



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD DE EXAMEN COMPLEXIVO



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

CARACTERIZACIÓN DE LA BAJA TOLERANCIA A LA
FRUSTRACIÓN EN UN PACIENTE, APROXIMACIÓN
DESDE LA TREC.

AUTOR:

ABDEL YASHIN AVILÉS SÁNCHEZ

TUTOR:

PhD. PATRICIA DEL PILAR SÁNCHEZ CABEZAS

BABAHOYO - 2020





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD DE EXAMEN COMPLEXIVO



RESUMEN

Cuando una persona se enfrenta a una situación o inconveniente imprevisto, la baja tolerancia a la frustración ocasiona que el individuo genere una serie de pensamientos que terminen desembocando en una exageración de la sensación de incomodidad que a su vez provoque una serie de reacción que pueda acabar en hostilidad, aunque las reacciones de las personas puedan ser diferente, por eso, este estudio de caso se basa en la identificación de las características de la baja tolerancia a la frustración desde el punto de vista de la terapia racional emotiva-conductual estudiando y aplicando así las estructuras básicas de la misma, para lo cual se implementaron técnicas de recolección de información como es la entrevista, la historia clínica, la observación y test psicométricos que ayudaron al diagnóstico y desarrollar un esquema terapéutico.

Palabras claves: frustración, tolerancia, cognitivo, conductual, racional, emotivo.

ABSTRACT

When a person faces an unforeseen situation or inconvenient, the low tolerance to frustration causes that the individual generates a series of thoughts that end up leading to an exaggeration of the feeling of discomfort that in turn provokes a series of reactions that can end in hostility, although people's reactions may be different, therefore, this study is based on the identification of the characteristics of low tolerance to frustration from the point of view of rational emotional-behavioral therapy studying and applying thus the basic structures of the same, for which information collection techniques such as the interview, the clinical history, the observation and psychometric tests were implemented that helped the diagnosis and develop a therapeutic scheme.

Keywords: frustration, tolerance, cognitive, behavioral, rational, emotional.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD DE EXAMEN COMPLEXIVO



INDICE

RESUMEN	I
INDICE.....	II
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. DESARROLLO	2
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	2
2.2 OBJETIVO	3
2.3. SUSTENTOS TEÓRICOS	3
2.3.1. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	3
2.3.2. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y PROCRASTINACION	4
2.3.3. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y LA HOSTILIDAD.....	5
2.3.4. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y LA DEPRESIÓN.....	6
2.3.5. BAJA TOLERANCIA EN NIÑOS	6
2.3.6. CARACTERIZACIÓN DE LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	7
2.3.7. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA-CONDUCTUAL.....	8
Creencias Racionales e Irracionales	9
Modelo ABC.....	9
2.4. TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	9
ESTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	10
OBSERVACIÓN DIRECTA	10
TEST PSICOMÉTRICOS	10
Inventario de depresión de Beck	11
Test de la persona bajo la lluvia	11
Test de frustración de Rosenzweig	11
2.5. RESULTADOS OBTENIDOS	12
Sesión 1	12
Sesión 2	12
Sesión 3	13
Sesión 4	13
Sesión 5	13
Sesión 6	14
2.6. SITUACIONES DETECTADAS.....	14





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD DE EXAMEN COMPLEXIVO



Test de la persona bajo la lluvia:	14
Test de frustración de rosenzweig:	14
Inventario de depresión de Beck	15
Área somática.....	15
Área afectiva	15
Área cognitiva.....	15
Área conductual	15
2.7. SOLUCIONES PLANTEADAS.....	16
3. CONCLUSIÓN.....	18
Bibliografía	20



1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso tiene como finalidad mostrar la caracterización de la baja tolerancia a la frustración en un paciente del cantón Vinces, basado en la línea de investigación de asesoramiento psicológico con la sublínea asesoría y orientación educativa, personal, sociofamiliar vocacional y profesional. Este tema tiene como objeto describir las características de la baja tolerancia a la frustración, de forma general teniendo en cuenta las individualidades de cada ser humano.

Se pretende dar a conocer la terapia racional emotiva-conductual, estructura, modelo de intervención psicológica y como esta es usada para la intervención, la baja tolerancia a la frustración se presenta en el momento que una situación imprevista obstruye la continuación o finalización de las actividades de una persona y puede causar múltiples reacciones, también se verá la relación de la BTF con la hostilidad, la postergación de actividades y depresión.

Se expone el caso de un joven de 24 años de edad en donde se utiliza varias técnicas de recolección de información como la historia clínica usando el modelo de entrevista semiestructurado, teniendo un carácter cualitativo no experimental y aplicando la observación directa.

2. DESARROLLO

2.1. JUSTIFICACIÓN

En este estudio de caso se llevó a cabo en un joven de 24 años de edad de la ciudad de Vinces, trabajando en sus cogniciones las cuales muestran un pensamiento irracional con respecto a la tolerancia a la frustración, planteándose el propósito de aumentar la tolerancia a la frustración, se logró recabar información sobre la baja tolerancia a la frustración, las características y la intervención bajo el punto de vista de la terapia racional emotiva conductual (TREC).

Las personas con este tipo de problemas estarán siendo beneficiadas ya que este estudio de caso puede ser usado como una guía base para futuras investigaciones profesionales en el área psicológica y en relación al tema investigado, así como de forma directa está siendo beneficiado el paciente denominado como “Oliver” ya que por medio de la investigación e intervención psicológica se mejore la calidad de vida.

Es factible ya que el paciente mostró una gran predisposición para colaborar en el caso, además la terapia racional emotiva-conductual ha demostrado ser eficiente en el tratamiento de la baja tolerancia a la frustración, ya que, al trabajar con las creencias irracionales, se abarca de forma directa con técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.

2.2 OBJETIVO

Identificar la caracterización de la baja tolerancia a la frustración en un paciente del centro de especialidades “San Lorenzo “de Vines.

2.3.SUSTENTOS TEÓRICOS

2.3.1. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

El término “baja tolerancia a la frustración” o BTF es otorgado por Albert Ellis como aporte a la terapia racional emotiva conductual (TREC). Lega, Sorribes, Calvo. (2017) mencionan que la definición de la baja tolerancia es la imposibilidad que posee la persona con respecto a la postergación del placer o no tener capacidad de realizar sus actividades con calma. De modo que se puede decir que la baja tolerancia a la frustración es la falta de capacidad que el ser humano de superar inconvenientes que puedan interferir con la realización o culminación de actividades ya planeadas.

Las personas con baja tolerancia a la frustración por lo general buscan evitar las contrariedades que se puedan presentar, las cuales impida la realización de actividades, pero esto a su vez genera que la baja tolerancia a la frustración permanezca y se reafirme. Lega et al. (2017) refieren que las personas con baja tolerancia se comportan de tal forma que puedan conseguir su objetivo el cual se plantean de forma inmediata, pero esto a su vez causa que en un futuro siga manteniendo estas creencias irracionales. Por ende, se puede entender que de una forma irónica el mantener este tipo de exigencias y evitaciones, lo que estamos logrando es acreditar esta cognición.

El mismo hecho de que se genere en las personas con problemas de tolerancia a la frustración un deseo de quererse tranquilizar, va a generar es un sentimiento grande de no poder aguantar o soportar la situación, que a su vez va a ocasionar que se presente una baja tolerancia a la frustración ya que puede llegar a exigir control ante la situación y por cómo funcionan las exigencias se deben cumplir.

Cuando ocurre la disputa entre lo que se quiere lograr y eventos que no se esperaban, es cuando se produce un cumulo de emociones que luchan por hacer lo posible por seguir el plan trazado. Palacios (2013): “se enfrenta el deseo de un hecho y la imposibilidad de hacerlo este choque emocional es el que causa el estado de frustración” (p.228). Lo que se interpreta como una lucha interna de ideales a cumplir en ese momento y no dejar las cosas para después.

