente, por ejemplo que

le soplara a una pluma, a una vela encendida o a un globo, etc. después algunos ejercicios que consistían en mover la lengua como que la sacaran de su boca y la movieran hacia arriba, abajo y a los lados, o con una paleta de caramelo que la chuparan pasando su lengua a lo largo de la paleta; Posteriormente que empezaran a pronunciar las letras y las palabras con algunos ejemplos de animales o cualquier cosa que les llame la atención.

Ambos niños mejoraron mucho a Víctor ya no le costaba tanto trabajo pronunciarlas y a Michel ya se le entendía más lo que decía, desafortunadamente Víctor y sus papás cambiaron de residencia y no se concluyó; por su parte el papá de Michel tuvo un infarto y falleció por lo que también se suspendió el tratamiento.

Karla del Carmen.

5 años.

Karla fue llevada al consultorio debido a que no sabía agarrar bien el lápiz, no sabía los colores ni la numeración y no obedecía, por eso es que le faltaba madurar.

Karla vive con su mamá y sus abuelitos ya que no se sabe de su papá, entonces la preocupación era tanto de su mamá como de su abuelita.

El tratamiento que se le dio fue el de ejercicio de motricidad gruesa y fina, de trazos, iluminar en espacios grandes y pequeños, recortar y un poco de ayuda académica, sin embargo el tratamiento no iba dando resultado debido a que a Karla se le daba todo cuando no se lo ganaba y nada cuando sí se lo ganaba, por lo que se confundía y no hacía nada, y es que descubrí que la abuelita de Karla manipulaba de igual manera a su hija, por lo que el problema era una cuestión de tiempo atrás desde que la abuelita de Karla educa a su mamá y obviamente su mamá estaba educando igual a Karla, cuando se trato de trabajar en este aspecto las dos señoras se indignaron y después con el pretexto de que no podían llevarla por que ya iba a entrar a la primaria ya no la llevaron.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3. Casos de mala relación familiar.

Nadia.

9 años.

Nadia fue llevada a terapia por que en su casa no había comunicación entre ellos, Nadia es hija única y vive con sus dos papás y ellos tratan de darle lo mejor no solo material sino también en afecto aunque los dos trabajan y les cuesta un poco lograr esto, al menos lo intentan; lo interesante aquí es que Nadia casi siempre estaba triste y se notaba muy apática, ya que cuando ella quería salir a algún lado o quería que le compraran algo, no lo pedía y sus papás terminaban por hacer lo contrario.

El tratamiento se basó en la T.R.E. y en terapia de juego para que Nadia aprendiera a ser más asertiva y pudiera decir y pedir lo que ella quería.

Los resultados se fueron dando un poco lento ya que a Nadia le costaba mucho trabajo relacionarse con los hombres y eso dificulto el tratamiento, sin embargo Nadia cambio lo suficiente como para que le fuera bien, entonces la mamá de Nadia se enfermo y ya no fue a las sesiones.

José Luis.

10 años.

La preocupación de la mamá de José Luis estaba basada en que a él no le gustaba ayudar en casa, no le gustaba convivir con su familia y a parte iba mal en la escuela. Tanto José Luis como su hermano de 8 años viven con sus papás, y tal parecía que todos ayudaban en la casa menos él, por lo que el tratamiento se dividió con dos terapeutas, la psicóloga Nancy trabajo con él en lo académico y yo trabaje el aspecto familiar, el cual estuvo basado en la T.R.E. y en terapia de juego para que se diera

cuenta de lo que estaba haciendo y de la importancia de convivir en armonía en la familia.

Después de aproximadamente 1 años con 6 meses José Luis fue dado de alta debido a que en la escuela mejoro notablemente, siendo de los mejores de su grupo, y en el aspecto familiar, José Luis ya ayuda en casa sin que se le pida y no solo convive más con ellos sino que es él el que busca esta convivencia.

Jorge de Jesús.

13 años.

Jorge es un muchacho de secundaria que tenía problemas en la escuela y en su casa, en la escuela tenía 2 materias reprobadas de 12 en total; casi todos los días tenía pleitos con algún compañero de escuela, le buscaban pelea y es que es un joven que les atrae mucho a las niñas y sus novios se enojan.

Todo esto le trajo problemas a Jorge en casa ya que ahí casi no le hacían caso, solamente lo regañaban cuando se peleaba, pero nunca escuchaban sus razones por lo que decidí primero establecer rapport hablándole de algo que a él le gusta mucho, y son las patinetas, afortunadamente yo sabia un poco de ellas y me sirvió para poder hacer lo que quería, me base en la T.R.E. y un poco en la terapia de juego.

