

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



Consecuencias psicológicas que tienen los niños engendrados en embarazos no deseados, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, -AMES- Sede Chimaltenango.

(Sistematización de Práctica)

Doris Beatríz Martínez Rompich

Chimaltenango, Junio 2013

**Consecuencias psicológicas que tienen los niños engendrados en embarazos no
deseados, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, -AMES-
Sede Chimaltenango.**

(Sistematización de Práctica)

Doris Beatríz Martínez Rompich (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Licda. Noemí Cardona (Revisora)

Chimaltenango, Junio 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesora:

Licda. Sonia Pappa

Revisora:

Licda. Noemí Cardona


SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Doris Beatriz Martínez Rompich**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

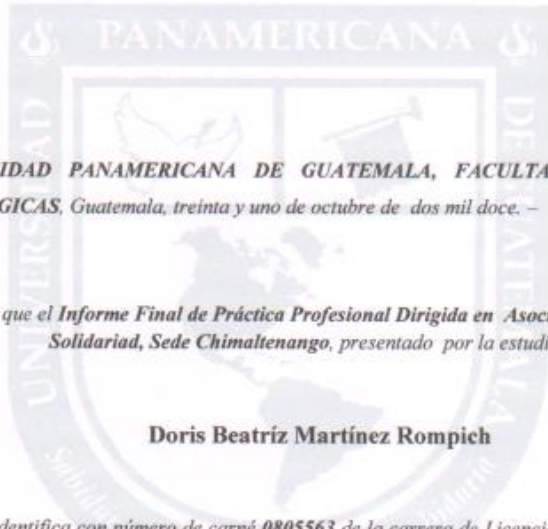
DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar la **Sistematización de Practica** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Doris Beatriz Martínez Rompich** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana





**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS, Guatemala, treinta y uno de octubre de dos mil doce. –**

*En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Asociación de Mujeres en
Solidaridad, Sede Chimaltenango, presentado por la estudiante*

Doris Beatriz Martínez Rompich

*Quien se identifica con número de carné 0805563 de la carrera de Licenciatura en Psicología y
Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la
universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso
correspondiente.*



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
PSICOLOGICA. Guatemala, abril de dos mil trece.

En virtud de que **La Sistematización de Practica con el tema: "Consecuencias psicológicas que tienen los niños engendrados en embarazos no deseados, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, -AMES- Sede Chimaltenango"**, presentada por la estudiante:



Doris Beatriz Martínez Rompich

Quien se identifica con el número de carné 0805563, previo a optar al grado Académico de *Licenciatura en Psicología y Consejería Social*, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Noemí Cardona Polanco
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala a los veinte días del mes de Mayo del año 2013.

En virtud de que **La Sistematización de Práctica** con el tema **"Consecuencias psicológicas que tienen los niños engendrados en embarazos no deseados, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, -AMES- Sede Chimaltenango"**, presentado por: **Doris Beatriz Martínez Rompich** previo a optar grado académico de Licenciatura en: Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Práctica**.



Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Valores organizacionales	2
1.5 Organigrama de Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES	3
1.6 Objetivos	3
1.7 Tipo de población que atiende	4
1.8 Planteamiento del problema	4
Capítulo 2	
Referente teórico	5
2.1 Efectos psicológicos en niños procreados por un embarazo no deseado	5
2.2 Psicopatología	17
2.3 Métodos de psicodiagnóstico	42
2.4 Psicoterapia	61
Capítulo 3	
Referente metodológico	107
3.1 Programa de la práctica	107
3.2 Cronograma de actividades	111
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	115

Capítulo 4

Presentación de resultados	123
4.1 Programa de atención de casos	123
4.2 Programa de capacitación	145
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	153
4.4 Presentación de resultados con gráficas	158
Conclusiones	163
Recomendaciones	164
Referencias	165
Anexos	167

Resumen

A continuación se presenta el informe final de la Práctica Profesional Dirigida la cual contiene lo siguiente:

En el capítulo uno se halla el marco de referencia, en este se encontrará la descripción de la institución donde se llevó a cabo la práctica, incluyendo la misión, la visión, valores, organigrama, objetivos, población que atiende, así como planteamiento del problema debido a problemas como baja autoestima, bajo rendimiento escolar, aislamiento, etc, que enfrentan los niños procreados por un embarazo no deseado.

En el capítulo dos está el marco teórico, se hizo una investigación de los trastornos más comunes vistos durante la práctica en las áreas de psicopatología, psicodiagnóstico y psicoterapia. Se presenta como tema inicial los efectos psicológicos en niños procreados por un embarazo no deseado.

En el capítulo tres referente metodológico, se encontrará los programas, cronogramas y planificaciones de las actividades realizadas en el centro de práctica, así como la información de las capacitaciones brindadas a diferentes grupos de personas.

En el capítulo cuatro la presentación de resultados, se da a conocer los logros obtenidos en los programas de atención de casos y programas de capacitación. Este capítulo también incluye el proyecto de salud mental titulado “Fortaleciendo la salud mental del psicólogo”. Este capítulo finaliza con conclusiones, recomendaciones y anexos.

Introducción

El presente informe es el resultado de la intervención técnica, realizada en la Práctica Profesional Dirigida de la carrera de Psicología y Consejería Social, en el se describen las consecuencias psicológicas que presentan los niños producto de embarazos no deseados y que son detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, -AMES- con sede en Chimaltenango.

El embarazo no deseado también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno, es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos; y que en el peor de los casos son producto de una violación.

Como resultado de estas realidades, se presentan una serie de problemas psicológicos y físicos en los niños y niñas no deseados. Dentro de las consecuencias se pueden mencionar: maltrato infantil, baja autoestima, depresión, defectos físicos, suicidios, bajo rendimiento escolar, entre otros.

Las anteriores consecuencias pueden ser causadas por abuso sexual, mal uso de métodos anticonceptivos y/o por falta de información en los adolescentes o padres de familia. El embarazo puede ser el episodio más feliz o desdichado, dependiendo del contexto psicosocial en que se produzca. Aunque cada persona al nacer está dotada de un rango de potencialidades que en circunstancias óptimas permitiría la construcción de personas valiosas, felices, e integralmente satisfechas, las condiciones que rodeen el embarazo pueden determinar personalidades afectadas con tendencia a alteraciones en todos los aspectos de su vida.

Dado que esta condición en Guatemala es más observable en la adolescencia, es conveniente describir esta etapa de la vida, como el momento en que las y los jóvenes están más expuestos a verse involucrados en múltiples situaciones de riesgo, dentro de estas los embarazos no deseados o inoportunos y otros relacionados como las infecciones de transmisión sexual, dentro de ellas el VIH, que afectan grandemente la salud sexual y reproductiva de este grupo etario. Sus objetivos y metas, sus planes futuros y demás aspiraciones se ven afectados así como los de la familia.

La prevención es un tema que a pesar de estar presente en el currículo escolar, este no alcanza a impactar en las decisiones oportunas y menos a aquellos ausentes en las aulas. En otras situaciones reales, la familia no representa un factor protector, agravándose el problema para los jóvenes y para el menor producto de estos embarazos. Es oportuno decir que la situación de los embarazos no deseado está inmerso en múltiples situaciones cambiantes como son la urbanización, la marginación, la migración, la identificación étnica, la exclusión educativa, el trabajo, la salud, la violencia y otros presentes en lo cotidiano. La prevención y la atención oportuna, son indispensables en la atención oportuna de este tema.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se da información del lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida, de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social. Se describe su funcionamiento, sus objetivos, misión y visión, así como la forma de organización que posee.

A continuación se presentan brevemente los datos más relevantes.

1.1 Descripción de la institución

La Práctica Profesional Dirigida se ha realizado en la sede regional de Asociación de Mujeres en Solidaridad quien se identifica como AMES, fue creada en el año 1996 y está ubicada en 1era. Calle, lote 31 zona 1, Colonia El Esfuerzo, Chimaltenango. La coordinadora de la Asociación es señora Esperanza Altamirano. El servicio lo brinda a través de sus programas, empoderamiento de las mujeres para su participación plena y una vida libre de violencia, violencia intrafamiliar, atención médica en salud integral y salud preventiva, incidencia política para el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres y fortalecimiento organizativo interno.

AMES también atiende casos sobre abuso sexual, desintegración familiar, autoestima, depresión, entre otros. La población que atiende es especialmente a mujeres, niños y familias. Por lo tanto contribuye a la erradicación de violencia intrafamiliar, secuelas que provoca un embarazo no deseado y/o abuso sexual, a través de atención psicológica contribuye a que la población posea salud mental.

1.2 Misión

AMES contribuye al desarrollo integral y la vigencia de los derechos de las mujeres, implementando un modelo propio de promoción y defensa de los derechos humanos, específicamente laborales, sexuales y reproductivos, la salud integral y el derecho a la no violencia.

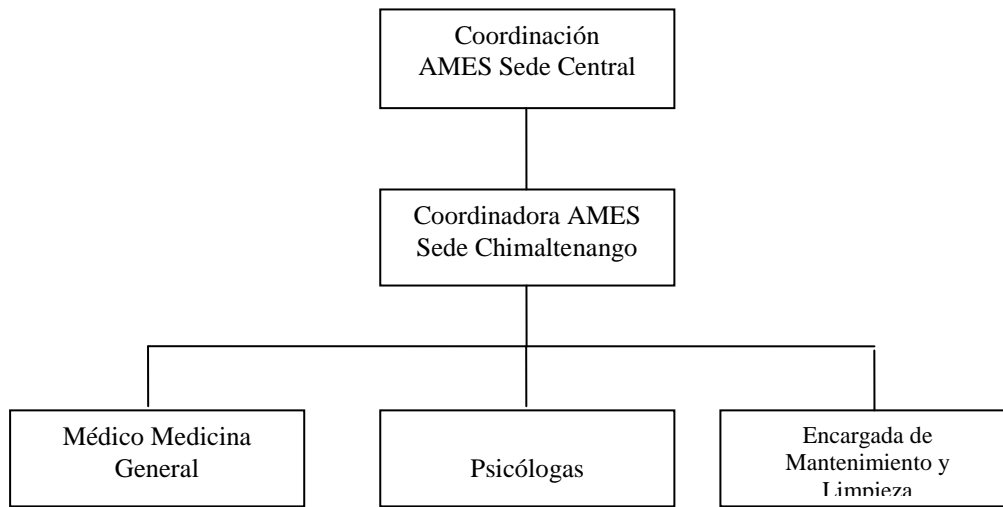
1.3 Visión

Promover la construcción de una sociedad democrática, equitativa entre mujeres y hombres, inclusiva de la diversidad de la población y con justicia social en Guatemala, a través del respeto a los Derechos Humanos y la erradicación de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

1.4 Valores organizacionales

- Solidaridad
- Responsabilidad social
- Humanitaria
- Lealtad
- Colaboración
- Respeto

1.5 Organigrama de Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES



1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Fortalecer conocimientos adquiridos en el proceso de formación profesional, a la vez desarrollar nuevos conocimientos en atención de casos clínicos.

1.6.2 Objetivos específicos

Poseer conocimientos en la atención de casos clínicos.

Brindar ayuda psicoterapéutica a las personas que necesitan y acudan a la Asociación.

1.7 Tipo de población que atiende

AMES atiende especialmente a mujeres, niños, adolescentes, jóvenes y familias completas.

1.7.1 Descripción de la población que atiende

AMES atiende a personas de de todas las edades, etnia, religión y raza.

1.8 Planteamiento del problema

Debido a problemas como baja autoestima, bajo rendimiento escolar, aislamiento, etc, que enfrentan los niños procreados por un embarazo no deseado, se hace necesaria la atención psicológica con el fin de mejorar los efectos causados por esta situación.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En este capítulo se dan a conocer los temas investigados y analizados durante la práctica profesional dirigida, los cuales han servido para retroalimentar los conocimientos adquiridos y reflexionar sobre algunos problemas encontrados.

2.1. Efectos psicológicos en niños procreados por un embarazo no deseado

2.1.2 Embarazo no deseado

El embarazo no deseado también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno, es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos.

La sexualidad y la reproducción son dos cosas distintas. Durante toda la vida se tiene sexualidad, pero solo se es fértil (poder tener hijos) durante un período de tiempo aproximadamente en la mujer desde los 11 hasta los 50 años. Los métodos preventivos permiten decidir cuántos hijos y en qué momento se quieren tener. A pesar de ello, y por falta de información, existen todavía muchos hijos/as no deseados.