2.3.2. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y PROCRASTINACION

La procrastinación se pueda llamar a la necesidad que tiene la persona de no presentar baja tolerancia a la frustración alargando el tiempo para realizar una actividad. (Angarita, 2012) es el hecho de postergar o prolongar el cumplimiento de un compromiso o actividad pendiente. De forma que la baja tolerancia a la frustración puede manifestar el deseo de prolongar las actividades o tareas para no enfrentarse a la realidad de que puede sentirse incomodo de una forma exagerada al dudar de si poder lograrlas realizar con éxito.

El deseo de desplazar responsabilidades para evitar fallar, queda demostrado que no solo es para niños y adultos en escuela, colegio o trabajo, sino que en muchos más aspectos. Angarita (2012) afirma:

La procrastinación lejos de ser un problema que se circunscribe al ámbito académico, muestra claras y sistemáticas evidencias en ámbitos muy distintos como el laboral, en el cuidado de la salud en la atención de la familia o pareja, en el desarrollo y capacitación profesional e incluso en el uso del tiempo libre (p.86).

Por tanto, se puede mencionar que la BTF y la procrastinación interfieren en realizaciones con mucha relevancia y que de seguir aplazando las mismas, se tendría consecuencias graves.

2.3.3. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y LA HOSTILIDAD

La hostilidad guarda un gran parecido y relación íntima con la ira, de hecho, se puede catalogar como una relación simbiótica en donde una se alimenta de la otra y de forma viceversa. Palmero, F., Díez, J. L., Diago, J. L., Moreno, J., & Guadalupe, L (2008) afirman:

Parece muy difícil de ignorar la conexión existente entre la vida y la utilidad dicha conexión posee connotaciones de retroactividad positiva. De tal suerte que la ira es una variable que incrementa la posibilidad de que aparezca la hostilidad, y la hostilidad incrementa la probabilidad de que se desencadene la ira (p.29).

De esta forma se nos permite hacer una relación íntima entre estas formas de reaccionar y adjuntarla a la BTF ya que esta última puede proveer al individuo de motivos suficientes (según el criterio personal erróneo) para arremeter ante un evento inesperado que interfiera en sus actividades ya planeadas.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente sobre las reacciones que puede desencadenar una actitud hostil originada por una BTF. Palmero et al (2008). Afirman: “La hostilidad se podría definir como una actitud negativa hacia los demás y hacia la misma naturaleza humana, que consiste en su enemistad, denigración y rencor” (p.30). De manera que una vez presentada la baja tolerancia a la frustración, puede hacer que las personas reacciones manifestando palabras que denigren a personas a su alrededor.

Pero en cuanto reacciones se trata, si bien se ha mencionado que el sentirse con frustración ante un evento o estímulo conlleva una respuesta agresiva, esto no es una regla firme ya que puede desencadenar otros tipos de reacciones. “En humanos, al igual que en los otros animales, si bien los resultados tendieron a mostrar que la frustración genera agresión, las medidas dependientes utilizadas pueden dar lugar a interpretaciones ambiguas, en otros casos no desencadena respuestas agresivas” (Mustaca, 2018,p,71). Por ende, no siempre tendremos respuestas de esta índole en personas que no toleren la frustración.

De forma regular las personas suelen crearse juicios de valor con respecto de lo que reciben a cambio de lo que ofrecen. Mustaca, (2018) afirma: “La comparación entre lo esperado y lo recibido puede desencadenar respuestas emocionales, cognitivas y neurobiológicas de distinta índole” (p.66). Lo que representaría que por nuestra interpretación de lo sucedido, se puede desencadenar una serie de respuestas, como de pensamientos o incluso manifestación física.

2.3.4. BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN Y LA DEPRESIÓN

Tomando en cuenta también lo mencionado anteriormente, se debe considerar la baja tolerancia a la frustración como propiciaste a sentimientos de tristeza. Mustaca, (2018) Afirma: “La pérdida de un ser querido, del trabajo o problemas económicos pueden traer como consecuencia alteraciones en el área social, como mayor irritabilidad, depresión, agresividad” (p.66). Esto por crearse ideales que como ya hemos visto con anterioridad al no cumplirse se obtienen las frustraciones.

2.3.5. BAJA TOLERANCIA EN NIÑOS

El ser humano desde que nace es propenso a circunstancias que ponen a prueba la tolerancia a la frustración, pero la etapa donde la baja tolerancia a la frustración aparece. Perlman, S. B., Luna, B., Hein, T. C., & Huppert, T. J. (2014). Nos hablan de lo normal que es vivir o pasar por eventos frustrantes en torno los primeros 8 años de vida, pero no todos los infantes toleran por igual estas circunstancias.

En niños la baja tolerancia a la frustración con regularidad se presenta en forma de agresión, ya sea a los pares iguales, maestros y padres. Martínez, Duque, (2008). Nos mencionan que los impulsos de la agresión constatan que la forma agresiva de actuar es propiciada por el acto de paralización de las actividades y esto se debe a las frustraciones.

Por lo consiguiente, no es relevante para el menor la persona que sea, si se siente con frustración, va a actuar de forma agresiva, en la mayoría de los casos.

2.3.6. CARACTERIZACIÓN DE LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

Con respecto a las características de la baja tolerancia a la frustración, se plantea el hecho de que, si bien existe una serie de características generales, ninguna reacción será completamente igual a otra persona, al menos que se hable de intensidad, pero las circunstancias que lo inicien no son las mismas. Cuenya, Fosacheca, & Mustaca, (2013) explican que es improbable que dos sujetos puedan reaccionar de la misma forma ante un mismo estímulo. De modo que se toman en cuenta las experiencias únicas de cada ser humano y como estas influyen en respuestas a la frustración ante un ente activador leve.

Tabla 1

Clasificación de reacciones más representativas de la BTF según Vega et al. 2017

Explotar fácilmente si las cosas no funcionan como se quiere.
Comer harinas, grasas, beber alcohol en «episodios incontrolables» cuando se está a dieta
Hacer muchas preguntas, pero no prestar atención a las respuestas.
Comprar «compulsivamente»
Cuando se tiene que esperar:
Pasearse de un lado al otro,
Gruñir,
Irritarse.
No perdonar con facilidad lo que se considera «injusto».Pensar en cómo desquitarse.

NOTA: esta tabla fue realizada por el autor de este trabajo investigativo basándose en los autores Lega et al. 2017, quienes realizaron una clasificación de las reacciones más representativas de la BTF.

2.3.7. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA-CONDUCTUAL

Se puede mencionar que el propósito de esta terapia es llevar al paciente a un estado de reflexión y conciencia de sus actos y pensamientos. Ccasa, J. P., Echenique, N. S., & Zarate, P. (2017) mencionan que al instruir al paciente en los resultados que puede tener una persona que no controla sus pensamientos, acciones y sentimientos lo que facilita buscar una nueva forma de ver las situaciones y por ende mejorar nuestros comportamientos y sentimientos. Por ende, esta terapia va muy bien dirigida hacia el mejoramiento de una persona con pensamientos que afecta en su vida cotidiana.

La trec separa cuatro diferentes tipos de pensamientos que el ser humano en su cotidianidad realiza de forma constante. Wessler y Wessler (como se citó en lega et al, 2017) opinaron que estos pensamientos o cogniciones serían las descripciones, interpretaciones, así como las inferencias y evaluaciones. Las cuales se distinguen porque las descripciones son observaciones que se hacen usando lo que se sabe de la situación.

De forma que las interpretaciones se basan en acciones no presentes y más bien especulativas en diferencia a esto, las inferencias se caracterizan por llevar una carga emocional y por ultimo tenemos a las evaluaciones tienen implicaciones y significado más personales, sobre estas es que trabaja la terapia racional emotiva-conductual.

Estas mismas interpretaciones o formas de pensamiento personales muestran consigo una exigencia que debe ser cumplida. Whitfield (2010) “Se puede argumentar que las “creencias” según definición de Ellis son pensamientos que contienen intención” (p.24). Se denota el papel fundamental de las creencias ya que estas determinan si las personas puedan desembocar un problema.