Los resultados fueron muy pocos ya que Jorge me consideraba un chico "fresa", es decir que era muy sangron, nadamas por que soy de tez blanca y le llego a caer mal, aunque trate de cambiar esta situación predomino la idea errónea de Jorge.

Esta idea de Jorge fue la que propició que dejara de ir ya que al cabo de 4 meses dejó de ir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Karen.

8 años.

La situación de esta pequeña era un poco difícil debido a que la única problemática de ella fue que no aceptaba la muerte de su papá.

Ella se la pasaba diciéndole a su mamá que si no iban a esperar a su papá a cenar, por ejemplo, había muchas cosas similares, a veces lloraba aparentemente sin razón y lo único que pasaba era que estaba en duelo y no asimilaba la situación todavía.

El tratamiento fue corto y muy sencillo, nuevamente utilice la T.R.E. y terapia de juego haciéndole ver que su papá ya había fallecido y que estaba descansando y muy contento cuando la veía reír y jugar, entonces Karen fue asimilando la realidad y aunque lo extrañaba al menos ya no lloraba sin razón y además mejoró la relación con su mamá.

Karen no fue dada de alta oficialmente por que su mamá ya no pudo llevarla por su situación económica pero por lo menos mejoró mucho su vida.

Nayeli.

10 años.

Los padres de Nayeli la llevaron a terapia por que era muy enojona con ellos y con su hermano, se peleaba mucho con él y en ocasiones se sentía mal a pesar de que no tenía nada (hipocondríaca).

Ella iba muy bien en la escuela por lo que requería ayuda académica y todo el tratamiento se baso en la T.R.E. y terapia de juego, primero se le dio a su mamá un placebo para que la controlara y se le indicó que se lo fuera retirando poco a poco, después se le hizo ver que no era muy recomendable que se enojara tanto por que se causaba daño y se le enseñó a respirar para que se relajara y se controlara, posteriormente se le enseñó como podía manejar la situación con su hermano y con

sus papás; por otro lado se trabajo con ellos como manejar las contingencias con ambos hijos y como podían tratarlos por igual para que no hubiera peleas entre ellos.

El tratamiento duro alrededor de 1 año pero gracias al cumplimiento y constancia de ellos Nayeli cambio enormemente debido a que ya no necesito el placebo, ya no se enojaba con ellos y cuando lo hacia ya se controlaba y hasta mejoro la relación con su hermano,

A Nayeli se le aplicó la valoración nuevamente y eso dio pie para que se diera de alta. En la primera llamada telefónica de seguimiento no se reportó ningún problema y en este momento se espera el plazo para la segunda llamada de seguimiento.

3.4. Casos de superación personal.

Giovanni.

12 años.

Giovanni es un muchachito que lleva una vida un poco complicada debido a que él es el mayor tiene una hermana de 11 años y un hermanito de 5 años, su papá no vive con ellos, su situación económica es muy baja y además su mamá lo regaña de cualquier cosa que hacen sus hermanos; todo esto dio cabida a que Giovanni estuviera siempre triste, que no fuera bien en la escuela y que su estima fuera muy baja y no buscara superarse.

El tratamiento se baso en la T.R.E. para que se diera cuenta de que su situación tenía solución y que podía salir adelante, desafortunadamente solamente fueron como cinco

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

o seis sesiones las que trabajamos debido a que su economía no permitía que se continuará con el servicio.

Edgar.

13 años.

La caso de Edgar es la siguiente, Edgar vive con su mamá y su hermana de 10 años, su papá no vive con ellos y solamente lo ven muy de vez en cuando y solamente les manda dinero, su mamá es abogada y su situación económica es muy estable por lo que la preocupación de su mamá era que iba mal en la escuela y no quería hacer nada en ningún lado, llevaba reprobadas varias materias y no le importaba y es que parte de la culpa la tenía su mamá debido a que siempre le daba todo cuanto podía y no permitía que nada le faltara, aunque no se lo mereciera.

El tratamiento se baso en la T.R.E. y en terapia de juego para que Edgar se diera cuenta que necesitaba salir adelante por que no iba a tener por siempre a su mamá y que no iba a tener nada que no se ganara, esto lo trabajo la Lic. María Elena con su mamá de Edgar y dio buenos resultados debido a que él mejoró en todos los aspectos y su mamá ya no le compraba nada si no se lo merecía y cambio los regalos por tiempo y atención para sus hijos; después de unos 6 meses de trabajar juntos dejaron de ir sin razón alguna y los intentos de comunicación telefónica han sido inútiles.