El embarazo puede ser el episodio más feliz o desdichado, dependiendo del contexto psicosocial en que se produzca. Si se produce en el seno de una pareja que lo desea y se encuentra para llevarlo a buen término, será una buena experiencia. Si se trata de un embarazo no deseado en una mujer, se puede convertir en una tragedia, tanto para ella, el futuro bebe, los padres, los familiares, los amigos, los servicios sanitarios y educativos.

Desde un punto de vista psicosocial, las investigaciones realizadas demuestran que los hijos de embarazos no deseados experimentan muchos más problemas de conducta y problemas en la escuela, que la de los embarazos deseados. Las tasas de separaciones y divorcios son mucho mayores entre las parejas formadas de manera forzada por un embarazo no deseado. La paternidad temprana es un escenario abonado para el abuso y el abandono infantil.

El tema de los embarazos no deseados se da especialmente entre los jóvenes, ya que la juventud actual se desenvuelve más temprano en el tema del sexo. Hoy en día, los jóvenes tienen relaciones sexuales a temprana edad recibiendo una enseñanza demasiado básica sobre el tema. Olvidan consultar los riesgos que conlleva tener relaciones sexuales esporádicas por tener un momento de placer y locura.

Las adolescentes de entre 16 y 22 años cuando tienen que enfrentarse a un embarazo no deseado reaccionan con indiferencia, ya que la ignorancia hace que piensen que a ellas no les puede suceder. No se percatan de las consecuencias y efectos psicológicos que les puede ocasionar, en especial al nuevo ser que ha sido engendrado.

Todo bebé se siente rechazado si el embarazo no es deseado. Actualmente se sabe que los bebés sienten emociones aunque estén dentro del útero materno, desde la concepción. Es un nivel de entendimiento que no llega a ser intelectual pero que representan experiencias que pueden dejar huellas difíciles de borrar.

Sigmund Freud decía que cuanto más temprana es la experiencia traumática más profundo es el daño afectivo que provoca.

Hoy en día todavía existen jóvenes que tienen relaciones sexuales ocasionales sin protección, ignorando las consecuencias graves que pueden tener, como el contagio del virus HIV y otras enfermedades venéreas que producen serios trastornos y hasta llegar a provocar esterilidad.

El embarazo no deseado no es una enfermedad, es un acontecimiento que se produce por falta de prevención, cuando no se tiene conciencia que una relación puede tener esa consecuencia en un

momento en el que todavía ninguno de los dos está preparado para hacerse cargo de esa responsabilidad.

El embarazo puede ser evitado con facilidad, porque existen distintos métodos, que toda pareja debe conocer antes de llegar a relacionarse íntimamente, para poder disfrutar del sexo y prevenir ese riesgo. Las relaciones sexuales precoces son en su mayoría insatisfactorias para la mujer, de manera que evitarlas no significaría para ellas un gran sacrificio. Pero si aún así desean hacerlo, deben saber que es indispensable que su pareja use un preservativo antes de que se produzca la penetración.

La mujer es la que tiene el poder de mantenerse más firme en el momento del amor, y es la que no debe perder el dominio de sí misma, porque es la que más se puede perjudicar si queda embarazada. Por esta razón, si tiene intenciones de hacer el amor, se respeta a sí misma, y desea disfrutar del sexo sin consecuencias que no desea, deberá estar consciente de saber si está en la capacidad para procrear hijos, para evitar imprevistos que no puedan ser resueltos en su momento.

Una relación sexual es un acto íntimo y privado que requiere un ámbito adecuado. Debe brindar a la vez, la necesaria privacidad y la tranquilidad indispensable para que puedan disfrutar juntos de esa feliz experiencia.

Lamentablemente, hoy en día, las relaciones sexuales se toman a la ligera sin ningún tipo de responsabilidad, aun conociendo las consecuencias que ocasionan y que pueden comprometer el futuro de dos personas. Una vez que el error se ha cometido, la decisión será aún más difícil porque se convertirá en un problema muy profundo de conciencia.

Hay muchas mujeres que padecen de depresión sin motivos aparentes y es común que la raíz de esta afección sea un embarazo no deseado en plena juventud. Situación que no solo afecta a la madre sino los grandes efectos psicológicos que conllevan al niño no deseado.

Al margen de lo que significa privar de la vida a un ser humano inocente que se está gestando, está la realidad de las consecuencias que produce en la mujer, que inclusive puede resultar lesionada y quedar estéril e inclusive morir durante la intervención.

Pero si el niño tiene la suerte de sobrevivir, llevará consigo esa experiencia temprana de rechazo que sin duda puede influir en su salud mental.

No hay ningún amor que justifique semejante perjuicio, lo que sí realmente tiene la mujer que se somete sin reflexionar, es una muy baja autoestima.

2.1.3 Causas de un embarazo no deseado

Existen muchas y muy variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros.

Entre otras causas se encuentran también:

1. La mala información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
2. Falta de madurez
3. Ignorancia o falta de cultura sexual
4. Violación (en algunos casos)
5. El temor a preguntar y/o a platicar
6. Descuido por parte de los padres (negligencia)
7. Carencia afectiva
8. Inseguridad
9. Baja autoestima
10. Falta de control en sus impulsos
11. Simplemente por curiosidad
12. El consumo de alcohol u otras drogas incluyendo el tabaco
13. Abandono escolar

14. Pocas amistades

15. Ser hija de una madre que tuvo un embarazo no deseado

16. Influencia de “amigos”

2.1.4 Efectos psicológicos en niños

0-3 años de edad	<ul style="list-style-type: none">- Trastornos del comportamiento- Regresión y estancamiento en hábitos adquiridos- Estancamiento en las adquisiciones cognitivas- Síntomas de expresión corporal (somatofuncionales)
3-5 años de edad	<ul style="list-style-type: none">- Ansiedad e inestabilidad- Temores fóbicos- Fantasías de abandono y muerte de los progenitores- Manifestaciones de auto punición y culpabilidad- Inadaptación escolar- Tristeza
A partir de los 6 años de edad	<ul style="list-style-type: none">- Sentimientos depresivos- Sentimientos de abandono y carencia afectiva- Manifestaciones de agresividad e ira- Dificultades en el rendimiento escolar- Dificultades en sus relaciones sociales- Comportamiento hipermaduro. Ausencia de quejas- Irresponsabilidad en el ámbito escolar

Además de ellos, también:

a) Baja autoestima

Una baja autoestima puede desarrollar en los niños sentimientos como la angustia, el dolor, la indecisión, el desánimo, la pereza, la vergüenza, y otros malestares, los cuales si no son remediados, acaban por convertirse y ganar formas distintas. Estos sentimientos pueden llevar a un niño o niña no solo a sufrir depresiones continuas, como también a tener complejo de

culpabilidad, cambios repentinos del humor, crisis de ansiedad, de pánico, reacciones inexplicables, indecisiones, excesiva envidia, miedos, impotencia, hipersensibilidad y pesimismo, entre otros.

b) Sentimiento de culpa

Cuando existe un embarazo no deseado que conlleva a separaciones y divorcios, la culpa la tienen los niños, es muy común escuchar en las conversaciones y discusiones: “por tu culpa”. Así, se va formando el niño, la culpa o el sentimiento de culpa se da sobre hechos del pasado, pero influye tremendamente en el presente y el futuro.

c) Aislamiento social

En las competencias sociales en los niños, es importante considerar los diferentes ambientes naturales donde se desarrollan esta competencia, es decir el lugar donde es criado, educado, ya que estos son los contextos más relevantes para el desarrollo social.

El hogar es el primer lugar donde el niño desarrolla su personalidad, donde aprende a sus primeros comportamientos, es en la familia donde se socializan con los hermanos, padres, ya que ellos constituyen modelos significativos para el niño, no se limita sólo a entregarles modelos de comportamientos, sino que moldea su comportamiento, a través de diversas prácticas de disciplina, también existen diferentes formas de familias: la que ejerce el control por la fuerza y con amenazas de castigo físico sobre sus miembros de las cuales los niños que tienden al aislamiento social. Los niños rechazados por sus padres presentan una alta frecuencia de conductas agresiva, en cambio las niñas rechazadas presentan ansiedad, timidez, pasividad.

d) Suicidio

Un niño no deseado, será agredido en alguna de las modalidades de crianza. Es difícil esperar los modelos ideales que se marcan en el entorno de la familia, la realidad es otra. El feto percibe las señales que le envía la madre ante su propia realidad y que, a su vez, ésta es lo que recoge del padre de esa criatura. Una vez nacido, la percepción de su realidad será mayor; la cercanía con

sus figuras objétales será determinante. Ese bebé necesita no sólo el alimento, necesita el contacto de la mirada, el sonido de la voz, el calor que dará la madre al ser abrazado. Ella necesita de la pareja la retroalimentación de quien también debe mantener la responsabilidad de la paternidad, para poder ofrecer a ese hijo lo necesario para un buen desarrollo físico y psicológico. Si esto no sucede, existen posibilidades de que el niño piense en suicidarse. Su intención de morir suele verbalizar su deseo de morir; aparece en niños muy culpabilizados y con tendencias al autocastigo muy marcadas.

e) Depresión

La depresión en niños es un problema serio, marcado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima persistentes, al igual que falta de interés en actividades usuales, que dura semanas o meses y limita el funcionamiento normal del niño.

Las causas por la que esta ocurre no está totalmente clara, aunque puede ser desencadenada por eventos estresantes como problemas en la escuela, pérdida de seres queridos, divorcio de los padres etc. Además niños con problemas de aprendizaje, alteraciones físicas o problemas médicos, frecuentemente desarrollan depresión. Sin embargo esta puede producirse sin una causa específica. También si en la familia hay antecedentes de depresión habrá mayor riesgo de presentarla.

En la infancia tanto los niños como las niñas tienen el mismo riesgo de desarrollar depresión.

La depresión es más seria cuando se presenta antes de los 10 años de edad y no es desencadenada por ningún evento estresante.

La depresión se presenta de una forma diferente en los niños y adolescentes que en los adultos. Los adultos generalmente refieren sentimientos de tristeza, en los niños el síntoma principal es la irritabilidad, pueden mostrarse desafiantes y el ánimo puede cambiar de la tristeza, a la irritabilidad o a la ira.

Los síntomas principales son:

- Irritabilidad frecuente
- Puede destruir cosas de la casa o juguetes
- Baja autoestima
- Se siente cansado constantemente
- Pérdida del interés en actividades que normalmente disfrutaba
- Falta de concentración
- Alteraciones en el sueño (insomnio)
- Se pueden sentir culpables sin causa
- Hablan acerca de la muerte y suicidio
- Comportamientos inadecuados (desafiantes, no cumplen las obligaciones etc.)
- Comportamiento irresponsable

f) Bajo rendimiento escolar

El bajo rendimiento escolar en los niños es una problemática que cada vez aumenta más dentro de las escuelas primarias. Los profesores encuentran dentro de las aulas niños que no muestran el interés, ni deseos por aprender, no quieren lograr buenas calificaciones. Se ha convertido en un problema común entre los niños, el profesor no encuentra respuestas dentro del aula que estimulen a los niños.

En esta investigación se propone como raíz de la problemática el hecho de que cada vez son más los padres que dejan a un lado el desarrollo integral de sus hijos, no dan importancia al desempeño académico de sus hijos, dejando de poner el interés y la atención a las problemáticas y situaciones que surgen en la vida escolar de los niños en nivel primaria, es por ello que: una mayor falta de atención en los niños por parte de sus padres causa un menor rendimiento escolar.

2.1.5 Consecuencias a nivel social

Se realizó un estudio descriptivo transversal desde agosto de 2006 hasta febrero de 2007 en dos cantones rurales de la República de Guatemala. Se entrevistaron 122 mujeres para determinar la incidencia de embarazos e hijos no deseados durante su período fértil, y analizar sus principales características etiopatogénicas y consecuencias en sus vidas.

El 35,8 % de los embarazos fueron no deseados, así como 129 de los 384 infantes concebidos. El grupo de edad predominante en ambos eventos fue el de 15-19 años. La causa más importante fue la falta de anticoncepción (47,6 %), seguida del coito forzado. El principal motivo de los embarazos no deseados fue la insuficiente edad, y sus principales consecuencias, el abandono de los estudios (16,3 %) y el matrimonio apresurado (12,2 %). El 11,6 % de los embarazos no deseados culminaron en abortos inducidos, producto de los cuales 6 pacientes sufrieron complicaciones médicas.

El embarazo no deseado, así como toda la posible gama de consecuencias que se derivan de este, que van desde la muerte de la madre hasta la culminación "exitosa" del mismo, pero con el nacimiento de un hijo no deseado, es una seria problemática que no escapa a ninguna latitud del planeta ni a clase social alguna.