Creencias Racionales e Irracionales

En la terapia racional emotiva-conductual estas creencias son evaluaciones que están respaldadas por resultados comprobados mediante la experiencia. Lega et al (2017) afirman: “es decir, un argumento es racional cuando se basa en la evidencia empírica y no en la fantasía y los buenos propósitos, cuando es lógico y coherente con sus premisas básicas y produce resultados que ayudan a los individuos” (p.86). Lo que significaría que estas creencias sirven al ser humano para alcanzar una verdadera meta y estar en armonía consigo mismo y los demás. Las creencias irracionales son manifestaciones de una percepción del entorno distorsionado y que no están basados en pruebas fehacientes. Lega et al. (2017) afirman: “Irracional significa que aquellos argumentos que no están basados en la realidad son mágicos y supersticiosos, incoherentes e ilógicos, y además no ayudan a alcanzar metas y propósitos” (p.87). Por ende, estas creencias pueden conducir hacia actitudes como depresión.

Modelo ABC

Este modelo ayuda a entender porque una persona puede reaccionar diferente ante un mismo evento, esta direccionado a trabajar en la forma de penar el paciente. Lega et al (2017) afirman: “El modelo ABC no es tan solo un modelo psicopatológico, sino que también es una teoría de la personalidad o un modelo de funcionamiento” (p.130). Por tanto, se aborda al paciente no solo desde el ámbito terapéutico, sino que también se trabaja sobre su discurso y su interpretación, se encarga de analizar el acontecimiento activador, las creencias o pensamientos y las consecuencias.

2.4.TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas efectuadas en el desarrollo del presente estudio de caso mediante la recolección de información fueron; la entrevista semiestructurada para lo cual se utilizó la historia clínica como instrumento, de igual forma se realizó la observación clínica para lo cual el instrumento tomado en cuenta fue la guía de observación, los test psicométricos y

proyectivos como el inventario de depresión de Beck test de la persona bajo la lluvia, también el test de frustración de rosenzweig.

A continuación, se detallarán cada una de las técnicas:

ESTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Se utiliza esta técnica para la recolección de información ya que permite una dirección no rígida, en donde el entrevistador puede seguir un modelo ya determinado, pero si cree necesario puede indagar sobre una problemática en particular y se lo realiza en forma de dialogo e intenta crear un ambiente de comodidad en el paciente, para poder así acceder a las interpretaciones propias del mismo. Se manejó para esta técnica el instrumento de la historia clínica (ver en anexo) que para la psicología es uno de las principales herramientas, permitiendo así reunir todos los datos posibles del paciente de manera cronológica y tomando en cuenta los aspectos únicos de cada paciente y sus síntomas para brindar así un diagnóstico de manera más efectiva y por ende un mejor seguimiento.

OBSERVACIÓN DIRECTA

Este método ayuda a la recolección de datos de manera más específica, con el objetivo de recabar información con respecto a lo que se quiera investigar, para este método se utilizó una guía de observación (ver en anexo) de esta forma se puede analizar y describir los comportamientos que realiza el investigado y el observador puede explicar y seguir de manera más específica un comportamiento además de registrarlo y usarlo como evidencia visual.

TEST PSICOMÉTRICOS

Se recurrió a la utilización de pruebas psicológicas para medir, conocer o interpretar los resultados de manera eficiente y así tener evidencias para el diagnóstico de presunción, se usaron los siguientes test para el caso actual.

Inventario de depresión de Beck

Este inventario (ver en anexo) fue creado por ARON T. BECK en el año de 1998 y el objetivo es medir los tipos e intensidad de la depresión en una persona tomando en cuenta las últimas 2 semanas, esta prueba es una de las más usadas para la detección de esta patología y está estructurado por 21 ítems con diversas categorías de puntuación que se encargan de medir los síntomas psíquico y físicos.

TEST PROYECTIVOS

Son evaluaciones que se encargan de medir aspectos de la personalidad del individuo, así como emociones y conflictos internos, se representan en general por medio de dibujos u otras expresiones artísticas.

Test de la persona bajo la lluvia

Esta prueba (ver en anexo) es de índole proyectiva ya que resalta las cualidades de una persona y su reacción ante una circunstancia estresante como es la lluvia, de esta manera se puede ver evidenciar los rasgos que posee la persona para afrontar dichos eventos, se lleva a cabo brindándole una hoja de tamaño A4 en blanco al paciente, un lápiz y un borrador así como el utensilio para sacar punta al lápiz, se procede a explicar al paciente que necesitamos que diseñe una persona bajo la lluvia, los trazos que se toman en cuenta son las dimensiones así como el porcentaje que ocupa el dibujo en comparación de la hoja, la líneas que conforman a el dibujo y la fuerza con que presiona el lápiz al papel, el tiempo y la secuencia con que dibuja los componentes, movimiento del dibujo y sombreados.

Test de frustración de Rosenzweig

Este instrumento (ver en anexo) es de carácter proyectivo y se utiliza para medir las respuestas de los individuos ante circunstancias frustrantes, está constituido por 24 imágenes donde sitúa al paciente en distintos eventos donde la frustración podría jugar un papel protagónico y los aspectos a tomar en cuenta para la puntuación son las respuestas extraagresivas, intraagresivas, imgresivas, dominio del obstáculo, defensa del ego y persistencia a la necesidad.

2.5.RESULTADOS OBTENIDOS

El presente estudio de caso se llevó a cabo a un joven de 24 años de edad, soltero, en la actualidad cursando una carrera universitaria, oriundo del cantón Vinces, provincia de los Ríos y que asiste a consulta por iniciativa propia, para protección de identidad y con el permiso correspondiente del paciente, se lo denominará como “Oliver”, se realizó un número de 6 sesiones que pasaran a ser detalladas a continuación:

Sesión 1

En esta primera sesión que se realizó el día viernes 3 de julio del 2020, alrededor de las 10 de la mañana, la consulta tuvo una duración de aproximadamente 45 minutos en donde se aplicó la entrevista semiestructurada usando la historia clínica como instrumento de recolección de datos, obteniendo información clave de índole personal y familiar y pensamientos como *“cuando no me sales las cosas como quiero siento mucho odio y me desquito con cualquier persona que pase”*. Desde el principio de la sesión también se realizó la observación clínica como otra herramienta para obtención de información.

Sesión 2

Se realizó el día jueves 9 de julio del 2020, y tuvo como duración alrededor de 45 minutos, con respecto a la información expuesta en la primera sesión, se procedió a explicar a “Oliver” el método terapéutico a seguir el cual sería la Terapia Racional Emotiva-Conductual, se procedió a explicar también el modelo A, B, C y una vez

entendido, se procedió a buscar los eventos activadores, creencias o pensamientos y las consecuencias que el paciente estaba presentando, al momento de definir las ABC del paciente, se descubrió una meta perturbación y el paciente decidió trabajar en ella ya que ésta interfería en el proceso, y se fijó como un objetivo terapéutico, durante toda la sesión se realizó anotaciones por medio de la observación.

Sesión 3

Tuvo lugar el día jueves 16 de julio del 2020, con una duración aproximada de 45 minutos, se procedió en primera instancia a una retroalimentación de la sesión anterior, acto siguiente se empleó las baterías psicológicas para obtención y corroboración del diagnóstico presuntivo, se hicieron pruebas psicológicas de: test de la persona bajo la lluvia, inventario de depresión de Beck y test de frustración de rosenzweig, cada una de estas pruebas se escogieron con la finalidad de establecer un diagnóstico para el paciente.

Sesión 4

Se dio lugar el día miércoles 22 de julio del 2020, la sesión se dio por un tiempo determinado de 45 minutos, una vez obtenido los resultados de las baterías psicométricas, se empezó con una retroalimentación de la sesión anterior, de forma posterior a eso se procedió a crear un inventario basándose en las interpretaciones del paciente con respecto a las cosas terribles contra las cosas normales que pueden pasar en la semana para luego realizar un ejercicio de evaluación con puntaje del uno al cien de cosas malas y compararla con cosas realmente malas.