Aurelio.

16 años.

Este joven asistió a terapia debido a que se vio envuelto en una situación influida por su edad y la curiosidad de conocer acerca de la sexualidad nadamas que lo encamino mal e intento algo con su prima y fue descubierto en ese momento, Aurelio se

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

arrepintió de su error y trato de seguir adelante sin embargo los constantes reproches y cambios de actitud de sus familiares le fueron poniendo en una depresión que dificultaba que saliera adelante.

El tratamiento se baso un poco en terapia de juego y un mucho en T.R.E., con la finalidad de hacerle ver que si cometió un error y quería remediar el daño, tenía que superarse y salir adelante por que él se arrepintió de lo que trato de hacer y para que los demás cambiaran la forma de tratarlo primero debería de cambiar la forma en como él se percibe con respecto a los demás; también se le dio un poco de educación sexual para que aclarara algunas dudas que tuviera.

Después de 3 meses de tratamiento Aurelio se veía más contento y hacia las cosas con más ganas, pero después de ese tiempo entro a la preparatoria y ya no pudo asistir para concluir su tratamiento.

David.

16 años.

David fue llevado a terapia debido a que reportaban rebeldía e introversión en él.

David vive con su abuelita ya que su mamá no se quiso hacer cargo de él, por esta razón le dice mamá a su abuela, esta señora menciona que no la obedece, que es muy flojo y que se obsesiona con su música (marilyn manson, es un grupo de rock pesado). Sin embargo David se viste con ropa de vestir y con el peinado todo hacia atrás.

El tratamiento se basó únicamente en la T.R.E. para que se diera cuenta que era necesario que siguiera con sus gustos pero sin exagerar por que su mamá se preocupaba y que también tenía que ayudar en casa y salir adelante por su bien.

Al trabajar con su mamá y hacerle ver que no tenían nada de malo algunos gustos y que debida ser un poco más flexible en este aspecto, la señora no quiso intentarlo,

aunque decía que lo iba a hacer y esto retraso el tratamiento hasta el punto en que según ella ya no podía llevarlo por falta de tiempo y dinero.

Priscila.

11 años.

A Priscila la llevaron debido a que no busca salir adelante y corría el riesgo de reprobar el año escolar y además mencionaron que era muy rebelde.

Priscila tiene un hermano de 8 años y viven con sus dos padres, sin embargo su papá siempre esta trabajando y solo lo ve hasta la noche y su mamá siempre esta con diferentes actividades y ella convive más con su abuelita que vive en otra casa pero esta junto a la de ellos y convive más con ella, esta es la razón por la que Priscila casi no los obedece y no le dan ganas de salir adelante, además de que le daban a Priscila todo cuanto quería para que estuviera tranquila y eso permitió que adquiriera mucho desinterés.

Me base en la T.R.E. ya que era necesario concientizar a Priscila acerca de su situación, el tratamiento se vio un poco obstaculizado debido a que nunca pude trabajar con sus padres y lo que se logro fue que pasara de año y que buscara salir adelante sin importar lo que le dieran, pero en el momento en que entro a la secundaria, le tocó en el turno vespertino y ya no pudo continuar con el trabajo.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIO.

En este capítulo daré las sugerencias que considero pueden ayudar a que el servicio sea más óptimo, cabe aclarar que solo son unas pequeñas recomendaciones ya que lo vivido en la práctica es la experiencia que tengo y me ha dado resultado y es por eso que no será muy extenso; con base en esto voy a dividir las conforme se da el servicio por lo tanto se dividirá en sugerencias para la detección, para el tratamiento y para el seguimiento.

4.1. Sugerencias para la detección.

Una de las sugerencias dentro del área de detección es en la entrevista inicial ya que como mencione anteriormente las entrevistas las realiza la Lic. Maria Elena, considero que sería mejor que cada uno de nosotros realizara la entrevista, para poder identificar personalmente algunas variables que se pueden llegar a presentar en el tratamiento.

Con esto no quiero quitarle trabajo a la Lic., sino que ella clasificaría o canalizaría los casos con cada uno de nosotros, según nuestro horario y habilidades, puntos que ella ya tiene plenamente identificados.

Otra recomendación es en la aplicación de las pruebas ya que en ellas se observan algunos puntos como sus expresiones, intensidad del dibujo, si borra o no, si le cuesta trabajo hacerlo, etc.; Por lo que es importante que no solo

apliquemos las pruebas sino que también las interpretemos y demos los resultados a los padres, debido a que esto permite tener un panorama más amplio del caso para darle el mejor tratamiento posible.