En nuestro continente, la República de Guatemala exhibe los índices de salud reproductiva más deplorables de la zona, y se ha demostrado fehacientemente que es uno de los lugares del mundo donde las mujeres se inician más tempranamente en la maternidad, producto de embarazos no deseados, situación altamente delicada para las familias y en especial las mujeres.

Para que se tenga una idea de la magnitud global de este fenómeno en nuestro país, baste señalar que el 28 % de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 18 años. Además, según un estudio muy serio publicado en el 2006 por la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, la tasa global de fecundidad y la tasa cruda de natalidad por 1,000 habitantes en Guatemala tienen cifras de 4,3 y 33,6 respectivamente. Ambas variables son las más elevadas de todo el continente americano. La razón de mortalidad materna reportada por 10,000 nacidos vivos es de 152 (la

quinta más alta en el continente); la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil es de 38 % y es la tercera cifra más baja en el continente solo superada por Haití y Guyana. Todo esto redonda en que Guatemala ocupe el penúltimo lugar en cuanto a salud reproductiva y planificación familiar en Las Américas solo seguido de Haití, a pesar de ser uno de los países del continente con mayor porcentaje del producto interno bruto (PIB) empleado en gastos de salud.

En la actualidad, las mujeres tienen cerca de un hijo más de lo que desearían tener. Si los deseos por tener familias más pequeñas continúan creciendo a un ritmo mayor que el aumento en el uso de anticonceptivos, dos consecuencias son probables: las mujeres pueden tener aún más nacimientos no planeados que los que ahora tienen, o pueden recurrir al aborto de manera creciente.

2.1.6 Embarazos no deseados en Guatemala

Los embarazos no deseados en la adolescencia no solo transforman el desarrollo de la gente adolescente sino que también son una carga para la sociedad. En Guatemala este problema es frecuente debido a la falta de información sobre métodos de planificación familiar y el analfabetismo ya que de una mujer que ha sido madre y ha tenido una educación académica, cuatro mujeres sin educación ya son madres, este problema aumenta en la etnia indígena tomando en cuenta que de las adolescentes que han estado embarazadas alguna vez el 25% son indígenas en comparación con un 19% de adolescentes ladinas, todos estos son factores de riesgo a los que están expuestos los y las adolescentes.

Estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y recopilados en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) muestran que Petén es uno de los departamentos de Guatemala que presenta más factores de riesgo debido a que un 37% de adolescentes han estado o están embarazadas, en el mismo estudio no se tomo en cuenta los factores de riesgo a que se exponen las adolescentes embarazadas.

Petén presenta una población de 39,681 mujeres adolescentes, en base a esto se realizó un estudio especialmente en la adolescente con embarazo no deseado en donde se determinó la frecuencia con que se da este fenómeno y las características clínicas y epidemiológicas.

La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de padres respecto a la iniciación de las relaciones sexuales y declinación de la barrera social para el ejercicio de la sexualidad.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida.

Es bien sabido que en Guatemala una de las causas más recurrentes de mortalidad femenina es la maternidad, miles mueren por falta de condiciones adecuadas, no sólo al momento de dar a luz, sino antes, desde la infancia y juventud, que generalmente se dan en medio de un panorama donde abundan el hambre, las enfermedades y la violencia. Por ello, insistir en glorificar la maternidad es una necesidad, si no se acompaña de información y recursos para que se pueda llevar adelante sin tanta dificultad y de manera consciente.

Miles de mujeres, presas de la desesperación al quedar encinta, recurren a la inducción de abortos rudimentarios, muriendo en el intento de desembarazarse. Otras en las mismas circunstancias, venden a las criaturas o practican el infanticidio. Estos son fenómenos innegables, ante los cuales es preciso que el Estado ponga en marcha políticas de prevención que proporcionen información adecuada y medios para evitarlos. Es urgente una educación sexual científica, sin sesgos religiosos, para que la práctica sexual no conduzca a embarazos no deseados.

El estudio revela que 153 mujeres mueren por cada 100 mil partos; las féminas indígenas tienen más probabilidad de perder la vida que las no indígenas.

De acuerdo con el estudio "Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala" publicado recientemente por el Instituto Guttmacher, más de un tercio de 180 mil guatemaltecas que

enfrentan un embarazo no planeado buscan un aborto; con frecuencia arriesgan su salud al recurrir a personas inadecuadamente capacitadas.

El estudio señala que es probable que el impacto del aborto inseguro en la salud sea más grande entre las mujeres con mayor desventaja y marginación, ya que las féminas pobres pueden pagar los servicios de personas sin capacitación.

Según se indicó, abordar el tema de los embarazos no deseados en Guatemala, por consiguiente los abortos, constituye un problema, debido a que esta práctica está condenada por algunos sectores de la población.

De acuerdo con cálculos basados en una encuesta, a instituciones de salud, en 2003, 270 mil 14 guatemaltecas recibieron tratamiento en hospitales por complicaciones resultantes en de abortos espontáneos e inducidos.

Sin embargo, el número que recibe tratamiento en hospitales representa una pequeña parte ya que la mayoría no recibe asistencia médica.

Asimismo, la investigación destaca que existen otras consecuencias dañinas para las mujeres que sobreviven a la práctica de un aborto inadecuado, como la hemorragia abundante, la cual puede llevar a una perforación uterina.

En Latinoamérica el aborto es permitido solamente cuando es necesario salvar la vida de la madre, sin embargo, hay evidencia, que de todas formas se dan este tipo de prácticas, esto se agrava porque se realiza en la clandestinidad.

Aunque, estos problemas plantean muchos desafíos, ya se pueden mencionar algunos cambios sociales y económicos, ya que un buen porcentaje de mujeres indígenas y ladinas señalan que quieren tener menos hijos de los que tenían en el pasado.

El estudio señala que para disminuir los embarazos no planeados y los abortos inseguros es necesario informar a las parejas una amplia variedad de métodos anticonceptivos, la educación

culturalmente apropiada sobre salud sexual y reproductiva, especialmente entre las féminas indígenas, así mismo, se debe capacitar más personal médico en aspiración manual endouterina, la cual es segura y menos costosa que el legrado.

También se recomienda educar a los hombres sobre el riesgo del aborto inseguro e invitarlos a involucrarse en la planificación de sus familias, además, se debe difundir las causas y consecuencias de los abortos.

Las consecuencias de terminar un embarazo pueden ser devastadoras, a tal punto que podrían cuantificarse mejor los costos financieros que los de salud de las mujeres.

2.2 Psicopatología

La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

De acuerdo al modelo psicodinámico, por ejemplo, los procesos psicológicos son la causa principal de los problemas mentales y psicosomáticos.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anormalidades orgánicas.

En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tienen alterada su función).

La psicopatología considera que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Por último, cabe destacar que el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

2.2.1 Antecedentes de la psicopatología

✓ Edad de piedra

En los mundos griego y romano surge por primera vez el concepto de enfermedad mental. En los primeros tiempos de la cultura griega la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura (la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses en el estado de cólera). Sin embargo, dentro de la Edad de Piedra, específicamente en el Perú, se encuentra que el período Neolítico, en el Mediterráneo oriental y en el norte de África, la utilización de técnicas y utilización en el vocabulario de términos como Trepanación del cráneo y Chamanismo, que a continuación se describen.

✓ Trepanación del cráneo (Edad de Piedra)

La Trepanación del cráneo, consistía en un procedimiento quirúrgico donde se realizaba un agujero o perforación (ablación) de una parte del hueso con la ayuda de instrumentos agudos y en forma de agujas; el diámetro medio de abertura era alrededor de unos 2 cm., y los agujeros se han encontrado en todas las áreas del cráneo, pero con mayor predominancia, en la región parietal izquierdo.

Aporte en el estudio de la historia de la Psiquiatría: radica en actividad misma, debido a que la operación se ejecutaba con el objeto de liberar los espíritus malignos supuestamente causantes de los síntomas. Otros motivos para la operación, era la práctica de brujería, que se consideró un modo de permitir la entrada al cuerpo de una persona, y el interés de obtener piezas de hueso para propósitos magicorreligiosos.

✓ Chamanismo (Edad de Piedra).

El Chamanismo, deriva del lenguaje de los tungus del norte de Siberia, palabra chamán comparable al término "hombre-médico". Se considera a El chamán como un hombre-médico de tipo inspirado, que es muy vulnerable a la posesión por los espíritus y a través del cual los espíritus se comunican con los seres humanos. La sesión chamanística tiene lugar en presencia de un grupo selecto de participantes. La sesión supone un incremento excesivo de estado de excitación por parte del chamán, el cual requiere un estado particular para la receptividad a los sueños y a otros fenómenos psicológicos provocado con ayuda de drogas y plantas medicinales.

Aporte en el estudio de la historia de la Psiquiatría: luego del análisis de la práctica del chaman, se puede realizar comparación entre este y los procedimientos psicoterapéuticos, entre ellos el psicoanálisis (interpretación de los sueños) y psicoterapia de grupo (la personalidad del líder).

La Iglesia fue un sistema o una institución de gran importancia y transcendencia en la Edad Media, por tanto, es de esperarse que realizase alguna aseveración en relación a la misma. La Iglesia tuvo que hacer frente al dilema de determinar si el individuo que mostraba una conducta desviada era un santo o un enviado del diablo. Ya a fines del s. VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio. La causa no era atribuible al individuo, sino que era causa de una trasgresión a la voluntad del individuo por arte de un ser superior; por lo tanto, éstos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal. Estas ideas demonológicas prevalecieron en los albores del Renacimiento.

Otro de los grandes factores de la Edad Media además de la iglesia, se encuentra la actividad popular llamada la Brujería, que Russell definió como ".fenómeno complejo derivado del folklore, la superchería, la demonología, la herejía y la teología cristiana" (c. p. Freedman y col, 1982, p.35). Se observaba la ejecución de fiestas en honor a dioses, en su mayoría en horario nocturno, en sitios solos, y realizados por mujeres en homenaje a la diosa Diana (la diosa que cuidaba a las jóvenes y mujeres durante el parto y quizá fue confundido con la diosa Hecate, la diosa de los brujos y de los espíritus), probablemente con propósitos inocuos. Frente a esta realidad social la iglesia toma medidas para erradicarlo y aceptar su poder, entre las estrategias se destaca el aplicar sanciones, denominadas religiosas de acuerdo al Canon Episcopi (aprox. Año 906).

2.2.1.1 Métodos de investigación en la Psiquiatría

En los procedimientos de la investigación psiquiátrica, se observa la utilización de métodos de investigación de la Fisiología y de la Psicología experimental, utiliza modos de pensar, medios de conocimiento y modos de ver. Al lado de la observación y de la introspección, la Psicopatología ha generado maneras especiales, a pesar que no permiten una exploración sistemática, sirven para precisar las relaciones causalidad. De las observaciones incidentales se siguen de un período de historia clínica, biografías y observaciones sistemáticas, de las cuales pasan a la aplicación de los experimentos, pruebas y medios de valoración, tests, cuestionarios y valoraciones estadísticas. Para Pinel, la observación de los enfermos mentales se efectúa en íntima convivencia con ellos: "El vivir siempre entre locos, estudiar sus acciones, sus diversos caracteres, los objetos que les gustan o fastidian, la utilidad que se saca de seguir el camino de sus desórdenes, de noche, de día y en todas las estaciones del año; la habilidad en gobernarlos sin violencia, de evitar sus arrebatos y quejas, el talento de tomar con ellos, según conviene, el tono de benevolencia o un aspecto grave, sujetarlos con la fuerza cuando no alcanza la dulzura, en fin, el mirar incesantemente todos los fenómenos de la enajenación del alma y el estar destinado a cuidar de ellos". (c. p. Vallejo Nágera, 1981, p. 51).

Para culminar se destaca la coyuntura de la normalidad o anormalidad de las relaciones psicosociales del enfermo mental, la cual no depende de la naturaleza de la psicosis que padece, sino de la posición psíquica que adopta ante la sociedad, a consecuencia de la multitud de factores que intervienen.

Los objetos de estudio de la Psicopatología social son: 1.- desórdenes de la vida social directamente determinados por la enfermedad psíquica que padece el sujeto. A la Psicopatología social se ve interesada por los efectos sociales de la conducta psicopática, que entraña el problema de reeducación y readaptabilidad social de las personalidades psíquicamente anormales. En cambio, le compete a la psiquiatría forense, rama de la Medicina legal, el estudio de la criminalidad directamente derivada de la enfermedad psíquica, y determinar acerca del grado de responsabilidad en los crímenes perpetrados por los epilépticos, melancólicos, paranoicos y otros enfermos mentales. 2.- Dificultad que tiene el sujeto para la adaptación social. Ciertos síntomas psíquicos condicionan la adaptabilidad social del sujeto, de manera especial el autismo y el negativismo. Los trastornos en la asociación de ideas, las representaciones mentales delirantes, las alucinaciones, son también síntomas psíquicos patológicos que perturban las relaciones interpersonales del psicótico. 3.- Influencia de los trastornos psicopatológicos en la utilidad social del propio enfermo.