Sesión 5

Empezando aproximadamente a las 10 de la mañana del día viernes 10 de agosto del 2020, se prosiguió con la cita ya establecida haciendo análisis de la sesión anterior, seguido a esto se le explico al paciente que se iba a trabajar en una técnica para regular las emociones, se pidió al paciente que mediante la imaginación se coloque en una situación

que le causara frustración, y cuando sienta emociones fuertes, las cambiara por unas que sean más fácil de sobrellevar.

Sesión 6

Se inició esta sesión el día miércoles 29 de julio del 2020, estimando el tiempo de 45 minutos, posterior a eso se hizo una retroalimentación de la sesión pasada, se prosiguió a preparar al paciente para realizar una técnica de ensayo de conducta, además se encomendó labor para casa, sobre buscar y quedarse en situaciones estresantes y aumentar de forma gradual el tiempo de exposición para así aumentar la tolerancia.

2.6.SITUACIONES DETECTADAS

Los resultados obtenidos de la realización de las baterías psicométricas y proyectivas efectuadas en el presente estudio de caso arrojaron datos que concuerdan con características que presenta una persona con baja tolerancia a la frustración:

Test de la persona bajo la lluvia:

De acuerdo a los trazos, secuencias, dimensiones y otros aspectos presentados en el dibujo del paciente, estamos ante una persona que puede presentar leves impulsos de agresividad, no tiene manejo con respecto a la resolución de conflicto, muestra una auto insatisfacción causada por exigencias hacia sí mismo, así como una baja tolerancia a las frustraciones, es muy susceptible ante las situaciones estresantes y con auto exigencias con signos de evasión.

Test de frustración de rosenzweig:

El resultado obtenido con esta prueba psicológica fueron las de una persona con hostilidad, reproche hacia otras personas y hacia su propia persona, con regularidad espera

que otras personas intervengan en sus problemas, además es una persona con una baja tolerancia a la frustración.

Inventario de depresión de Beck

De acuerdo a las respuestas otorgadas por el paciente se evidencio un total de 4 puntos, demostrando una ausente o mínima depresión, lo cual nos permite descartar estos tipos de trastornos en el paciente.

Área somática

El paciente menciona que cuando se expone a situaciones inesperadas, comienza a sudar de forma excesiva al igual que su ritmo cardiaco se ve acelerado.

Área afectiva

El paciente comento que se ha llegado a sentir con tristeza, desanimo e ira cuando no obtiene el resultado que pensaba.

Área cognitiva

El paciente tiene la idea de no ser capaz de controlar su ira, pensamiento irracional (baja tolerancia a la frustración).

Área conductual

El paciente cuando piensa que puede presentarse un episodio frustrante, lo evita y de esta manera se aísla en ocasiones.

2.7.SOLUCIONES PLANTEADAS

Tomando en consideración los datos arrojados por diferentes técnicas de recolección de datos y pruebas psicológicas, es fundamental ejecutar un plan psicoterapéutico de acuerdo a los lineamientos de la terapia racional emotiva-conductual, con el fin de proporcionarle al paciente un mejor estilo de vida y modificar las estructuras de pensamientos que le generan malestar. El procedimiento a seguir será trabajar en las tres áreas que son, el área cognitiva, el área conductual y el área emocional, las cuales cuentan con las siguientes técnicas:

HALLAZGOS	ÁREA	META PSICOTERAPEUTICA	TECNICAS	N.º SESIONES	RESULTADOS ESPERADOS
El hallazgo encontrado en esta área fue que el paciente mantiene la idea de no ser capaz de controlar su ira	Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> La meta terapéutica para esta área se enfocó en identificar y logra una reflexión (insight intelectual) del paciente con respecto a las creencias irracionales. 	<p>Crear de acuerdo al pensamiento del paciente una escala de cosas terribles que pudieran pasar en torno a una semana. objetivo se basa en identificar las situaciones que el paciente cree que son incapaces de tolerar.</p> <p>Crear una comparación entre las cosas terribles ya establecidas con anterioridad y ponerlas a prueba contra cosas realmente malas, realizó con el objetivo de que el paciente reflexione (insight intelectual).</p>	1	Se pudo utilizar de forma efectiva las mismas creencias irracionales del paciente obtenido como resultado la reflexión y aceptación que existen escenarios más desalentadores..

<p>El descubrimiento realizado en esta área fue que el paciente comento que se ha llegado a sentir con tristeza, desanimo e ira</p>	<p>Área emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> La meta tomada en consideración fue la de obtener una reflexión con respecto a las emociones que puedan causar un evento frustrante. 	<p>Imaginación racional-emotiva, ya que tiene por objetivo exponer de forma segura y controlada al paciente mediante el uso de la imaginación a situaciones que evocan sentimientos intensos y a partir de esto pedir al paciente que intente cambiar esos sentimientos por unos más racionales.</p>	<p>1</p>	<p>El resultado obtenido de esta técnica fue que el paciente aminoró la carga emocional experimentada, ya que se dio cuenta que una vez pensando que los eventos son difíciles, pero no imposibles, dio paso a que reflexionara de manera emocional.</p>
<p>El hallazgo que se evidencio en esta área fue que el paciente cuando piensa que puede presentarse un episodio frustrante, lo evita y de esta manera en ocasiones se termina aislando</p>	<p>Área conductual</p>	<p>Analizar alternativas más racionales de cómo reaccionar ante eventos que el paciente cree difíciles de superar, para así aumentar la tolerancia a la frustración.</p>	<p>Ensayo de conducta. Se encomendó la realización de ejercicios en casa que consiste en exponerse por voluntad propia a eventos frustrantes por el máximo tiempo que se pueda y de esta forma ir aumentando la tolerancia a la frustración.</p>	<p>1</p>	<p>El resultado obtenido en la sesión fue que el paciente pudo crear conductas racionales de afrontamiento ante eventos frustrantes gracias al ensayo de conducta y se busca el reforzamiento de esta conducta mediante la terea enviada a casa.</p>

3. CONCLUSIÓN

El presente estudio de caso concluye que en la parte teórica la problemática de la baja tolerancia a la frustración puede presentar desde la niñez y en la adultez puede ser el desencadenante de respuestas agresivas y también puede ser el desencadenante de muchas creencias irracionales que puedan limitar al disfrute pleno de las personas en general.

Las características de la baja tolerancia a la frustración encontradas en la investigación coinciden con las presentadas por el paciente en consulta, esto se pudo conocer gracias a las técnicas de recolección de datos como la historia clínica siendo usada en una entrevista semiestructurada, además de los test que sirvieron para corroborar el diagnóstico presuntivo y descartar otros trastornos.

Se pudo identificar en el paciente reacciones de baja tolerancia a la frustración y hostilidad, que ya previamente se había tratado en la parte investigativa, de la misma manera se ubicó procrastinación en el paciente, puesto que aplazaba sus actividades y se quedaba en su cuarto sin salir. Se concluyó que aunque si hay relación de la BTF con la depresión, el paciente no presentó dicho trastorno, esto se verificó con el inventario de depresión de Beck, el cual no cumplió con el criterio de diagnóstico.

Se corrobora también la existencia de creencias irracionales del paciente durante el trascurso de la sesión ya que el paciente creía que era imposible lograr calmarse durante un evento frustrante y también pensaba que la sensación de frustración en si era exageradamente grande, para identificar estas creencias era necesario el modelo ABC de la terapia racional emotiva-conductual, ya que su estructura si bien se encarga de encontrar un evento activador que genera una emoción para crear una consecuencia, la filosofía de la misma se sustenta en que son los pensamiento e interpretaciones de las personas lo que genera una consecuencia.