4.2. Sugerencias para el tratamiento.

El tratamiento siendo una de las partes fundamentales para encontrar una posible alternativa de solución a los problemas de los pacientes, me hace ponerme a reflexionar acerca de lo que es necesario mejorar o modificar en este aspecto.

En cuanto a la forma de trabajar con las diferentes alternativas, no creo que sea necesario cambiarlas ya que si han llegado a funcionar en los casos que se tratan, posiblemente lo que mejoraría es el hecho de tener un espacio específico para cada uno, con cierta privacidad o sea que se encuentren cerrados cuando se este trabajando con los pacientes ya que en el consultorio los cubículos no tienen puertas.

Es necesario tener también una cantidad considerable de todo tipo de juegos para abarcar cualquier tipo de problemática, debido a que la terapia de juego es sumamente utilizada en el consultorio debido a que es muy fácil usarla además de ser altamente efectiva.

También considero que se hace un muy buen trabajo con los padres de familia, ya que aunque a veces no se les ve tan frecuentemente como uno quisiera, se ha logrado tener un buen avance con ellos por lo que en este aspecto considero que no es necesario cambiar nada.

4.3. Sugerencias para el seguimiento.

El seguimiento aunque por ultimo no por eso es de menor importancia ya que es parte esencial en la continuación del tratamiento.

Aquí tampoco considero que se necesite cambiar nada debido a la manera que se maneja en el consultorio es muy buena, cuando ya se va a dar de alta se empiezan a espaciar las sesiones desde 2 veces por semana a una por semana, una cada quince días hasta que se da de alta al paciente.

Posterior a esto se mantiene una comunicación con los pacientes vía telefónica, esta comunicación se hace con los padres de ellos, si son niños, si no con ellos directamente, la llamada telefónica se hace al mes de ser dados de alta después a los tres meses y al final a los seis meses con la finalidad de saber si no se dio alguna recaída; si la hubo se les recuerda como trabajarlas y se les menciona algunas alternativas para mejorar.

Algo que también me parece muy bueno es que se les vuelva a aplicar la valoración para poder contraponerla con la primera y así observar la mejoría de ellos, por lo que es más claro y contundente.

Considero que es lo único que cambiaría ya que la practica que he tenido en el consultorio me ha servido mucho y he podido complementarlo con la escuela o viceversa, pero lo más importante es que les recomiendo a mis compañeros de profesión que traten de encontrar un trabajo o algún espacio donde puedan llevar a la practica lo aprendido y complementar la teoría con la práctica.

ANEXOS

ANEXO # 1

Detalles de la prueba de la figura humana.

1. Cabeza.
2. Piernas.
3. Brazos.
- 4a. Tronco.
- 4b. Tronco más largo que ancho.
- 4c. Hombros perfectamente indicados.
- 5a. Brazos y piernas unidos al tronco.
- 5b. Piernas unidas al tronco. Brazos unidos al tronco en correcta ubicación.
- 6a. Cuello.
- 6b. Contorno del cuello como continuación de la cabeza, del tronco o de ambos.
- 7a. Ojos.
- 7b. Nariz.
- 7c. Boca.
- 7d. Boca y nariz en dos dimensiones. Labios señalados.
- 7e. Orificios de la nariz.
- 8a. Cabellos.
- 8b. Cabellos que no excedan la circunferencia de la cabeza, mejor que un simple garabato y no transparentes (que oculten el cráneo).
- 9a. Vestido.
- 9b. Por lo menos dos prendas de vestir (sombrero y pantalón) no transparentes.
- 9c. Dibujo completo sin transparencias. Deben estar representados las mangas y los pantalones.
- 9d. Por lo menos cuatro artículos de vestir bien definidos (inconfundibles).
- 9e. Vestimenta completa sin congruencias.
- 10a. Dedos.
- 10b. Números exactos de dedos.
- 10c. Correcto detalle de los dedos.
- 10d. Pulgar en posición.
- 10e. Mano distinta de brazo o dedos.
- 11a. Articulación del brazo(codo, hombro o ambos).
- 11b. Articulación de la pierna (rodilla, cadera o ambos).
- 12a. Proporción cabeza.
- 12b. Proporción brazos.
- 12c. Proporción piernas.
- 12d. Proporción pie.
- 12e. Proporción dos dimensiones.
13. Tacones.
- 14a. Coordinación motora (líneas aproximadas).
- 14b. Coordinación motora (líneas firmes).
- 14c. Coordinación motora. Contorno de la cabeza.
- 14d. Coordinación motora. Contorno del tronco.