Se observa luego de esta narración, que la psiquiatría se funda en el marco de las ideas filosófico-políticas de los llamados sensualistas o ideólogos. De acuerdo a Parot, la psicopatología es el "estudio de las dolencias del alma, puede definirse como una ciencia que toma su objeto de la psiquiatría y su espíritu de la psicología, y asume la misión de elaborar la observación psiquiátrica en teoría del conocimiento del hecho psiquiátrico".

2.2.2 Normalidad y anormalidad

"Normal" y "anormal" pueden expresar diferentes cosas, según las personas que lo manejen. Pasa como con el concepto de "verdad", que también puede ser muy subjetivo. A menos que se trate

de hechos incontrovertibles, cualquier acto susceptible de ser interpretado da lugar a opiniones distintas, a diferentes "verdades" y a diferentes "normalidades" según quien sea el intérprete, y según cuales sean sus ideas.

Lo "anormal", no es entonces, el grado expresivo exorbitante alcanzado por una propiedad determinada, sino la medida en que perturba el desenvolvimiento de las otras.

La "normalidad", por consiguiente, no puede ser comprendida en abstracto. Depende, más bien, de las normas culturales, las expectativas y valores de la sociedad, sesgos profesionales, diferencias raciales e incluso, del clima político imperante que puede limitar o ampliar la tolerancia frente a una "desviación psíquica"

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

Los problemas psicopatológicos consisten en comportamientos inadecuados que la persona emite en un entorno determinado, los cuales impiden a la persona adaptarse a dicho entorno. Cuando se dice que una persona presenta un problema no implica en absoluto que lo "tenga" como quien tiene una enfermedad o una lesión física, por ello el empleo del concepto de "enfermedad" y del modelo bio-médico en el ámbito de los trastornos psicológicos no es adecuado.

En psicología un diagnóstico no supone que la persona deba recibir un tratamiento determinado que será el mismo para todas las personas que presenten dicho trastorno. Que una persona padezca, por ejemplo, depresión no dice nada acerca de por qué la está padeciendo ni de qué hay que hacer para resolver su problema. Lo importante es identificar la forma en que esa persona en concreto se está relacionando con el entorno en que se presenta el problema, es decir, su comportamiento.

El tratamiento de una "depresión" será muy diferente si la persona la padece a consecuencia de la pérdida de un ser querido, porque se percibe a sí misma incapacitada para llevar a cabo su trabajo o porque presenta dificultades para relacionarse con los demás. Cada problema es único y

también lo es cada tratamiento. Podemos nombrar, como principales problemas psicológicos que afectan a la población los siguientes:

- ✓ Trastorno depresivo
- ✓ Trastorno bipolar
- ✓ Hipocondría
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ Adicciones
- ✓ Baja autoestima

Algunos de los principales trastornos vistos en la práctica se detallan a continuación.

2.2.3.1 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son una categoría de problemas de salud mental que incluyen todos los tipos de depresión y de trastorno bipolar. También reciben el nombre de trastornos afectivos. Los niños y adolescentes no necesariamente experimentan o exhiben los mismos síntomas que los adultos. Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre son capaces de expresar cómo se sienten. Hoy en día, los médicos e investigadores creen que los trastornos del estado de ánimo en los niños y adolescentes siguen siendo uno de los problemas de la salud mental que se diagnostica con menos frecuencia. Los trastornos del estado de ánimo en los niños los pone en riesgo de sufrir otros trastornos (más a menudo trastornos de ansiedad, comportamiento perturbador y trastornos de abuso de sustancias) que pueden persistir mucho después de haber solucionado los episodios de depresión iniciales.

2.2.3.1.1 Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

I. Depresión

La palabra depresión proviene del término latino *depressus*, que significa “abatido” o “derribado”. Se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente en la persona. Le impide continuar con su vida y sus actividades cotidianas.

La depresión afecta a personas de todos los colores, razas, posición económica, edad y religión; sin embargo, pareciera afectar a más mujeres que hombres durante la adolescencia y la edad adulta.

La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

I.1 Síntomas y signos

Éstos son algunos de los síntomas y signos que se manifiestan cuando se está deprimido:

- Tristeza la mayor parte del tiempo.
- Falta de energía y sensación de cansancio permanente
- Incapacidad para disfrutar de cosas que antes provocaban placer
- Desinterés por estar con amigos y familiares
- Irritabilidad, enojo o ansiedad
- Incapacidad para concentrarse
- Falta de apetito o pérdida de peso, o mayor apetito o aumento de peso.
- Dificultad para dormirse o dormir demasiado.
- Sentimientos de culpa o de inutilidad

- Pensamientos de muerte o suicidio
- Alteraciones físicas como dolor de cabeza, palpitaciones, dolor en el pecho y dolor en todo el cuerpo.
- Baja autoestima

I.2 Causas de la depresión

✓ Causas físicas

Algunos niños han tenido la experiencia de sentirse deprimidos a causa de una enfermedad. En ocasiones por virus, tumores u otras enfermedades que desorganizan la química del cuerpo y producen cambios físicos que crean depresión. Así también por ser productos de un embarazo no deseado, desintegración familiar, violencia intrafamiliar, entre otros, como por ejemplo:

✓ Tensión

Algunas veces la vida está llena de presiones, frustraciones, y desilusiones. Estas tensiones pueden llevar a la depresión, especialmente si se ha experimentado la muerte de un ser querido. La depresión proviene como resultado de una pérdida o rechazo. Cuando el niño experimenta estas tensiones, es común que se enoje con los demás, con el mismo y hasta con Dios. Si mantiene este enojo dentro de él, puede dañarse originando amargura y en ocasiones hasta puede convertirse en una persona violenta, esto posteriormente puede llevarlo a la depresión.

✓ Sentimientos de pérdida de esperanza

La depresión afecta a los niños que están atrapados en situaciones donde se sienten sin esperanza, como por ejemplo: cuando no logra recuperar una materia, cuando un ser querido no se recupera a pesar de los mejores intentos del médico, o cuando han sufrido violencia psicológica de parte de

sus padres. Estas son algunas situaciones que hacen perder la esperanza y frecuentemente deprimen.

I.3 Efectos

- Abatimiento e infelicidad
- Impide continuar con actividades cotidianas
- Altera pensamientos y sentimientos
- Perdida de interés en actividades que antes eran placenteras

I.4 Pronóstico

El pronóstico generalmente es bueno para aquellas personas que tengan acceso a servicios sociales, familiares y amigos que puedan ayudarlos a mantenerse activos y ocupados.

I.5 Tratamiento

La depresión puede ser tratada con la terapia Cognitiva conductual, la cual ofrece lineamientos para combatir la “autopropaganda” negativa (pensamientos, recuerdos y creencias) que mantienen la depresión y hacen a las personas vulnerables a episodios futuros.

Las técnicas de terapia cognitiva son eficaces para reducir la depresión. Son tan rápidas y efectivas como la medicación antidepresiva, pero más costosas que esta a corto plazo porque cada paciente visita al terapeuta una hora semanal hasta por quince semanas; la terapia cognitiva es apropiada para pacientes que no deben o no desean tomar medicamentos.

II. Trastorno depresivo mayor

Se manifiesta por una combinación de los síntomas de la depresión que interfieren en la vida cotidiana: estados del ánimo deprimidos la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero también puede repetirse en el curso de la vida.

II.1 Criterios del DSM-IV-TR

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. El Episodio Depresivo Mayor abarca 5 o más de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el sujeto (por ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ej. llanto)
- Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida) en todas o casi todas las actividades
- Pérdida importante de peso (sin haber hecho régimen) o aumento significativo de peso (por ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia (sueño durante el día)
- Agitación o enlentecimiento psicomotores
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (no simplemente los autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.
- Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse.
- Visión pesimista, poco promisorio o "negro" del futuro.

- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Cuando estos episodios depresivos mayores se repiten (Depresión Mayor Recurrente) suele haber por lo menos un intervalo libre síntomas, de dos meses, entre uno y otro.

En la forma Melancólica de la depresión mayor se incluyen como síntomas típicos:

- Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).
- Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo (por ej. la depresión se experimenta en forma diferente al tipo de sentimiento que acompaña a la muerte de un ser querido).
- La depresión es habitualmente mayor a la mañana, mejorando el estado de ánimo al anochecer.
- Despertar precoz (por ej. 2 horas antes de lo habitual) que suele estar acompañado de angustia.

II.2 Síntomas y signos

- Llanto
- Irritabilidad
- Tristeza
- Rumiaciones obsesivas
- Ansiedad
- Fobias
- Preocupación excesiva por la salud física
- Quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo)

II.3 Causas

Factores externos o sociales

II.4 Efectos

- Disminución o aumento de peso
- Trastorno de sueño
- Agotamiento físico
- Baja autoestima
- Suicidio

II.5 Pronóstico

Tiende a ser crónico 25% recurren en los primeros 6 meses. 50% recurren en los primeros 2 años. 50-75% recurren en los primeros 5 años. Incidencia de recaídas es menor con profilaxis antidepressiva.

II.6 Tratamiento

- La psicoterapia: Individual, Grupal y Familiar. No debería ser utilizada a solas, sino más bien debería estar combinada con medicación (excepto en situaciones especiales tales como el embarazo).
- Farmacoterapia: IMAO Antidepresivos triciclicos atípicos
- IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Bupoprión (aminocetona)
- Litio.
- Garantizar la seguridad del paciente

- Evaluación diagnóstica completa
- Abordaje terapéutico

III. Trastorno bipolar o trastorno maníaco depresivo

Se refiere a dos estados afectivos opuestos: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios del estado del ánimo pueden ser dramáticos y rápidos

III.1 Criterios DSM-IV-TR

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización) B. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer

(1) Autoestima exagerada o grandiosidad

(2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej. se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

(3) Más hablador de lo habitual o verborreico

(4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

(5) Distraibilidad (p. ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

(6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

(7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej. enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas) C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo)

III.2 Síntomas y signos

En los períodos deprimidos: las personas se sienten inadecuadas y aisladas, incapaces de experimentar placer y falta de interés por las cosas que se presentan a su alrededor. Duermen mucho, tiene problemas para concentrarse y realizan muy poca actividad.

Los lapsos maniacos se distinguen por lo opuesto: autoestima inflada, cantidades extremas de socialización y productividad incrementada, con frecuencia acompañada por horas de trabajo demasiado largas, poca necesidad de sueño y sentimientos de creatividad incrementados.

III.3 Causas

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

III.4 Efectos

- Hospitalización
- Trastorno del sueño
- Pérdida de empleo
- Violencia intrafamiliar

III.5 Pronóstico

Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Sin embargo, los pacientes a menudo necesitan ayuda y apoyo para tomarlos apropiadamente y para garantizar que la manía y la depresión se traten tan pronto como sea posible. Suspender los medicamentos puede causar problemas serios.

El suicidio es un riesgo muy real tanto durante el estado de manía como durante la depresión. Las personas con trastorno bipolar que piensan o hablan respecto al suicidio necesitan terapia breve, intensiva y de urgencia.

III.6 Tratamiento

La psicoterapia: Individual, Grupal y Familiar. No debería ser utilizada a solas, sino más bien debería estar combinada con medicación (excepto en situaciones especiales tales como el embarazo).

Los siguientes fármacos, llamados estabilizadores del estado anímico, se usan primero:

- Carbamazepina
- Lamotrigina
- Litio

- Valproato (ácido valproico)

El médico también se puede utilizar fármacos anticonvulsivos.

Otros fármacos empleados para tratar el trastorno bipolar abarcan:

- Antipsicóticos y ansiolíticos (benzodiazepinas) para problemas del estado de ánimo.
- Se pueden agregar antidepresivos para tratar la depresión. Las personas con trastorno bipolar son más propensas a tener episodios maníacos e hipomaníacos si se les administran antidepresivos. Debido a esto, los antidepresivos sólo se usan en personas que también estén tomando un estabilizador del estado de ánimo.

Se puede usar terapia electroconvulsiva (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar si no responde a los medicamentos. La terapia electroconvulsiva utiliza una corriente eléctrica para causar una breve convulsión mientras el paciente se encuentra bajo el efecto de la anestesia. Esta terapia es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con medicamentos.