Tomando en consideración lo antes mencionado, hay que destacar las técnicas para modificar las conductas, emociones y pensamientos, ya que para este caso formaron parte fundamental para lograr estabilizar al paciente. Con respecto a la línea de investigación de asesoramiento psicológico con la sublínea asesoría y orientación educativa, personal, sociofamiliar vocacional y profesional, se cumplió ya que en segmentos de la terapia el paciente tomaba el protagonismo y el terapeuta actuaba como un guía, además se procedió a enviar tareas para el hogar, además de explicar la terapia y el modelo terapéutico.

Se recomienda que el paciente continúe efectuando el ejercicio enviado a casa para incrementar la tolerancia a la frustración, aumentando el tiempo de exposición de forma gradual, se recomienda también la concurrencia de practicantes en el Centro de Especialidades “San Lorenzo” de Vinces, para proporcionar ayuda a esa comunidad y mejorar así el estilo de vida de los habitantes.

Bibliografía

- Angarita, L. (2012). Aproximación a un concepto actualizado de la procrastinación. *Revista Iberoamericana de psicología*, 5(2), 85-94. Recuperado de <https://revistas.iberu.edu.co/index.php/ripsicologia/article/download/249/217>
- Ccasa, J. P. (2017). Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT). *Revista de Investigación Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología*, 1(1), 1-15. Recuperado de https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/download/934/pdf_REBT
- Cuenya, L., Fosachea, S., & Mustaca, A. E. (2013). Diferencias individuales en las respuestas de frustración. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(3), 3-14. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/21305/CONICET_Digital_Nro.24617.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Francesc Palmero, J. L. (2008). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicología*, 14(1), 23-50. Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/download/36/19%3A%3Apdf>
- José Martínez, A. F. (2008). El comportamiento agresivo y algunas características a modificar en los niños y niñas . *Investigaciones Andina*, 10(16), 92-105. Recuperado de https://digtk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/224/El_comportamiento_agresivo_y_algunas_caracteristicas_a_modificar....pdf?sequence=2
- Leonor Lega, F. S. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. Barcelona, España.: Paidós: psicología, psiquiatría, Psicoterapia.
- Mustaca, A. E. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 61-85. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6231480.pdf>
- Palacios, F. (2013). *Depresión del siglo XXI*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=6Fp434nsP1gC&oi=fnd&pg=PA4&dq=Depresion+del+siglo+XXI&ots=PbXKu1huk1&sig=x2h01z9tNuwvmyOc78dr3Xdns#v=onepage&q=Depresion%20del%20siglo%20XXI&f=false>
- Susan Perlman, B. L. (2014). fNIRS evidence of professional regulation of frustration in early childhood. *NeuroImagen*, 85(1), 3-7. Recuperado de <https://booksc.xyz/book/22125412/d6f8bb>

Whitfield, H. J. (2010). Hacia las aplicaciones caso-específicas de las terapias cognitivo-conductuales basadas en mindfulness: Una terapia racional emotiva conductual basada en el mindfulness. . *RET: Revista de toxicomanías*(60), 16-26. Recuperado de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret60_2.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre:

Sexo:

Instrucción:

Tiempo de observación:

Fecha:

Tipo de observación:

Nombre del observador:

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).

COMENTARIO

ANEXO 3

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste**
- Me siento triste.**
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.**
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.**

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.**
- Me siento desanimado respecto al futuro.**
- Siento que no tengo que esperar nada.**
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán**

3) .

- No me siento fracasado.**
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.**
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.**
- Me siento una persona totalmente fracasada**

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.**
- No disfruto de las cosas tanto como antes.**
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.**
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.**

5) .

- No me siento especialmente culpable.**
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.**
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.**
- Me siento culpable constantemente.**

6) .

- No creo que esté siendo castigado.**
- Me siento como si fuese a ser castigado.**
- Espero ser castigado.**
- Siento que estoy siendo castigado.**

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.**
- Estoy decepcionado de mí mismo.**
- Me da vergüenza de mí mismo.**
- Me detesto.**

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.**
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.**
- Continuamente me culpo por mis faltas.**
- Me culpo por todo lo malo que sucede.**

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.**
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.**
- Desearía suicidarme.**
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.**

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.**
- Ahora lloro más que antes.**
- Lloro continuamente.**
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.**

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.**
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.**
- Me siento irritado continuamente.**
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.**

12).

- No he perdido el interés por los demás.**
- Estoy menos interesado en los demás que antes.**
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.**
- He perdido todo el interés por los demás.**

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.**
- Evito tomar decisiones más que antes.**
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.**
- Ya me es imposible tomar decisiones.**

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.**
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.**
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.**
- Creo que tengo un aspecto horrible.**

15).

- Trabajo igual que antes.**
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.**
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.**
- No puedo hacer nada en absoluto.**

16).

- Duermo tan bien como siempre.**
- No duermo tan bien como antes.**
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.**
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.**

17).

- No me siento más cansado de lo normal.**
- Me canso más fácilmente que antes.**
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.**
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.**

18).

- Mi apetito no ha disminuido.**
- No tengo tan buen apetito como antes.**
- Ahora tengo mucho menos apetito.**
- He perdido completamente el apetito.**

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.**
- He perdido más de 2 kilos y medio.**
- He perdido más de 4 kilos.**
- He perdido más de 7 kilos.**
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.**

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación

Nivel de depresión*

1-10----- Estos altibajos son considerados normales.

11-16-----Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20-----Estados de depresión intermitentes.

21-30-----Depresión moderada.

31-40-----Depresión grave.

+ 40-----Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO 4

TEST DE FRUSTRACIÓN DE ROSENZWEIG

HOJA DE CALIFICACION

TIEMPO _____

NOMBRE _____ **FECHA** _____

1 _____

13 _____

2 _____

14 _____

3 _____

15 _____

4 _____

16 _____

5 _____

17 _____

6 _____

18 _____

7 _____

19 _____

8 _____

20 _____

9 _____

21 _____

10 _____

22 _____

11 _____

23 _____

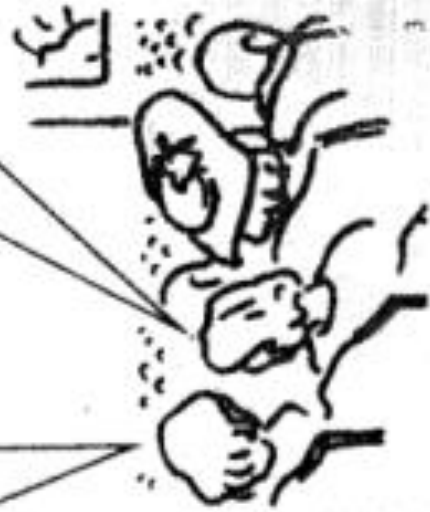
12 _____

24 _____

Es la tercera vez que traigo a arreglar el reloj desde que se lo compré, hace una semana. Cuando llegó a mi casa se para nuevamente.



Tú no puedes ver nada.



Siento mucho haberlo maltratado, hemos hecho todo lo posible para evitarlo.



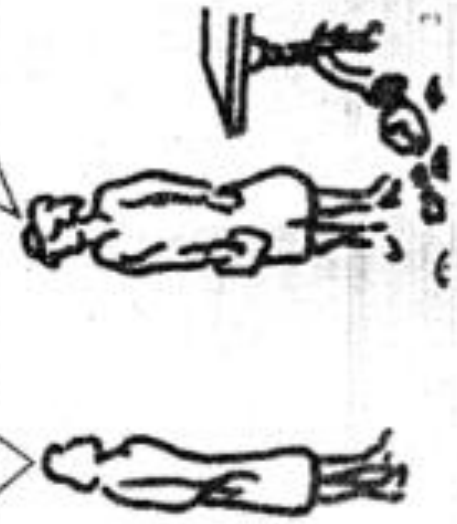
El reglamento de la biblioteca no la autoriza a llevar más que dos libros por vez.



Es una lastima que mi carro se haya descompuesto y que por eso hayas perdido el tren.