- 14e. Coordinación motora. Brazos y piernas.
- 14f. Coordinación motora. Facciones.
- 15a. Orejas.
- 15b. Orejas, posición y proporción correctas.
- 16a. Detalles del ojo (cejas, pestañas o ambas).
- 16b. Detalle del ojo (iris).
- 16c. Detalle del ojo (proporción).
- 16d. Detalle del ojo (mirada).
- 17a. Frente y mentón.
- 17b. Proyección del mentón. Barbilla claramente representada.
- 18a. Perfil (con errores o transparencias).
- 18b. Perfil (sin errores ni transparencias).

ANEXO # 2

TABLA DE EDAD MENTAL

Puntos	años	meses	Puntos	años	meses	Puntos	años	meses
1	3	6	15	7	0	29	10	6
2	3	9	16	7	3	30	10	9
3	4	0	17	7	6	31	11	0
4	4	3	18	7	9	32	11	3
5	4	6	19	8	0	33	11	6
6	4	9	20	8	3	34	11	9
7	5	0	21	8	6	35	12	0
8	5	3	22	8	9	36	12	3
9	5	6	23	9	0	37	12	6
10	5	9	24	9	3	38	12	9
11	6	0	25	9	6	39	13	0
12	6	3	26	9	9	40	13	3
13	6	6	27	10	0	41	13	6
14	6	9	28	10	3	42	13	9

ANEXO # 3

MANUAL DE LOS TABULADORES EMOCIONALES DEL INFANTE

1. Integración pobre de las partes: (varones, 7 años; niñas, 6 años) una o más partes no están unidas al resto de la figura, una de las partes sólo está unida por la raya o apenas se toca con el resto. Puede estar asociada con los siguientes factores: inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad. Parece indicar inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serias perturbaciones emocionales o a estos tres factores conjuntamente.
2. Sombreado de la cara: sombreado deliberado de toda la cara o de parte de la misma, inclusive "pecas", "sarampión", etc.; un sombreado suave y parejo de la cara y las manos para representar el color de la piel no se computa. Parece indicar ansiedad y un concepto muy pobre de sí mismo.
3. Sombreado del cuerpo y/o extremidades: (Varones, 9 años; niñas 8 años); indica ansiedad por el cuerpo. El sombreado de brazos denota angustia relacionada con alguna actividad real o fantasiosa en la que intervienen los brazos.
4. Sombreado de las manos y/o cuello: (Varones, 8 años; niñas, 7 años). Indica angustia.
5. Asimetría grosera de las extremidades: Un brazo o pierna diferente marcadamente de la otra en la forma. Este ítem no se computa si los brazos o las piernas tienen forma parecida pero sólo un poco dispares en el tamaño. Puede indicar impulsividad y coordinación pobre. Aparece también en los niños con antecedentes de disfunción neurológica.
6. Figuras inclinadas: el eje vertical de la figura tiene una inclinación de 15 grados o más con respecto a la perpendicular. indica inestabilidad y falta de equilibrio general, sobre todo sugiere que al niño le falta una base firme.
7. Figura pequeña: la figura tiene 5cm. O menos de la altura. Indica extrema inseguridad, retraimiento y depresión.

8. Figura grande: (Desde los 8 años, tanto en las niñas como en los varones) figuras de 23 cm. o más de altura. Indica expansividad, inmadurez y controles internos deficientes.

9. Transparencias: se computan las transparencias que comprenden las porciones mayores del cuerpo o las extremidades. No se computan las rayas u cuando las líneas de los brazos atraviesan el cuerpo. Indica inmadurez, impulsividad y tendencia al acting-out...

Detalles especiales.

10. Cabeza pequeña: la altura de la cabeza es menos de un décimo de la figura total. Indica sentimientos intensos de inadecuación intelectual.

11. Ojos bizcos o desviados: Ambos ojos vueltos hacia dentro o desviados hacia fuera; miradas de reojo no se computan. Indica ira y rebeldía, niños muy hostiles hacia los demás.

12. Dientes: Cualquier representación de uno o más dientes. Indica agresividad siempre y cuando existan otros datos agregados.

13. Brazos cortos: Apéndices cortos a modo de brazos, brazos que no llegan a la cintura. Indica tendencia a retraimiento, a encerrarse dentro de sí y a la inhibición de los impulsos.