2.2.3.2 Trastornos del estado de ansiedad

La ansiedad es parte normal en la vida diaria de la mayoría de las personas. Tiene la útil función de mantener motivadas a las personas para hacer el esfuerzo de superar situaciones amenazantes. También es una experiencia común que la ansiedad haga a las personas tener un mal desempeño y por lo tanto convertirse en desventaja. En la ansiedad se da una reacción de supervivencia. El organismo sufre cambios fisiológicos que elevan los niveles de excitación, facilitan la mejor ejecución para aumentar las oportunidades de sobrevivir, ya sea para quedarse y pelear contra la amenaza, o para emprender una huida rápida: el mecanismo de pelea o huida.

La diferencia entre ansiedad adaptativa y patológica radica en la identificación de la amenaza. En la primera la amenaza es del todo clara, en la segunda con frecuencia la amenaza no se identifica, o está fuera de toda proporción.

2.2.3.2.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad

I. Los trastornos fóbicos

Una fobia es un miedo excesivo e injustificado hacia un objeto o situación específica, manejado a través de la evitación insistente. Se asume que las fobias son desórdenes solo cuando son destructoras e incapacitan. Las fobias se clasifican en:

I.1 Fobia social

Es el temor persistente a una o más situaciones sociales donde el individuo se siente expuesto al escrutinio de los demás. El temor es a encontrarse en una situación embarazosa. La fobia social incluye temores a hablar o comer en público, orinar en baños públicos o escribir en presencia de otros. También temor a decir tonterías y a ser incapaz de responder preguntas sencillas. El que padece de fobia social evita estas situaciones siempre que le es posible.

I.1.1 Criterios DSM-IV-TR

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido

siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la

enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

Síntomas y signos

- Hipersusceptibilidad a la crítica
- Dificultad para autoafirmarse
- Baja autoestima
- Sentimientos de inferioridad
- Manos frías y pegajosas
- Temblores
- Voz vacilante
- Bajo rendimiento escolar/laboral
- Ansiedad al hablar con grupos pequeños, en público o colegas
- Ideación suicida

I.1.1.1 Causas

El origen de la Fobia Social puede ser gradual o puede sobrevenir tras una o varias experiencias sociales traumáticas puntuales.

I.1.1.2 Efectos

- Aislamiento
- Rechazo
- Burlas

I.1.1.3 Tratamiento

Puede controlarse con medicamentos, antidepresivos serotoninérgicos, inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina conjuntamente con terapia cognitiva conductual.

II. Trastorno Obsesivo Compulsivo

Es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas.

Obsesiones: se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativo.

Compulsiones: se definen como comportamientos por ejemplo: lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones o actos mentales como: rezar, contar o repetir palabras en silencio de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.

II.1 Criterios DSM-IV-TR

A. se cumplen las obsesiones y compulsiones:

Obsesiones

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan ansiedad.
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos imágenes obsesivos son el producto de su mente.

Compulsiones

(1) comportamientos (lavado de manos, puesta en orden objetos, comprobaciones) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio).

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos.

B. en algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: este punto no es aplicable en niños.

II.2 Síntomas y signos

Presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, es lo suficiente grave para provocar pérdidas de tiempo significativas. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos, imágenes de carácter persistentes, que el individuo considera intrusas e inapropiadas. Las compulsiones se definen como los comportamientos. Inquietud por la propia apariencia. Preocupación por estar sufriendo de una enfermedad, por necesidades o fantasías sexuales. Sentimientos repetitivos de culpabilidad.

II.3 Efectos

- Pérdida de tiempo significativo
- Demasiado perfeccionismo
- Preocupaciones excesivas
- Trastornos alimentarios
- Ansiedad

II.4 Tratamiento

Puede controlar con medicamentos, antidepresivos serotoninergicos, inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina conjuntamente con terapia cognitiva conductual.

2.2.3.3 Trastornos del control de impulsos

El trastorno Bipolar, en la Esquizofrenia y en otras psicosis, pueden producirse comportamientos impulsivos, motivados por el juicio anómalo de la realidad. Bajo los efectos de algunas drogas también tiende a perderse la inhibición y es más fácil el descontrol de impulsos. En la demencia y en otros trastornos neurológicos en los que se encuentra dañado el lóbulo cerebral frontal.

Dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento ejecutarlo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autor reproches o culpa.

2.2.3.3.1 Clasificación de los Trastornos del control de impulsos

I. Trastorno Explosivo Intermitente

La pérdida de control afecta a la agresividad, que repetidas veces estalla en ataques incontenibles de agresividad física o verbal ante mínimas provocaciones. El cuadro debe suceder sin estar bajo efectos de ninguna sustancia y sin padecer de algún trastorno psíquico.

Existe la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o destrucción de una propiedad.

I.1 Criterios DSM-IV-TR

A. Varios episodios aislados para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de duración durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maniaco, trastorno disocial o trastorno por déficit con hiperactividad) y no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas o medicamentos), o una enfermedad médica (traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

I.2 Síntomas y signos

Impulsos agresivos intensos antes de llevar los actos agresivos. Rabia, irritabilidad, aumento de energía, pensamientos acelerados. Signos de impulsividad o agresividad generalizada. Se quejan de problemas en relación con cólera crónica y frecuentes episodios subumbrales.

I.3 Efectos

- Violencia intrafamiliar
- Violencia social
- Homicidio

I.4 Tratamiento

Antidepresivos de perfil serotoninérgico. Psicoterapia de orientación

II. Tricotilomanía

Es la ansiedad por arrancarse el cabello, que se vuelve una compulsión en quienes padecen el extraño trastorno de la tricotilomanía.

Comportamiento de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de cabello.

Incapaces de detener este comportamiento aun cuando el hecho de arrancarse el pelo les genere zonas de calvicie. Algunos individuos se tragan el pelo después de habérselo arrancado, con lo cual corren riesgos de que este se solidifique en el estomago o los intestinos, (tricobezoar o síndrome de Rapunzel). Suelen guardar el secreto y lo que hacen y suelen arrancarse el pelo solo cuando están solas.

II.1 Criterios DSM-IV-TR

A. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una perdida perceptible de pelo.

B. Sensación de tención creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.

C. Bienestar, gratificación o liberación cundo se produce el arrancamiento del pelo.

D. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (enfermedad dermatológica).

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

II.2 Síntomas y signos

- Retorcimiento o sujeción del pelo entre los dientes
- Tricofagia (comer cabellos)
- Arrancamiento del pelo frente a otras personas

- Arrancamiento de pelo a otras personas, animales juguetes o ropa
- Morderse las uñas
- Rascarse
- Mordisquear
- Ansiedad

II.3 Efectos

- Deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Calvicie

II.4 Tratamiento

Combina la psicoterapia de apoyo y comportamental con el manejo farmacológico a base de BZD, para el control de la ansiedad y antidepresivos de acción serotoninérgica que parecen disminuir el comportamiento compulsivo.

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

Ha estado siempre muy vinculado a la aplicación de tests, como también lo ha estado a la aplicación de pruebas y técnica. Además es referido al diagnóstico de las enfermedades, síndromes o alteraciones mentales.

El psicodiagnóstico es un proceso, que posee una finalidad específica; utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección para seguir el tratamiento psicológico adecuado para cada caso.

Con ello se pretende tener una visión más dinámica de la persona, realizar una síntesis diagnóstica de la psicología y llegar a sus posibles causas o conflictos subyacentes.

2.3.1 Antecedentes

La palabra psicodiagnóstico es un compuesto de tres vocablos griegos: «*psikhé*», «*diá*» y «*gignosko*», cuya traducción sería conocer a fondo el alma o conocer a fondo la mente.

En sus orígenes, psicodiagnóstico también significaba clasificar. El primer uso de esta palabra lo encontramos en el título de un libro de 1921 del psiquiatra suizo Hermann Rorschach: con el título *Psychodiagnostik* ahí se publicaba su prueba psicodinámica conocida como Test de Rorschach, una monografía sobre la interpretación de las manchas de tinta.

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió, vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no alcanzan valor por sí mismos, sino tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que sería lo que de verdad es objeto de estudio. El psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas.

Entre los principales objetivos para realizar un psicodiagnóstico están:

- Lograr un acercamiento con el examinado.
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste.
- Describir al examinado, en algún aspecto específico (ej: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (ej: definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

I. Psicodiagnóstico educativo

El diagnóstico psicopedagógico tiene por objeto dar cuenta de las particularidades psíquicas que restringen el proceso de aprendizaje de un niño. Según el diccionario de la Real Academia Española (1992), diagnosticar es el acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos; y aprender es la acción de adquirir el conocimiento de alguna cosa por medio del estudio o de la experiencia.

Parafraseando las definiciones antedichas, podemos considerar que el diagnóstico psicopedagógico es un proceso en el que se intenta encontrar el sentido histórico subjetivo (conocer la naturaleza) de los problemas de aprendizaje de un niño determinado (enfermedad) a través del análisis de sus dificultades escolares (síntoma y signos).

También se utiliza como herramienta fundamental para conocer la Orientación Vocacional del estudiante.

II. Psicodiagnóstico laboral

El Psicodiagnóstico Laboral, al que se le puede dar también el nombre de Evaluación Psicotécnica, tiene como finalidad específica la utilización de técnicas de evaluación psicológica como medio y contribución a determinar si el perfil psicológico y de habilidades conductuales presentes en el individuo e inferibles a través de las mismas, son favorables al puesto que se desea cubrir.

Es importante destacar cual es la tarea específica que el profesional de la psicología debe cubrir aquí, que es diferente al de la evaluación con fines clínicos. Tiene en común que en ambas necesitamos conocer como es la personalidad del evaluado, si aparecen en ella elementos Psicopatológicos importantes, pero la utilización de la información se ve en el caso de la evaluación laboral recortada y valorada en función del puesto que se trate.

III. Psicodiagnóstico en el ámbito clínico

Es un campo de aplicación particular del psicodiagnóstico que posee una finalidad específica; utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección de la cura en el caso que sea indicado que el evaluado requiera tratamiento psicológico. Las técnicas de base que conforman una batería psicodiagnóstica confiable deben integrar distintos tipos de estímulos y tareas.

Es importante que el profesional que aplique las técnicas tenga siempre en mente una articulación entre el motivo de consulta y las técnicas que según su criterio le permitirán explorar, construir hipótesis y finalmente realizar una síntesis diagnóstica del estado psicológico del sujeto y de cuales podrían llegar a ser las posibles causas o conflictos subyacentes al mismo.

2.3.3 Técnicas utilizadas

2.3.3.1 Entrevista psicológica

Es un intercambio verbal en el cual existen dos roles bien definidos, el del entrevistador y el del entrevistado, donde el primero intenta obtener información sobre opiniones, creencias, ideas, actitudes, conocimientos, etc., del segundo y este responde en intenta adecuarse a las demandas del primero. Por lo tanto... la entrevista es un proceso de interacción con un fin determinado. El fin determinado, hace alusión a los objetivos de la entrevista que se organizan en alguna de las siguientes categorías:

- Aspecto físico y presentación personal.
- Comunicación no verbal, que incluye: contacto visual, gesticulación facial, tono de voz, postura, etc.
- Comunicación verbal: fluidez verbal (habilidades sociales), riqueza de vocabulario, uso del lenguaje. Grado de empatía (dominio - asertividad).
- Análisis de competencias conductuales. En las que se analizan estrategias de afrontamiento.

Las áreas de exploración son las siguientes:

- ✓ **Datos personales:** Historia educacional en sus aspectos formales y cualitativos.
- ✓ **Historia profesional y experiencia laboral:** Aspectos cualitativos y valorativos de los lugares de trabajo anteriores, dificultades, evaluación de desempeño, retirada, etc.
- ✓ **Motivación al cargo:** A la tarea, económicamente o por otros factores; en caso de selección de personal este aspecto es remarcado, en otros casos tiene un matiz diferente.
- ✓ **Historia personal y familiar:** Con preguntas abiertas. Características y relación con la familia de origen y familia actual.
- ✓ **Características personales:** Estilo atribucional, autoeficacia, autoconcepto, introspección, reflexividad, estabilidad emocional. Experiencias significativas, actividades preferidas, costumbres, etc.

Al finalizar la entrevista se debiera tener un panorama de la historia educacional, motivación de logro y niveles de autoexigencia, capacidad de trabajo, actitudes y hábitos de trabajo, expectativas de autoeficacia, autoestima, apego a las normas y procedimientos de la empresa, motivación para el cargo, habilidades interpersonales, niveles de introversión - extroversión, sociabilidad, asertividad, manejo de conflictos, persuasión, capacidad y calidad del contacto interpersonal, estabilidad emocional, madurez y tolerancia a la frustración, autocrítica, redes de apoyo social, expectativas de desarrollo futuras y habilidades intelectuales.