Es lamentable, el jarrón que acaba de romper era el que mi madre prefería.



Perdóname, la telefonista me ha dado un número equivocado.



11

Aunque usted necesite su paraguas, debe esperar hasta la tarde, que es cuando llega el patrón.



9

¿No será que usted tiene gustos demasiado difíciles?



7

Si este no es su sombrero, entonces el señor Juan Pérez se lo ha llevado.



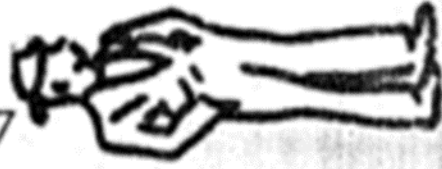
12

¡Usted está manteniendo y lo sabe muy bien!



10

Tu amiga me invitó a una fiesta esta noche. Me ha dicho que tú no irás.



8

¡Justamente ahora
vienes a perder
las Elves!



17

Es una lástima
compañero. Usted ha
jugado tan bien que
habríamos ganado si
yo no hubiera
cometido este tonto
error.



15

No puedo atenderlo,
así que ayer hayamos
quedado que lo
atendería por la mañana.



13

Lo siento mucho,
acabamos de vender el
último.



18

Usted no tenía
derecho a doblar
antes que yo.



16

Ya hace diez minutos que
ella debería haber llegado.



14

Es mi tía. Quiere que la esperemos, que vendrá a despedirnos y a deseárnos un feliz viaje.



23

Aquella mujer de quien hablabas tan mal, ayer ha sufrido un accidente y está en un hospital.



21

¿Está usted loco?
¡Manejar a 90 kilómetros por hora frente a una escuela!



19

Aquí tiene el diario que me prestó. Siento mucho que mi hijo lo haya roto.



24

¿Te has lastimado?



22

Me pregunto por qué no nos habrá invitado.



20

ANEXO 5

PROTOCOLO DE INTERPRETACIÓN PERSONA BAJO LA LLUVIA

Indicador	P	Interpretación
A) Análisis de recursos expresivos.		
<i>A1) Dimensiones</i>		
1) Dibujo pequeño		Timidez, aplastam, desvaloriz, inseg, retraim, sent de inadec, depend. Tb. sencillez, introversión, humildad, ahorro, avaricia
2) Dibujo grande		Nec. de mostrarse, ser reconocido, autoexpansivo, agresividad, teatralidad. Dibujo poco flexible: falta de adaptación.
3) Dibujo muy grande (a veces 2 hojas)		Controles internos deficientes; autoreaseguramiento, ilusiones paran de grandiosidad q encubren sent de inadec; megalom.
4) Dibujo mediano		Persona bien ubicada en el espacio
<i>A2) Emplazamiento</i>		
1) Margen derecho		Futuro, lo cciente; padre, autoridad; extrav, social; actividad, empuje, optimismo. Confianza en futuro; vehemente, pasional
2) Margen izquierdo		Pasado, lo Icc y PreCc; materno, primario; introv; pesimismo, debilidad, depresión. Lo q queda sin resolver, lo traumático
3) Margen superior		(Tercio superior) Ps eufórica, alegre, noble, espiritual, idealista.
3.1) Fig tocando el margen o incomplet		Defensas pobres, comport maníacos, rasgos psicóticos; reduc de ideales, del razonam; pobreza de ideas, estrech de criterio.
4) Margen inferior		(Tercio inferior) Ps apegada a lo concreto, tendencia instintiva, falta de imaginación.
4.1) Fig tocando el margen o incomplet		Pérdida de contacto con la realidad, hundimiento; debido a depresión, enf. Física, dependencias, adicciones.
5) Centro de la hoja		Criterio ajustado a la realidad; eq entre introv y extrov; equil, objetiv, control sí mismo, reflex; buena rep esquema corporal
<i>A3) Trazos</i>		
1) Línea armónica, entera, firme		Persona sana

2) Línea entrecortada	Ansiedad, inseguridad; a veces problemas respiratorios, fatiga, estrés; necesidad de detenerse a analizar lo hecho; desintegración, posible derrumbe.
3) Línea redondeada o curva	Rasgos femeninos; sentido estético; dependencia; espíritu maternal, femineidad; conciliador; diplomático; afectivo, sensible
4) Líneas tirantes	Tensión
5) Líneas fragmentadas o esbozadas	Ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo; a veces enfermedad orgánica
6) Líneas desconectadas	Tendencias psicóticas, dispersión del pensamiento
7) Línea recta	Fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, capacidad de análisis
8) Línea recta con ondulaciones	Tensión, ansiedad
9) Línea recta con temblor	Cuadro orgánico; personas de mucha edad; personas con mucha angustia, adictos. Temblor siempre signo de decadencia de funciones.
10) Línea recta definida pero tosca.	Tendencia agresiva
11) Línea con ángulos, ganchos o picos	Agresividad, impaciencia, vitalidad, independencia; dureza, tenacidad, obstinación
12) Línea con ángulos muy agudos	Excesiva reacción emocional, hiperemotivo
13) Líneas sin control o que escapan del entorno del dibujo (zig-zag)	Imposibilidad de controlar impulsos; descontrolado; agresividad violenta; rasgos psicopáticos
14) Líneas pegadas al papel (sin levantar el lápiz) y formando puntas	Rasgo epileptoide
15) Líneas circulares con adornos	Narcisismo
16) Líneas curvas que se rectangularizan	No se permiten las emociones, bloqueo afectivo, supresión de afectos
<i>A4) Presión</i>	
1) Presión normal	Equilibrado, adaptado, elaborador, constante; armonioso
2) Presión débil	

2.1) Ejecutado con velocidad y simplificación	Rapidez mental, originalidad, agilidad, intuición, hipersensib, creativo, vehemente. En adolescentes puede ser característico
2.2) Ejecutado con lentitud	Ansiedad, timidez, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos
3) Presión fuerte	Si esta se observa en algunas áreas, debe ser interpretado según el área y su significado
3.1) Línea pesada y pigmentada (dejando marca en el reverso)	Fuerza física, energía vital, seg, extrov, agresiv, inconstancia, franqueza, excitab; <u>Individuos evoluc:</u> Ps tipo líder, creadores de ideales; artistas, escultores. <u>Individuos poco evoluc:</u> agresiv, falta de respeto. A veces rasgos psicopáticos y epilépticos.
3.2) Línea pesada y empastada (s/ marca)	Lentos, q disfrutan la vida, sensuales, rutinarios, poca iniciativa, poco creativos, estáticos
4) Presión muy fuerte	Agresividad
<i>A5) Tiempo</i>	
1) Dificultad para comenzar el dibujo	Dific. para enfrentar tarea nueva; para tomar decisiones
2) Dificultad para concluir el dibujo	Dific. para separarse del otro; carácter epileptoide
3) Momentos de quietud	Lagunas; bloqueos
4) Velocidad normal	Espontaneidad y continuidad
5) Ejecución lenta y continua	Pobreza intelectual; falta de imaginación
6) Ejecución rápida	Agilidad, excitabilidad
7) Ejecución precipitada	Atropello, hipensensib; nec de liberarse rápidamente de los problemas
<i>A6) Secuencia</i>	
1) Comenzar por los pies	Perturbación del pensamiento
2) Comenzar por el paraguas	Excesiva defensa y control
<i>A7) Movimiento</i>	
1) Rigidez	Sujeto encerrado y protegido del mundo; despersonalizado; se siente amenazado por el entorno; no adaptado. Es más frecuente en adolescentes por temor a

	desorganizarse o a insertarse en el mundo de los adultos
2) Mucha actividad en el dibujo	Exceso de fantasía, actitud maníaca
3) En posición de caminar (izquierda y derecha)	Se interpreta según hacia donde se dirige
4) Realizando una acción concreta (deporte u otra)	Energético; actitud eufórica
5) Exhibiéndose	Narcisismo
A8) <i>Sombreados</i>	Ansiedad por el cuerpo según la zona que señalen: . Suele corresponder al mec de “anulación”
B) Análisis de contenido	
<i>B1) Orientación de la persona</i>	
1) Hacia la derecha (margen derecho)	Comport. Positivo; avance hacia el futuro; nec. de crecer; buena rel. Con padre y/o autoridad.
2) Hacia la izquierda (margen izquierdo)	Direcc hacia el pasado; conflic s/resolver; pasado que aun pesa y frena evoluc; conflic con madre; nec de búsqueda interior
3) Hacia el frente	Dispuesto a enfrentar el mundo; comportamiento presente
4) Con orientación dubitativa	Ambival; tend. obs o paran; falta de decis; incoord. Ojo: donde mira cabeza (mente), cuerpo (emoción) y piernas (acción)
5) De perfil	Persona que no va de frente, nec. de refugio, evasión