14. Brazos largos: Brazos extensivamente largos, por su longitud pueden llegar debajo de las rodillas o donde éstas deberían estar. Indica necesidades agresivas dirigidas hacia afuera.

15. Brazos pegados al cuerpo: No hay espacio entre el cuerpo y los brazos. Indica control interno bastante rígido y una dificultad de conectarse con los demás.

16. Manos grandes: Manos de tamaño igual o mayor al de la cara. Indican conducta agresiva.

17. Manos omitidas: Brazos sin manos ni dedos; no se computan las manos ocultas detrás de la figura o en los bolsillos. Indica sentimientos de inadecuación.

18. Piernas juntas: Las piernas están pegadas, sin ningún espacio entre sí; en los dibujos de perfil se muestra sólo una pierna. Indica tensión en el niño y un rígido intento por parte del mismo de controlar sus propias impulsos.
19. Genitales: representación realista o inconfundible simbólica de los genitales. Indica aguda angustia por el cuerpo; pobre control de los impulsos.
20. Monstruo o figura grotesca: Figura que representa una persona ridícula, degradada o no humana; lo grotesco de la figura debe ser buscado deliberadamente por el niño y no el resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo. Indica sentimiento de intensa inadecuación y muy pobre concepto de sí mismo.
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras: Varias figuras que no están interrelacionadas o relacionando una actividad significativa; dibujo repetido de una figura cuando se le solicitó sólo "una" persona, no se computa el dibujo de un varón y una niña. O el de la familia del examinado. Indica carencia de un sentimiento de identidad.
22. Nubes: Cualquier representación de nube, lluvia, nieve o pájaros volando. Indica ansiedad y falta de adaptación.
23. Omisión de los ojos: Ausencia total de ojos; ojos cerrados o vacíos no se computan. Indican aislamiento social y escapismo a la fantasía.
24. Omisión de la nariz: (Varones, 6 años, niñas). Indica falta de interés social, tendencia al retraimiento y la timidez.
25. Omisión de la boca: Indica sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento.
26. Omisión del cuerpo: Se presenta en el retraso mental, en la disfunción crónica, inmadurez severa debido a retraso evolutivo o perturbación con aguda ansiedad por el cuerpo.
27. Omisión de los brazos: (Varones, 6 años; niñas, 5 años) Indica ansiedad y culpa por conductas socialmente inadaptadas que implican los brazos o las manos.
28. Omisión de las piernas: Indica angustia e inseguridad.

29. Omisión de los pies: (Varones, 9 años; niñas, 7 años). Indica inseguridad de base.

30. Omisión del cuello: (Varones, 10 años; niñas, 9 años). Indica inmadurez, impulsividad y control interno pobre.

ANEXO # 4

Indicadores del test de la casa.

Tamaño.

A. Casa muy pequeña.

- 1. Tendencia al retraimiento
- 2. Sentimientos de inadecuación
- 3. Rechazo del hogar y de su vida
- 4. Regresión
- 5. Posibles condiciones neuróticas

B. Casa muy grande que llena la página

- 1. Sentimiento de gran frustración por ambiente restrictivo
- 2. Tendencias hostiles y agresivas
- 3. Defensas de sobre compensación o de fantasía
- 4. Sentimientos de gran tensión e irritabilidad

C. Base de la casa en la orilla de la página.

- 1. Sentimiento de inadecuación e inseguridad
- 2. Tendencias depresivas

Chimenea.

A. Énfasis por reforzamiento del tamaño

- 1. Preocupación nimia por el afecto en el hogar
- 2. Preocupación sexual, necesidad de mostrar virilidad
- 3. Posibles tendencias exhibicionistas

B. Omisión de la chimenea

- 1. Siente falta de afecto en el hogar
- 2. Posibles miedos de castración

C. Chimenea en forma de ángulo

- 1. Normalidad en niños pequeños
- 2. En adultos regresión o retardo
- 3. Posible miedo de castración

D. Múltiples chimeneas

- 1. Preocupación sexual nimia
- 2. Preocupación exagerada por las relaciones heterogéneas

E. Chimenea humeante

- 1. Normalidad si el humo se mueve moderadamente de izquierda a derecha
- 2. Humo abundante: Considerable tensión interior o ansiedad en las situaciones del hogar
- 3. Humo que se mueve de derecha a izquierda: Pesimismo, sensación de presión
- 4. Humo que se mueve en ambas direcciones: Contacto patológico con la realidad

La puerta

A. Ausente

- 1. Inaccesibilidad psicológica

B. Dibujada al final

- 1. Contactos interpersonales que disgustan
- 2. Tendencias a apartarse de la realidad