I. Etapas de la entrevista

- ✓ **Preparatoria:** El entrevistador conoce en detalle los objetivos de la entrevista. Se planifica la entrevista y se definen las áreas que se van a explorar, el tiempo a utilizar y la información que se entregará a los entrevistados.

- ✓ **Desarrollo:** Tiene dos sub-etapas:
 - **Introducción.** Saludo y presentación; se informan los objetivos del proceso, la metodología, el contexto, etc.
 - **Cuerpo.** Se explora área educacional, historia laboral, antecedentes familiares, competencias conductuales, motivación al cargo, motivaciones futuras.
- ✓ **Cierre:** Se entregan o renuevan los datos de la organización y el cargo; se indican próximos pasos del proceso, se comprueba la disponibilidad del sujeto, etc.
- ✓ **Evaluación:** Se analizan los resultados de la entrevista; se relaciona la información obtenida con la de otras fuentes; se elabora el informe.

II. Ventajas:

- Permite hacer preguntas abiertas
- Permite hacer un uso adecuado de los silencios
- Permite usar preguntas de auto-evaluación
- Permite mantener el control de la entrevista
- Permite registrar la información
- Permite personalizar las preguntas
- Permite verificar las inconsistencias

III. Limitaciones:

- Si es mal llevada pueden inducirse respuestas
- Si es mal planificada o mal llevada, podría resultar una fuente de información poco confiable.
- Se puede caer en prejuicios
- Se puede crear excesiva tensión.

2.3.3.2 Observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aún se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos. Ahora está muy sistematizada.

Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como por ejemplo registros estructurados y listas de chequeo. El fundamento científico de la observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. La observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

1. Sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
2. Es planificada sistemáticamente.
3. Es controlada previamente.
4. Está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

Existen diferencias entre observación y experimentación. En la observación sólo se da fe de lo que ocurre, mientras que en la experimentación el experimentador hace modificaciones sobre lo observado, se interviene para cumplir unos objetivos. El experimentador manipula la situación.

En una observación encontramos los siguientes elementos: (a) el observador o los observadores; (b) el sujeto o grupo observado; y (c) el contexto, es decir el medio natural y cultural que van a dar significado a la dinámica de lo observado.

I. Etapas de la observación

En el caso de que la observación sea el único método a emplear:

1. Se plantea un objetivo. Se especifica lo que ha de ser observado.

2. Recogida de datos:

- Definir las variables a observar.
- Costo en tiempo y en gasto económico.
- Decidir el muestreo de datos.

1. Análisis e interpretación de los datos recogidos.
2. Elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.
3. Comunicación de los resultados: Informe sobre si los hallazgos son o no relevantes.

En el caso de que la observación se complemente con la entrevista y/o la evaluación psicológica, se deberá adaptar los objetivos de observación a los objetivos de la entrevista y/o evaluación.

Usualmente en los casos de evaluación psicológica, se planifica la observación en tres etapas: antes, durante y después de la ejecución de la prueba, siendo más riguroso el registro en el caso de las pruebas de inteligencia, principalmente si son ejecutivas, así como en las técnicas proyectivas.

En el caso de la entrevista, la observación debe registrar las reacciones ante determinados estímulos que el examinador proporciona para realizar las evaluaciones parciales de los procesos psicológicos, como por ejemplo: memoria, orientación, atención, pensamiento, lenguaje, gestos, mímica, postura y marcha entre otros; estos datos nos darán una impresión general de la persona, que conjuntamente con su apariencia general orientan las hipótesis de trabajo del examinador.

II. Ventajas:

- Permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.
- Permite percibir formas de conducta que en ocasiones no son demasiado relevante para los sujetos observados.
- Existen situaciones en las que la evaluación sólo puede realizarse mediante observación.
- No se necesita la colaboración activa del sujeto implicado.

III. Limitaciones:

- En ocasiones es difícil que una conducta se presente en el momento que decidimos observar.
- La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
- Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas o porque existen acontecimientos que dificultan la observación.
- Existe la creencia de que lo que se observa no se puede cuantificar a pesar de que ya existen técnicas para que se puedan observar correctamente y replicar, etc.

2.3.3.3 Tests psicológicos

Los tests psicológicos o pruebas psicológicas son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provocan, puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto. La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

I. Clasificación general

La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

II. Tests psicométricos

Básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo,, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico,

su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetivizada.

III. Tests proyectivos

Inscritos dentro de la corriente dinámica de la psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (TAT, Symonds, CAT, Rorschach), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

IV. Clasificación por niveles

Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales con respecto al ejercicio de la Psicología lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

- **Tests de Nivel I:** pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores, psicopedagogos, médicos, etc.), quizás el exponente más obvio de los Tests Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos y de selección e ingreso a instituciones educativas.
- **Tests de Nivel II:** pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.

- **Tests de Nivel III:** son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las Escalas de Wechsler (WAIS, WISC y WIPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas (Luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc.)

V. Áreas de aplicación

El uso de test para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen test meramente clínicos, así como otros que si bien pueden ser usados clínicamente también se aplican en otros contextos psicológicos, como la selección de personal, la orientación vocacional y la investigación pura y aplicada, así la evaluación psicológica por medio de tests no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área, así cómo sacar el mayor provecho posible de cada prueba para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia.

Dentro de las áreas:

✓ Psicología clínica

Quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

✓ Psicología educativa y orientación vocacional

En esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

✓ Psicología organizacional y laboral

Al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.3.3.4 Manuales de psicodiagnóstico

I. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta revisión Texto Revisado (DSM-IV TR)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV-TR), texto revisado.

El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

El DSM IV contiene una clasificación de los trastornos mentales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas. Esto se hace con la finalidad de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales bajo la unificación de un mismo criterio.

a) Uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

EL manual DSM IV guía al profesional clínico en la elaboración de un diagnóstico completo que basándose en criterios definitorios clarifica el estado mental, físico y el social de un individuo; para luego clasificar la psicopatología.

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin ceñirse estrictamente al libro. (Por ejemplo el juicio clínico puede justificar el dx. A pesar de

que sus signos y síntomas no cumplan (siempre que estos síntomas y signos persistan durante largo tiempo y no se consideren graves).

Según el instructivo del manual las pruebas Psicológicas que no tienen validez de contenido (tests proyectivos) no pueden ser utilizadas como datos primarios para establecer un diagnóstico. El manual presenta los diferentes elementos que deben tomarse en cuenta para conocer a fondo un cuadro patológico. En este sentido, utiliza una metodología descriptiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- 1 Características diagnósticas
- 2 Síntomas y trastornos asociados
- 3 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- 4 Prevalencia
- 5 Curso
- 6 Diagnóstico diferencial
- 7 Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10
- 8 Criterios para el diagnóstico de cada cuadro patológico descrito
- 9 Es importante mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.), dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

El manual diagnóstico tiene como propósito facilitar la investigación clínica; en el contexto guatemalteco se puede percibir que la utilización del mismo necesita una experiencia profesional que contribuya al uso confiable del mismo. Uno de los objetivos del manual es proporcionar una guía útil para la práctica clínica psicológica, y a la vez mejorar la comunicación entre clínicos.

En la docencia el manual también es aplicable a la enseñanza de la Psicopatología y psicología clínica y da a conocer la nomenclatura oficial en la diversidad de contextos instruyendo a la clasificación de los trastornos mentales en la sociedad.

II. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10)

Por sus siglas: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud. Décima edición.

La CIE-10 tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. El capítulo V (designado también con la letra F) está dedicado a enfermedades mentales.

CIE-10 Es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor énfasis en la apreciación clínica (como señalan E. Requena y A. Jarné, en Manual de Psicopatología clínica).

En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

En el caso de la CIE-10 los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números es decir son alfanuméricos. Esta estructura permitió incluir un mayor número de códigos y términos diagnósticos en comparación con las revisiones anteriores, cuyos códigos eran sólo numéricos. El diseño de la CIE ha permitido la elaboración de otros sistemas de clasificación relacionados con la atención a la salud los cuales tienen principios estructurales y funcionales semejantes.

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE-10 fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

La lista CIE-10 tiene su origen en la lista de causas de muerte, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Que capítulo corresponde a la Psicología

- El capítulo V= F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento

La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

La clasificación CIE -10 fue diseñada para uso exclusivamente médico y su origen corresponde a estadísticas relacionadas con morbilidad y mortalidad; En Guatemala el uso de esta clasificación de enfermedades es estrictamente hospitalario y aporta información verídica que ayuda al esclarecimiento de las enfermedades físicas por las cuales muere la población.

La CIE -10 Clasifica los datos por rango de edad, prevalencia, enfermedad y causas externas de la misma; es de importancia destacar que en la sociedad guatemalteca el Ministerio de salud pública en sus informes anuales describe los factores que influyen en el estado de salud y el

contacto que la población tiene con los servicios de salud; la descripción de lo anterior es una sugerencia de carácter importante dentro del marco legal de los derechos de las y los pobladores de la nación la cual se encuentra en el capítulo XXI código Z00-Z99 de la CE 10.

III. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) surge como respuesta a la necesidad de la Psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina.

Existe, por ejemplo, diferencias fenomenológicas importantes en la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y Raab, 1980; Singer, 1984). Por otro lado, se necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

Esto debería, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericanos y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica. El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica.

Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional.

Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la

creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

La GLADP no es más que la CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 aquí reflejadas, han sido literalmente incorporadas a la GLADP.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP se ha conservado la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos del manual de uso clínico de la OMS. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía, se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, en general, las descripciones clínicas y la organización taxonómica del sistema de la OMS. Se ha considerado adecuado para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y especialidades aliadas en la región.

En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

Aquellos síndromes propios de determinadas culturas ("síndromes culturales"), serán clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptaciones, etc.), señalando además el "trastorno cultural" específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en detalle en la Sección correspondiente de la GLADP.

La elaboración de la GLADP es un trabajo que ha culminado con la expectativa de que debiera servir de base para que los usuarios y usuarias guatemaltecas analicen su utilidad y exploren la necesidad de hacer ajustes adicionales, tanto sobre la base de la experiencia clínica de todos los días, como sobre la base de estudios empíricos y sistemáticos que orienten eficientemente los esfuerzos venideros por elaborar un instrumento de diagnóstico cada vez más refinado, y por contribuir de modo más competente al desarrollo del campo del diagnóstico y la nosología psiquiátrica en la sociedad guatemalteca.

La GLADP propone que aquellos clínicos que deseen formular el diagnóstico de Neurosis neurasténica hagan uso de la frase calificativa "con desarrollo neurótico", ejemplos:

F48.0, Neurosis neurasténica.

F48.0, Neurastenia (o Síndrome neurasténico) con desarrollo neurótico.

En la región latinoamericana, entre los síntomas más frecuentemente encontrados se hallan las dificultades sexuales, la distractibilidad y "los fallos de memoria", así como dolor en la región de la cabeza.

En los pacientes en los que el síndrome neurasténico esté claramente asociado a un exceso de estrés, el diagnóstico debiera ser F43.28, Trastorno de adaptación con otros síntomas predominantes.

2.4 Psicoterapia

Definición

La palabra *psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo tanto *Psicoterapia* significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes, tomándolos en serio, ofreciendo comprensión y respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas.

Hay muchas definiciones de psicoterapia aquí se incluye la de Jerome Frank, (1982) que es muy completa:

“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufrido mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales.”

El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

2.4.1 Antecedentes

Tiene su inicio en Grecia y el Mundo antiguo y sus orígenes se derivan de su tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional. Los filósofos enseñaban en lugares destinados al saber y la adopción de una doctrina filosófica implicaba una forma de pensar y de vivir. Se fomentaban métodos para que la parte racional del ser humano que hace posible la convivencia, predominase sobre la parte pasional. La escuela insensible recomendaba ejercicios escritos y verbales para controlar todas aquellas pasiones desestabilizadoras.

Aristóteles se refiere a los distintos usos de la palabra, que se usaba en Grecia para fines curativos. Se refiere a la palabra persuasiva como ensalmo. Platón habla de cómo el discurso bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma, que facilita la acción de los productos químicos. Incluso algunos historiadores han visto en la obra de Platón observaciones sobre las pasiones, sueños e inconscientes que anteceden al pensamiento de Freud.

Otro aspecto destacable de la sociedad griega era la existencia de las escuelas filosóficas como pie academia Platónica, Liceo Aristotélico, Casa Jardín de Epicuro, entre otros, donde se cultivaban formas o estilos de vida con su propio entrenamiento psicológico, como las técnicas de autocontrol, recitación, memorización y control de la dieta. Estas escuelas eran contextos bien estructurados alrededor de una doctrina filosófica, también, se ha señalado como formas o estilos de vida.