6) De espaldas	Deseo de no ser controlado socialmente, de pasar inadvertido, afectos e intenciones ocultas; opositoristas, introvertidos; pre-psicóticos, depresivos, rasgos de psicopatía; prob en la id psicosexual; deseo de ser otro; ocultamiento
7) Dibujos muy a la izquierda y arriba.	Acción bloqueada; Ps esquizoide; dependencia e idealismo
8) Dibujos muy a la derecha y abajo	Decepción, resignación, depresión; freno al crecimiento espiritual; hundimiento
9) Persona vista desde arriba	Toma distancia del entorno; postura de investigador; sent. comp. De superioridad; no se involucra pero juzga; actitud opos.

10) Persona vista desde lejos	Sent de ser rechazado y desvalorizado; sent. de inf; inaccesible; no puede hacer frente; no se involucra, no opina
11) Persona inclinada	Falta de equilibrio, inestabilidad; persona que se está trastornando
12) Persona inconclusa	Desgano, indecisión, abulia, depresión
<i>B2) Posturas</i>	
1) Sentado	Amante de tranquilidad, buen negociador, diplomático, q no se juega, falta de pasión, abatimiento; puede estar rep enf física: no puede mantenerse en pie. Mec de def de represión y regresión
2) Acostado	Escasa vitalidad, desesperanza; si es una persona con impedimentos físicos significa que acepta la limitación
3) Arrodillado	Sumisión, debilidad, esclavitud; sent. de inf; masoquismo, resignación
<i>B3) Borrados en el dibujo</i>	Excesiv: incert, autoinsatisfac, indec, ans, descont, agresiv, conflic. Alcohol, drogad y regresivos: no borran sino corrigen.
<i>B4) Repaso líneas, tachaduras, incompl</i>	Alto monto de ansiedad; dific de planificar la tarea; baja tolerancia a la frustración
<i>B5) Detalles accesorios y su ubicación</i>	Escasez: sensación de vacío, depresión. Excesivos: maníacos y obs-comp. Minuciosos: controladores y obsesivos. Demasiado perfectos: temor a desorganizarse. Interpretación: analizar la naturaleza del agregado.
1) Hombres con revolver, cañas de pescar, punteros o mujeres con canastos, monederos, bolsas, carteras.	Símbolos de fuerza, seguridad y prestigio
2) Figuras con objetos del sexo contrario	Conflicto en su identidad sexual
3) Anteojos	En persona que no los usa habitualmente: ocultamiento, curiosidad sexual, voyeurismo
4) Bastón, pipa	Fantasías sexuales
5) Objetos por debajo de la persona	Contenido Icc; sujeto dependiente de presiones instintivas, a veces homosexualidad
6) Objetos a la derecha de	Obstáculos que la persona se pone para avanzar en la vida; temer o no querer

la persona	asumir responsabilidades
7) Objetos a la izquierda de la persona	Hechos o acontecimientos que quedaron sin resolver
8) Objetos por sobre la persona	Interpret asoc a la calidad de los objetos: presiones, restriccion, ideales, fantasías, nec de protección, autoridad, actas fóbicas
9) Dibujo de varias personas	Muestra de que se necesita apoyo de otros para seguir adelante
10) Persona encerrada entre líneas	Nec. de ser contenido por el 1/2; poca capacidad para crecer; bloqueado; rasgos obs (a veces); poca capacidad para ocupar espacios
11) Nubes	Presión, amenaza; a veces rep figuras parentales; a veces tend. Autoagresivas o dolencias psicósomáticas (nubes infladas)
12) Lluvia	Representa la hostilidad del medio
13) Lluvia torrencial	Mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay def que alcance
14) Lluvia escasa	Se siente con posibilidad de defenderse frente a presiones
14.1) Últimas gotas (y paraguas cerrado)	Se está en las últimas preocupaciones
15) Gotas como lágrimas	Angustia
16) Sin lluvia	Oposicionismo, persona manipuladora; tend a negar las presiones y los conflictos
17) Lluvia en un solo lugar	Se debe analizar el lugar
18) Rayos	Presión que sacude al sujeto
19) Charco	Sufrimiento fetal y traumas de la madre embarazada; abarca tb nacimiento y primeros años de vida (accidentes, cesárea, etc.)
20) Charco de agua	Sufrimiento fetal
21) Objetos inanimados y adornos	Obstáculos. Analizarse la ubicación de ellos
22) Animales	Dependencia, nec. de protección, sent de soledad
23) Árboles, plantas, flores	Generalmente funcionan como obstáculos

24) El sol y/o la luna	Rep la autoridad adulta, controladora; fijación de límites
<i>B6) Vestimenta</i>	
1) Bolsillos	Varones: dep. materna, conflicto homosexual. Mujeres: posible comp. Histérico; conflicto interior, sexual, sent. de culpa
2) Botones	Inmadurez, dep, carácter obs, preocup x lo social, preocup. Somática. Un solo botón: apego al vínculo materno
3) Botas	Sobrecomprensión; reafirmación en la decisión
4) Transparencias	Ang frente al cuerpo; a veces daño neurol, lesión cerebral, intox, organic; preoc x esa parte; poco criterio; cta actuadora
5) Detalles de la ropa sin terminar	Sent de inadecuación
6) Corbata	Signo sexual; debilidad
7) Zapatos	Muy marcados: conflicto sexual. Con cordones: impulsos sexuales. Frecuente en adolescentes
8) Zapatos en punta o con tacos	Agresión
<i>B7) Paraguas como defensa</i>	
1) Paraguas cubriendo media cabeza	Retraimiento, escape, ocultamiento, recorte de la percepción
2) Ausencia de paraguas	Falta de defensas
2.1) Idem pero con fig hombros anchos	Persona que se defiende con su cuerpo; que apechuga, que se expone y corre riesgos
3) Paraguas hacia la derecha	Se defiende del ambiente; temor a lo social; desconfianza en las personas
4) Paraguas hacia la izquierda	Se defiende de deseos edípicos y pulsiones infantiles
5) Paraguas cubriendo adecuad persona	Defensas sanas, sent de adecuación, conf en sí mismo, seguridad; cap de afrontar sin exponerse; cap de prever
6) Paraguas grande respecto a persona	Excesiva protección y defensa; recortamiento del medio y dist. Con el entorno; poco criterio

7) Paraguas chico respecto a la persona	Defensas lábiles; persona casi expuesta a presiones del ½
8) Paraguas cerrado	Resignación; bajar la guardia; dejar q otro lo defienda; s/fuerzas para luchar; a veces indica q se están terminando los prob
9) Paraguas cerrado y en el piso	Siente q cuenta c/pocas energías para defenderse; en ocasiones implica enf. Terminal
10) Paraguas volando	Defensa lábil; yo muy débil; preocupaciones
11) Paraguas y nubes fusionados	Contaminación; índice de esquizofrenia; ideas confusas
12) Paraguas con agujeros	Fabulación; psicopatía; enf. Orgánica
13) Paraguas con dibujos	A veces enf. Orgánicas
14) Paraguas como sombrero	Confusión de ideas
15) Paraguas tipo lanza	Recurre a la agresión como defensa
16) Paraguas en q se remarcan varillas	Fabulación, crea historia falsas; se miente
17) Mango de paraguas remarcado	Falta de plasticidad; nec. de aferrarse a algo aunque sin saber si le sirve la defensa
18) Mango de paraguas débil	Defensas pobre, poca fortaleza para sostenerse
<i>B8) Reemplazo paraguas x otros elem.</i>	
1) Aleros y techos	No emplea defensas adecuadas; actitud dependiente; busca q otros resuelvan sus problemas