C. Muy grande

- 1. Sobre dependencia de los demás
- 2. Necesidad de impresionar por la accesibilidad social

D. Muy pequeña

- 1. Sentimiento de inadecuación social e indecisión
- 2. Tendencias reticentes
- 3. Accesibilidad difícil

E. Con grandes bisagras o cerraduras

- 1. Retraimiento y defensividad acentuadas
- 2. Quizá hostilidad y suspicacia

Canales y gárgolas

A. Enfatizados y reforzados

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1. Fuertes defensas
2. Susplicacia
3. Quizá erotismo uretral y preocupación fálica

Techo

A. Énfasis

1. Énfasis en las satisfacciones de la fantasía
2. Interes en controlar la fantasía

B. Techos volados

1. Sentimiento abrumado por fuerzas fuera del control personal

C. Casa dibujada solo como un techo

1. Uso extremo de la fantasía
2. Quizá esquizofrenia

D. Omisión del techo

1. Severa patología de la personalidad
2. Posible retardo mental

La casa

Postigos

A. Cerrados

1. Retraimiento extremo
2. Posible defensividad patológica

B. Abiertos

1. Capacidad de relaciones interpersonales delicadas

Escalones y aceras

A. Escaleras que conducen a una pared vacía

1. Conflictos relacionados con la falta de accesibilidad
2. Conflictos que perturban el contacto con la realidad
3. Posible organicidad

B. Aceras

1. Bien proporcionadas y fácilmente dibujadas: Control y tacto en relaciones interpersonales
2. Muy largas: Accesibilidad reducida
3. Muy angosta: Deseo de permanecer alejado con amistad superficial

Paredes

A. Ausentes

1. Contacto pobre con la realidad

B. Con la base enfatizada

1. Ansiedad
2. Tendencias oposicionistas poco controladas

C. Paredes desnudas

1. Quizá sentimientos de impulsos primitivos no controlados
2. Quizá sentimiento de despersonalización

Doble perspectiva con pared final estrecha

1. Defensas regresivas
2. Quizá deficiencia mental
3. Normalidad en niños

Doble perspectiva con ambas paredes finales exageradas

1. Condiciones esquizofrenicas

Perspectiva sencilla mostrando una sola pared

1. Fuerte necesidad de mantener una apariencia aceptable en relaciones interpersonales
2. En los niños posible normalidad
3. Si es una pared lateral, retraimiento serio y tendencias oposicionistas

Paredes transparentes

1. Juicio severamente impedido
2. Necesidad compulsiva de estructurar la realidad todo lo posible
3. Posible deficiencia mental
4. En los niños probable normalidad

Dimensiones horizontales muy enfatizadas

1. Vulnerabilidad a la presión del ambiente
2. Orientación temporal pobre
3. Posibles desordenes afectivos

Dimensiones verticales muy enfatizadas

1. Satisfacción de la fantasía
2. Contacto con la realidad por debajo de lo deseable

Ventanas

Ausentes

1. Tendencias hostiles
2. Tendencias al retraimiento

Poco numerosas

1. Regresión

Numerosas

1. Posibles tendencias exhibicionistas
2. Desprovistas de persianas o postigos: Prontitud para el contacto con el ambiente
3. Con persianas: Preocupación con la interacción con el ambiente

Con cortinas

1. Tendencias al retraimiento
2. Si no están cerradas: socialización conscientemente controlada

Muy reforzadas

1. Preocupación por las relaciones personales
2. Probable fijación personal

Muy pequeñas

1. Inaccesibilidad psicológica
2. Falta de interes en la gente

Sin marco

1. Hostilidad y tendencias oposicionistas

ANEXO # 5

Indicadores del test del Arbol

Árboles muertos

1. Sentimientos depresivos
2. Sentimientos severos de inadecuación e inferioridad
3. Retraimiento, condiciones esquizoides

Fállicos

1. Tendencia a la desadaptación

Movidos por el viento

1. Sentirse a merced de las fuerzas ambientales

Un árbol solo en una colina

1. Quizá sentimientos de aislamiento

Dibujados en una depresión

1. Sentimientos de inadecuación
2. Sentimientos depresivos

Que aparecen debajo de la vista

1. Sentimientos de depresión y derrota

Inclinados a la derecha

1. Desequilibrio de la personalidad
2. Deseo de reprimir las memorias displacenteras

Inclinados a la izquierda

1. Desequilibrio de la personalidad debido al deseo de satisfacciones impulsivas
2. Fijaciones en el pasado, temor al futuro
3. Personalidad contemplativa