Hipócrates en el siglo IV antes de Cristo, sistematizó los conocimientos de diferentes fuentes y localizó las enfermedades en base a estados internos del organismo. Postuló la existencia de cuatro humores en consonancia con los principios de la naturaleza los cuales son fuego, aire, tierra y agua, asociados a cualidades básicas como calor, frío, sequedad, humedad. Así, la sangre perteneciente al corazón determinaría un temperamento sanguíneo; la flema perteneciente al cerebro, un temperamento flemático; la bilis amarilla perteneciente al bazo, un temperamento melancólico. La salud sería determinada por el equilibrio existente entre estos cuatro humores, y la enfermedad por el desequilibrio.

En el transcurso histórico de la psicoterapia se han distinguido formas específicas que adquieren su nombre a partir de su objetivo central de estudio. Por ejemplo el psicoanálisis es una forma de psicoterapia centrada en el análisis del inconsciente, el conductismo el cual estudia el estímulo respuesta y la gestalt le atribuye sus estudios a la percepción.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

Psicoterapia como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un terapeuta socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el terapeuta busca aliviar el malestar y la discapacidad del paciente mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales. El terapeuta puede implicar también a los familiares y otras personas significativas del paciente en los rituales de curación.

La psicoterapia incluye también a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida, lo que puede usarse como oportunidad para el crecimiento personal. Toda psicoterapia incluye al menos nueve aspectos comunes, como por ejemplo constituir un intercambio de un servicio por un pago. Más allá de las metas específicas de cada paciente, hay metas fundamentales como ayudar a los pacientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza, o ayudarlos a adquirir *insight* de situaciones.

La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente, para lo cual debe lucharse contra las resistencias al cambio. La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común: el cambio terapéutico.

Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del

terapeuta, como de su dominio de la técnica. Kleinke trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente.

La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes: 1) como el paciente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización); 2) pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir, etc); 3) formas de percibir el yo y la vida (expectativas realistas hacia uno mismo y sus metas en la vida, capacidad para sentir placer y satisfacción saludables, voluntad para mantener una meta, etc.); 4) evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas).

El establecimiento de metas y la terminación son dos procesos están relacionados entre sí, porque la terminación exitosa del tratamiento es una meta terapéutica importante. Los terapeutas son en cierto modo filósofos con sus propias concepciones acerca de la naturaleza de las personas y de sus trastornos, y sus percepciones e interpretaciones que ofrecen a los clientes son necesariamente subjetivas.

2.4.3 Metas de la psicoterapia

La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor concienciación sobre de donde vienen y a donde van.

✓ De la patología al afrontamiento

La patología no es necesariamente un constructo explicativo. La persona llegan a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan. El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los clientes y ayudarles a superar el estancamiento mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar.

✓ Cambio en lugar de curación

El objetivo no es una curación total sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del paciente, incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal inadaptativo. El objetivo del terapeuta es ayudar los Pacientes a apreciar que el cambio es una posibilidad.

✓ El cliente es el responsable

Los síntomas y problemas de un cliente a menudo son una expresión de pérdida de control, la incapacidad del cliente o su falta de voluntad para controlar su vida. La tarea del terapeuta es desanimar al cliente de expresarse mediante excusas y animarle a emplear un lenguaje de responsabilidad.

2.4.3.1 Metas terapéuticas fundamentales

Las metas específicas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del cliente. Ahora bien existen algunas metas que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas:

1. Ayudar a los clientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza.
2. Potenciar la sensación de dominio y autoeficiencia del cliente.
3. Animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas.
4. Ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
5. Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.
6. Ayudar a los clientes a adquirir *insight*.

Esta es caracterizada por sentimientos de incompetencia, baja autoestima, alienación y desesperanza. Las manifestaciones más comunes de la desmoralización son: ansiedad, soledad y depresión. Una meta principal de la psicoterapia es ayudar a los clientes a superar sus sentimientos de desmoralización y a ganar una sensación de esperanza.

Los terapeutas ayudan a los clientes a incrementar sus habilidades para encontrar caminos fructíferos para alcanzar sus objetivos, mediante la enseñanza de nuevas competencias ya a través de ayudar a los clientes a ver una perspectiva diferente de sus vidas y posibilidades que nunca había apreciado hasta entonces. El objetivo es enseñar a ver los problemas como desafíos en lugar de como amenazas.

✓ Fomentar la competencia y autoeficacia

Otro objetivo es fomentar la sensación de capacitación del cliente es decir la mayor fuerza y dominio de uno mismo y del mundo circundante y en este sentido libertad en el mejor sentido político y económico, libertad de acción.

✓ Superar la evitación

Una fuerza motora detrás de muchos problemas es la evitación. Se desarrollan estilos de afrontamiento que nos protegen de ansiedades, temores y situaciones desagradables que a menudo son condiciones esenciales e inevitables de la vida. Las personas que evitan enfrentarse a sus problemas sufren pronto más del temor que entraña enfrentarse al problema que del problema mismo.

La evitación es básicamente una forma de negación y escape que requiere distorsiones del pensamiento y la percepción. Estos procesos impiden virtualmente la posibilidad de crecimiento y maduración personales debido a las inadecuaciones inherentes a ese tipo de respuestas.

✓ Ser consciente de las ideas erróneas de uno mismo

Los terapeutas guían a sus pacientes en la reevaluación de sus percepciones e interpretaciones acerca de lo que desean y de lo que están obteniendo de la vida. El objetivo de este proceso es conseguir que los clientes modifiquen aquellas creencias o expectativas que tienen sobre la vida y que no respondan a sus intereses.

✓ Aceptar las realidades de la vida

El mundo tiene aspectos buenos y malos, aunque lamentablemente se debe aceptar muchas cosas malas de la vida, también se debe aprender a apreciar y vivir por las muchas cosas que son buenas. Establecer metas realistas y aceptar la responsabilidad de destinar el esfuerzo necesario para su consecución es algo que merece la pena y cada persona debe ser responsable de sus actos.

✓ Lograr *Insight*

La fase de *insight* de la terapia de consejo psicológico gira en torno a ayudar a los clientes a tomar conciencia de porque eligen funcionar como lo hacen. Cuando el paciente logra *insight* empieza a analizar sobre el por qué del problema que lo aqueja y va tomando sus propias decisiones y asumiendo las responsabilidades de ello.

2.4.4 Competencias de la psicoterapia

La psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal. Ello explica que el resultado terapéutico satisfactorio dependa tanto de las competencias interpersonales del terapeuta como de su dominio técnico. Los terapeutas competentes están técnicamente bien formados y son capaces de implementar de manera flexible intervenciones terapéuticas con una sensación de colaboración con el cliente. Son capaces de mejorar sus propios problemas.

✓ Proximidad

El terapeuta próximo comunica al cliente que lo comprende y está en contacto con lo que el cliente está diciendo. Los terapeutas próximos son capaces de embarcarse en un diálogo activo con el cliente. La proximidad por parte del terapeuta promueve un dialogo fluido en el que el cliente experimenta reconocimiento, confianza y estímulo para participar activamente en la sesión de terapia.

✓ Competencias de la proximidad

Ser próximo requiere de las siguientes competencias:

- Habilidad para atender o que el cliente está intentando comunicar
- Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente.
- Energía para responder al ritmo demandado por el cliente

- Habilidad para comprender lo que el cliente está comunicando desde su punto de vista
- Estar entrenado en competencias básicas de entrevista

✓ Competencias verbales

Las nueve competencias verbales son:

- Tanteo: el tanteo es una pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información.
- Clarificación: una clarificación es una pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo. Las clarificaciones se utilizan para: Estimular a los clientes a elaborar su discurso, confirmar con el cliente que se está comprendiendo con precisión su mensaje y comprender mejor frases vagas.
- Paráfrasis: la paráfrasis es reformular las frases del cliente de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho.
- Reflejo: un reflejo es una reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente. Los reflejos son la forma principal que tienen los terapeutas de comunicar empatía hacia sus clientes así como la aceptación de sus sentimientos.
- Ofrecer información: a veces la desinformación o falta de información está comprometiendo la capacidad del cliente para tomar una decisión informada.
- Confrontación: las se utilizan para identificar mensajes confusos en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. La confrontación no debe estar dirigida hacia la persona del cliente, sino hacia la dificultad que está experimentando.
- Interpretación: la interpretación se utiliza para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Los cuatro criterios para realizar interpretaciones efectivas son: momento oportuno, dosis mínima detalle concreto y enfoque individual.
- Recapitulación: las proposiciones se utilizan para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión de terapia. Los terapeutas utilizan la recapitulación para identificar temas comunes,

revisar el progreso y proporcionar un encuadre cuando las proposiciones del cliente parecen estar inconexas.

- Preguntas: el uso más obvio de las preguntas es para obtener hechos. preguntas sobre búsqueda de hechos que se encuadren dentro del aquí, ahora, el qué y por qué, son denominadas preguntas.

✓ El poder del Humor

El humor es útil en la psicoterapia cuando se emplea para transmitir esperanza y ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una perspectiva nueva y diferente. El humor es una valiosa competencia de afrontamiento cuando las personas pueden utilizarlo para tomar una posición activa con respecto a sus problemas, para seguir adelante confrontados a la adversidad y para evitar tomarse a sí mismos con demasiada serenidad.

2.4.4.1 Errores comunes en la terapia

Una buena forma de perfeccionar las competencias psicoterapéuticas es ser consciente de los diez errores cometidos por un terapeuta son:

1. Desear ser apreciado por el cliente
2. Ser pillado en intelectualizaciones
3. Dificultad para tolerar el silencio
4. Embarcarse en comportamientos inadecuados
5. Pretender curar prematuramente al cliente
6. Centrarse en otras personas distintas al cliente
7. Hacer demasiadas preguntas
8. Mantenerse en aspectos superficiales
9. Dificultad para tratar aspectos relacionados con la contratransferencia
10. Evitar o no permitir el tiempo suficiente para terminar

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

2.4.5.1 Modelo Psicodinámico

La terapia psicodinámica llamada psicoterapia psicoanalítica es un tipo de psicoterapia que ayuda a los pacientes a llevar sus sentimientos inconscientes (escondidos) a la superficie. Esta forma de terapia puede ayudar a los pacientes a entender y controlar finalmente los sentimientos inconscientes que pueden influir en sus vidas diarias.

Este tipo de terapia se basa en la suposición de que los sentimientos que se mantienen en la mente inconsciente con frecuencia son demasiado dolorosos o incómodos para reconocerse. Por esa razón, las personas desarrollan mecanismos de defensa para protegerse a sí mismos de conocer, sobrellevar o confrontar realmente estos sentimientos.

Los mecanismos de defensa son patrones de sentimientos, pensamientos o conductas que son inconscientes. Estos mecanismos puede ser saludables o poco saludables, dependiendo de lo cuáles sean y cómo se utilicen. Son destinados a disminuir el estrés, ansiedad y el conflicto interno: una forma de sobrellevar el mundo.

Los mecanismos comunes de defensa incluyen:

- Negación: rechazar el enfrentar o percibir de una realidad desagradable
- Proyección: atribuir características inaceptables o motivos de una persona hacia otras personas
- Desplazamiento: cambiar del objetivo de las emociones o sentimientos acumulados, con frecuencia enojo, hacia (generalmente personas o animales) quienes son menos amenazantes.
- Racionalización: inventar de "explicaciones lógicas" para ocultar los motivos reales de los pensamientos o comportamiento de una persona.

- Formación de reacción: transferir un impulso o emoción inaceptable en una que es socialmente aceptable o positiva.

En la terapia psicodinámica, se cree que muchas de estas defensas y otras poco saludables causan más mal que bien y que es motivo por el cual el paciente busca ayuda.

La terapia psicodinámica es una rama del psicoanálisis. El psicoanálisis es un enfoque más intenso y conservador que determina el origen de los problemas de los adultos a los conflictos que se dejaron sin resolver en la niñez. En ambos tipos de terapia, se examinan la educación y los conflictos del paciente con los padres. Estos conflictos los desarrollan otras personas en la vida adulta, con frecuencia causando que ocurran los mismos problemas de nuevo.

2.4.5.2 Modelo Cognitivo Conductual

Es una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. Es la terapia psicológica más avalada en la actualidad y la más eficiente logrando los mejores resultados terapéuticos en el menor tiempo posible en la que los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de la conducta.

Las teorías y técnicas de esta línea psicológica comienzan a desarrollarse con el Conductismo o Psicología conductista, de Watson, en América del Norte y la investigación sobre los reflejos condicionados de Pavlov, en Rusia.