2) Detrás de una ventana	Falta de compromiso con el medio; pasividad; alejamiento
3) Dentro de una caverna o montaña	Dependencia materna
4) Utilización de papel como paraguas	Defensa pobre, que se desarma a poco de utilizarla; poco sentido práctico para defenderse
5) Utilización de mano	Actitud de omnipotencia. Frecuente en adolescentes

como paraguas	
<i>B9) Partes del cuerpo</i>	
1) Cabeza	Debe ser la primera en ser dibujada. El yo; poder intelect, social, dominio. Pies y piernas 1ero: desaliento, depresión
2) Dibujo de la cabeza solamente	Disociación cuerpo-mente. Se defiende con el pensamiento
3) Cabeza grande, desprop resp cuerpo	Deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dific. para el aprendizaje; perseveración de ideas
4) Cabeza tronchada	Limitación de la capacidad de simbolizar
5) Cara	Sin rasgos: desconocimiento de sí mismo, prob de identidad
6) Ojos (sin pupila)	Inmadurez emocional, egocentrismo; negación de sí mismo o del mundo; dep materna; vaciedad
7) Ojos muy marcados	Rasgos paranoides
8) Ojos bizcos	Rebeldía, hostilidad hacia los demás
9) Ojos cerrados	Patología menor q el anterior; narcisismo
10) Ojos como puntos	Retraimiento; inseguridad
11) Ojos con pestañas	Hombres: afeminamiento. Mujeres: seducción
12) Ojos en V	Agresión
13) Boca (Una línea recta única)	Tendencia verbal sádico-agresiva
14) Boca (Una línea cóncava única)	Pasivo, complaciente
15) Boca (Una línea convexa única)	Amargura
16) Boca abierta o rota	Dificultad de introyecciones adecuadas
17) Labios marcados	Dependencia oral
18) Labios pintados	Carácter femenino
19) Dientes	Agresividad oral; conflicto sexual
20) Cejas muy marcadas	Agresividad

21) Nariz muy marcada	Virilidad, símbolo fálico
21.1) Agujeros en la nariz	Agresividad, husmear; problemas respiratorios; alucinaciones olfativas
22) Orejas	Preocupac x críticas y opiniones de otros. Puede reflejar defic en la audición, aluc. Auditivas
23) Mentón	Energía de carácter
24) Mentón sombreado	Tendencia a dominar; a ejercer el poder
25) Mentón muy sombreado	Índice de conflicto con el medio
26) Cuello	Coordina lo que se siente con lo que se piensa. Da sensación de comodidad y confianza
27) Cuello angosto	Depresión
28) Cuello grueso	Sent. de inmovilidad
29) Cuello largo	Arrogancia; desarmonía entre intelecto y emoción; incoordinación
30) Cuello corto	Terquedad, mal humor
31) Cuello inmov x collar, polera, yeso.	Inhibición sexual
32) Cabello	Potencia sexual, vitalidad. Signo de virilidad, apasionamiento y seducción
33) Cabello muy sombreado o sucio	Regresión anal.expulsiva
34) Cabellos en punta	Agresión
35) Cabellos con raya al medio	Indicador de identif femenina y resolución de conflictos por mec obs-comp y narcisistas
36) Adorno cabello (moño, hebillas, etc)	Indicador de control
37) Cuerpo cuadrado	Primitivismo, debilidad mental
38) Cuerpo estrecho	Disconforme con su propio cuerpo; conflicto en esquema corporal; a veces astigmatismo
39) Dibujo del cuerpo con palotes	Signo de evasión; falta de compromiso; infantilismo; no darse a conocer
40) Omisión del tronco	Nec. de reprimir o negar impulsos corporales

41) Hombros	Fachada de seguridad, sobrecompensación de sent. de inseg o inadaptación; carácter dominante, autoritario
42) Hombros muy grandes y musculosos	Ambivalencia sexual
43) Caderas	Mujer: deseo de maternidad. Hombre: conflicto homosexual
44) Cintura	Frontera entre lo sexual y emocional
44.1) Cinturones y adornos que remarcan la cintura	Intento de controlar lo instintivo, seducción
45) Cintura estrecha	Restricción forzada de impulsos. Común en adolescentes
46) Asimetría de extremidades	Impulsividad, coordinación pobre. Falta de equilibrio
47) Brazos largos y fuertes	Expresión de ambición. Deseo de incorporar el mundo, de aprisionarlo, de conternerlo
48) Brazos ondulantes	Problemas respiratorios
49) Sin brazos	Abandono del mundo objetal; retracción de la libido; a veces tendencia al hurto; esquizofrenia y depresiones severas
50) Brazos pegados al cuerpo	Dific. para conectarse; reservado, retraído; rigidez; temor a manifestar impulsos hostiles; control exc sobre impulsos; falta de adaptación; Psicóticos: se protegen del ambiente
51) Manos y dedos	Manipulación, contacto c/objetos, confianza, agresiv, eficiencia, culpa. Ausencia: represión de impulsos, retracción
52) Mano dibujada en forma inconclusa	Sent de culpa
53) Manos ocultas	Evasión de problemas
54) Sin manos	Negación de dar y/o recibir. Egoísmo
55) Dibujo de palma de mano y dedos	En adultos, regresión
56) Manos enguantadas	Indicador de control; Disimulo. Frecuente en adolescentes
57) Dedos unidos como manoplas	Torpeza; falta de sutileza

58) Dedos tipo garras	Forma aguerrida de enfrentar el mundo; agresión, egocentrismo, posesividad
59) Dedos dibujados como líneas rectas	Agresión por falta de amor
60) Puño cerrado	Fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas. Beligerancia, retracción
61) Pies	Símbolo sexual
62) Sin pies	Desaliento, abatimiento, falta de ilusión; tristeza, resignación; falta de conf en sí mismo; inseg.
63) Pies pequeños	Inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas
64) Desarmonía en los pies	Indica conflicto homosexual
65) Pies descalzos	Deseo de mantenerse infantil. No querer realizar esfuerzos.
66) Articulaciones visibles	Sentimiento de desintegración. Diferencias orgánicas en el área correspondiente
67) Piernas largas	Lucha por autonomía, deseo de independencia.
68) Piernas rellenas o gruesas	Sentimiento de inmovilidad.
69) Doble línea de apoyo bajo los pies	Signo de obsesividad. Puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedo marcado. Nec. de apoyo
70) Dibujo alto	Deseo de sobresalir, de mejorar
71) Dibujo esbelto	Orgullo, vanidad, soberbia.
72) Figura con mucha musculatura	Narcisismo
B10) Identidad sexual	
1) Figura desnuda	Exhibicionismo, psicopatía
2) Persona bajo la ducha	Narcisismo, exhibicionismo, histeria.
B11) Dibujo de personaje y no persona	
1) Títeres y marionetas	Vivencia de ridículo, burla, extrañeza frente al propio cuerpo.
2) Caricaturas	Lo mismo de arriba

3) Personas disfrazadas	Ocultamiento. A veces homosexualidad. Debe analizarse el tipo de disfraz elegido para el dibujo.
4) Personaje tipo robot	Despersonalización.
5) Payaso o personaje de historieta	Autohostilidad y se da generalmente en adolescentes. Ocultamiento.
6) Dibujo de estatua reemplaza la PBLL	Ideas delirantes, de omnipotencia.