Árbol en forma de ojo de cerradura

1. Tendencias oposicionistas y negativistas

- 2. Cooperación o motivación mínimas para una buena ejecución
- 3. Impulsos hostiles fuertes

Árboles muy grandes

- 1. Posibles tendencias agresivas
- 2. Acción, fantasía sobre compensatoria
- 3. Posible hipersensibilidad

Árboles muy pequeños

- 1. Sentimientos de inferioridad
- 2. Tendencias al retraimiento

Ramas

En formas de bastón

- 1. Fuertes tendencias hostiles o agresivas

Rotas o cortadas

- 1. Sentimiento de trauma e impotencia

Vueltas hacia adentro más que hacia afuera

- 1. Tendencias egocéntricas, introversivas
- 2. Posible condición obsesivo-compulsivo

Excesivas en troncos pequeños

- 1. Demasiado énfasis en buscar satisfacción en el ambiente
- 2. Tendencias muy competitivas

Delgadas, menudas en troncos grandes

- 1. Inhabilidad para derivar satisfacción de ambiente frustrante

Enfatizadas en lado izquierdo

- 1. Desequilibrio de la personalidad con impulsividad

Enfatizadas del lado derecho

- 1. Desequilibrio de la personalidad con excesiva tendencia a evitar la satisfacción emocional

Gruesas muy cortas o cortadas

1. Posible tendencia al suicidio
Una rama baja en el tronco

1. Infantilismo, regresión

Tratamiento estilístico de la copa del árbol

En forma de nube

1. Fantasía activa, quizá evitar la realidad infantilmente

Enroscada

1. Entusiasmo y sociabilidad activa aunque quizá no perseverante

Con sombreado de líneas

1. Nerviosismo, inseguridad y quizá tendencias depresivas

Mezcla confusa de líneas garrapateadas

1. Confusión, excitación e impulsividad

Copa aplanada

1. Siente la presión del ambiente, inhibición y sentimientos de inadecuación

Hojas

Bidimensionales y meticulosamente dibujadas

1. Tendencias obsesivo-compulsivas

Bidimensionales y muy grandes para las ramas

1. Sentimientos de insuficiencia
2. Fuga sobre compensatoria de la realidad

Troncos

Muy grandes

1. Tendencias agresivas

Grandes con ramas pequeñas

1. Adaptación precaria debido a la inhabilidad para satisfacer necesidades básicas

Muy delgados con un ramaje de amplia estructura

1. adaptación precaria debido a competencia

Profundamente sombreados

1. Sentimientos básicos de insuficiencia

Cicatrices en el tronco

1. Experiencias traumáticas

Tronco corto y copa amplia

1. Confianza en sí, ambición, orgullo o engreimiento

Tronco largo y copa pequeña

1. Desarrollo retardado e infantilismo

Tronco de amplia base

1. Inhibición y/o lentitud de comprensión

Raíces

Enfatizadas

1. Interés indebido acerca del dominio de la realidad y necesidades concomitantes de seguridad

Troncos transparentes vistos a través de la tierra

1. Quizá proceso esquizoide
2. Fallas patológicas en la orientación de la realidad

Árboles con la base en el papel

1. Sentimientos de inseguridad
2. Sentimientos de insuficiencia
3. Tendencias depresivas

Raíces en forma de garra

1. Posibles actitudes paranoicas

REFERENCIAS

- Avanzini, G. (1982). La pedagogía del siglo XX. Madrid. Narcea.
- Bell, E.J. (1992). Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad. Buenos Aires. Paidós.
- Corpas, A; Suris, A; Llimona, A; Aguirre, A. y Rene, R. (1998). Enciclopedia de la Psicopedagogía. España. Océano.
- Esquivel, F; Heredia, C; Lucio, E. (1994). psicodiagnóstico clínico del niño. México Manual Moderno.
- García, A. M. E. (1993) Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Argentina. Nueva visión
- Garfield, S. (1979) Psicología clínica. México Manual Moderno.
- Harrsch, C. (1994). La identidad del psicólogo. México. Universidad.
- Kendall, P. C. (1988) Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales. México. Noriega Editores.
- Mietzel, G. (1976) Psicología Pedagógica. Barcelona Meider.

- Phares, J. (1996) Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica. México. Manual Moderno.
- Sánchez, S. (1983) Enciclopedia temática de la educación I Madrid. Santillana.
- Vikton, L. (1981) Desarrollo de la capacidad creadora. Buenos aires. Kapelusi.