El término "cognitivo" se refiere a las "cogniciones", que son los pensamientos racionales, los pensamientos automáticos, las creencias y esquemas cognitivos (inconscientes). Los términos "conductual" o "comportamental" se refirieren a las conductas que derivan de las emociones y cogniciones.

2.4.5.3 Modelo Humanista

Los antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano (1838 -1917) destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers (1883-1969), filósofo y psicopatología que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S. Kierkegaard (1813-1855), precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida, la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger (1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado *dasein* análisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P. Sartre (1905-1980), que destaca como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo.

En los años cincuenta comienzan a destacar dos autores, C. Rogers que elabora sus primeras aportaciones terapéuticas (Rogers en 1952 publica su obra "Psicoterapia centrada en el cliente") y Maslow jerarquiza la motivación humana en su obra "Motivación y personalidad". En 1961 se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista que aparece como reacción a la insatisfacción producida tanto por la psicología académica, dominada por el conductismo que entendían como reduccionista y mecanicista, y por su alternativa el psicoanálisis que entendían también como reduccionista al olvidar el carácter de construcción del significado vital del sujeto

Es un modelo de psicoterapia desarrollado por C. Rogers, que valora a la persona como sujeto individual, resalta su carácter único, y está en contra por tanto de las clasificaciones. El psicólogo humanista nunca pondrá una etiqueta, si cada sujeto es particular, la percepción es distinta, y por tanto su comportamiento es diferente.

Es un modelo positivo porque considera que se nace con un potencial de desarrollo que tiende a madurar, y con capacidad de tomar las direcciones de su propia vida. Rechaza el concepto de enfermedad y el de paciente, lo sustituye por el de cliente.

Esta terapia se basa en la empatía, en la conexión psicólogo-cliente. El trabajo del psicólogo no es tratar, sino hacer crecer el carácter personal. Le importa el presente, y no el pasado. Actúa cuando ese proceso de maduración se para porque es ahí cuando surgen los enfrentamientos psicológicos. Es parte de su forma de trabajo el considerar positivamente y aceptar todo cuanto diga el "cliente" sin condiciones de valor, evitando corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica" el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" A todas las orientaciones anteriores se les denomina en los años sesenta la "tercera fuerza", por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

2.4.5.4 Modelo Sistémico

La definición de sistema indica que se trata de un conjunto de principios o reglas sobre un tema, que se relacionan entre sí. La Psicología Social es la rama de la Psicología que aplica el concepto de sistema en los fenómenos psicológicos de grupo, estudiando el conjunto de leyes por las que se rige la convivencia en una determinada cultura o grupo social.

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes.

En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio.

Se consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación.

a) La estructura

Se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e de los padres) involucrando a una tercera (p.e un hijo).

b) La regulación

Se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.

c) La información

Se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo.

La escalada simétrica que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, por ejemplo pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan, por ejemplo padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.

d) La capacidad de adaptación

Se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital por ejemplo escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

En cada una de las terapias familiares, cada familia tiene una estructura dinámica, es un sistema organizado con sus propias leyes y el objeto de la terapia es reconstruir ese fenómeno para poder descubrir sus leyes de funcionamiento, identificando, bajo la diversidad de las formas aparentes, los esquemas fundamentales que permitan formular las leyes generales para establecer las correlaciones estructurales que correspondan.

El enfermo es el emergente de un grupo que tiene problemas, si se quiere se puede traducir como que el enfermo es el más fuerte, no el más débil como parecería, porque es el que se decide a romper la cohesión, porque para él la situación es insostenible.

El resto del grupo familiar tenderá a mantener el equilibrio que se atrevió a romper el emergente, y es probable que alguno de ellos postergue sus propias necesidades en función de ese equilibrio.

El equilibrio de un sistema familiar puede ser sano pero también puede ser enfermo. Por ejemplo, si la madre cumple dos roles en lugar de uno, porque el padre es alcohólico, la madre equilibra al grupo pero la situación produce una distorsión que genera malestar en sus miembros.

Para detectar el verdadero funcionamiento de un grupo familiar se utiliza la técnica del *rol playing*, que consiste en que cada uno de los miembros juegue los roles de los demás y pueda tomar conciencia de la problemática individual, actuando “como si” fuera el otro.

Como en todo sistema las fuerzas lograrán el equilibrio cuando se igualen, de modo que todos los miembros deberán mantenerse en sus respectivos roles sin agregar valencias a su carácter, como sería por ejemplo, no cumplir con las expectativas de su rol, sobreactuar su rol o jugar más de un rol, el suyo y el que no le corresponde.

Se debe tener presente que el propósito de la terapia familiar sistémica es aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento.

Método para la realización de la terapia familiar sistémica

- El terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia, aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento comprometido.
- La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentara la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan:
- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo ¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?, de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.

Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.

- Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar.

2.4.6 Formas de psicoterapia

A continuación se presentan algunas formas de psicoterapia pertenecientes a los diferentes modelos.

2.4.6.1 Psicoterapias psicodinámicas

I Psicoanálisis

El psicoanálisis es la disciplina que se dedica al estudio del inconsciente. El psicoanálisis (del griego *psyque*, alma o mente); es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente

diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Así mismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El concepto de «psicoanálisis» designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos. Por otra, psicoanálisis se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos. Finalmente, psicoanálisis puede referirse además al método psicoanalítico: un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual, al análisis de fenómenos culturales.

El desarrollo del psicoanálisis es permanente en estos tres aspectos por parte de investigadores y clínicos, si bien cabe remarcar que tal segmentación del campo psicoanalítico no puede ser otra cosa que una esquematización descriptiva, y que en ningún caso da cuenta de la estructura propia del psicoanálisis donde teoría y práctica se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra. Freud sostuvo que una de las glorias del psicoanálisis era la coincidencia de investigación y tratamiento, si bien aclara que la técnica de ambas difiere. El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico. Si el psicoanálisis puede ser considerado una teoría científica es un asunto que en círculos académicos y profesionales continúa siendo controvertido.

El psicoanálisis es una teoría sobre los procesos psíquicos inconscientes, que presenta una concepción ampliada de la sexualidad, de sus relaciones con el acontecer psíquico y su reflejo en lo sociocultural. El supuesto de que existen los procesos, fenómenos y mecanismos psíquicos inconscientes junto al papel de la sexualidad y del llamado complejo de Edipo, que resulta en una diferenciación entre instinto y pulsión; así como la aceptación de la teoría de la represión y el papel de la resistencia en el análisis constituyen para Freud los pilares fundamentales de su

edificio teórico, al punto que sostiene que «quien no pueda admitirlos todos no debería contarse entre los psicoanalistas.

En las décadas siguientes a Freud, diversos psicoanalistas desarrollaron otras técnicas para la exploración e interpretación psicoanalítica de diversas manifestaciones culturales: desde los cuentos de hadas y mitos hasta el análisis de obras literarias mayores, del cine o de las artes plásticas.

I.1 El psicoanálisis como terapia

En el sentido estricto, el psicoanálisis puede ser definido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre. A diferencia de los métodos que se basan en ejercicios, entrenamiento o aprendizaje (como las técnicas conductuales) o de las explicaciones en el plano cognitivo, el psicoanálisis se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o develación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus afecciones, o son la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos.

Aunque frecuentemente se asocia esto a la introspección, constituye un malentendido esperar como objetivo esencial de la terapia psicoanalítica una comprensión racional acerca de las relaciones causales. Se trata más bien de lograr una reestructuración de más amplio alcance de la personalidad, muy especialmente de la vida afectiva y particularmente en aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar.

Según el psicoanálisis, los síntomas histéricos y neuróticos tienen un origen ligado a conflictos inconscientes, aspectos de los cuales, pese a ser ajenos por completo al consciente del analizado, pugnan por emerger a la conciencia. El retorno de lo reprimido, resultado de una represión fallida ante la fuerza emergente del material reprimido, es una formación de compromiso, ejemplo de lo cual constituye el síntoma histérico y, en general, el neurótico.

El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las determinaciones inconscientes de sus sentimientos, actitud o conducta. Freud, en una de las oportunidades en las que describe la operación que lleva a cabo la terapia analítica, lo hace en estos términos: "la rectificación con posterioridad del proceso represivo originario"

El analista por su parte, también debe respetar reglas, particularmente las tres siguientes:

- Escuchar al analizado con una atención parejamente flotante, es decir, sin privilegiar ningún elemento de su discurso, lo que implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención». En palabras de Freud, «el analista debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo.
- Mantener una actitud neutral, en cuanto a los valores, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal religioso, moral o social, no juzgar, no aconsejar. La posición debe ser igualmente neutral frente a las manifestaciones transferenciales y frente al discurso, es decir, no conceder una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.
- Observar una actitud de estricta abstinencia, lo que implica que el analista «no satisface las demandas del paciente ni desempeña los papeles que éste tiende a imponerle. El sentido de este principio es que la cura debe transcurrir de tal forma que el analizado no se sirva de ella para obtener satisfacciones sustitutivas de sus síntomas.

Freud afirmó que el individuo neurótico, cuyas necesidades eróticas infantiles permanecieron insatisfechas, podrá orientar sus requerimientos libidinosos hacia una nueva persona que surja en su horizonte, siendo muy probable que las dos porciones de su libido (la consciente y la inconsciente) participen en este proceso. Es por lo tanto perfectamente normal y comprensible que una carga de libido se oriente también hacia el psicoanalista. Este proceso da lugar a lo que en psicoanálisis se denomina transferencia.

II Breve intensiva y de emergencia

Consiste básicamente en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje este aprendizaje y reaprendizaje que provee usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de permiso para verter el súper yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos una actuación. Estas terapias proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

La psicoterapia breve considera desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en unas pocas cinco o seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se presentará atención terapéutica a cada variable.

Es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: 1) problemas de autoestima; 2) agresión frente a la presencia de; 3) un super yo severo, 4) un sentimiento de pérdida de amor, del amor de un objeto, o de parte de si mismo; 5) un sentimiento de desilusión, o de haber sido engañado; 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos) y del hecho que las personalidad es depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos de otra persona; 7) la personalidad depresiva en más dependiente, específicamente de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

En la terapia breve de la depresión, es importante poner atención a la presencia y rol de estos factores en el paciente individual, y notar los denominadores comunes históricos entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. A través de un trabajo vigoroso a través de los factores relevantes con apropiados métodos de intervención y una secuencia de métodos de intervención, la presión, en la experiencia, se da bastante bien ante una psicoterapia breve, en la mayoría de los casos.

Una historia pasada que contenga violencia será crucial, así como también lo será la estructura de personalidad específica. Un nuevo evento será interpretado en términos de la experiencia preexistente e de la estructura de la personalidad. Aquellos que ya un gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco.

En un sentido amplio se podría decir que la psicoterapia breve permite seguir adelante en el trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con el que exista anterior a la enfermedad, en ese sentido la psicoterapia breve no solo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general.

III Psicoterapia Junguiana

La psicoterapia junguiana acompaña al paciente en su proceso de individuación o crecimiento, desde una concepción finalista y prospectiva. Desde el momento presente y con la información biográfica esclarecida se trata de adecuar unas actitudes inoperantes o que confunden la existencia de la persona.

La psicoterapia junguiana utiliza el análisis de los sueños producidos en el inconsciente durante el dormir, y explica aspectos, elementos y actitudes que ahora han florecido a la consciencia y que pueden informar de rasgos de su personalidad y, de la energía psíquica que se está moviendo en el sujeto.

Por otro lado, se nutre de la simbología que aportan los sueños, la imaginación activa o la escritura espontánea.

El analista junguiano utiliza un sistema “cara a cara”, y de diálogo con el paciente. El proceso terapéutico acompaña al individuo para que se vaya aproximando a la resolución de su construcción neurótica y/o psicótica, vaya enfrentándose con sus complejos y consiga acercar las polaridades o contrarios.

La Psicoterapia Junguiana que se realiza sobre una base de Psicología Transpersonal, es lo más adecuado para toda persona que busca lo espiritual, que necesita poner en orden su mundo interior, para evolucionar verdaderamente.

Lo introducimos en una dimensión, donde muchas teorías y creencias humanas caen como inútiles, entrando a jugar otro factor, lo espiritual, que puede volver posible lo imposible. La autorrealización de Maslow es para Jung el proceso de individuación, es una propiedad de todo ser vivo, en virtud de la cual llega a ser lo que estaba destinado a ser, desde el principio. Su máxima expresión se encuentra en la psiquis humana.

El Sí-mismo, que es una fuente de Sabiduría y poder, entra en interacción con la personalidad individual durante toda la vida y va configurando una personalidad definida, que participa a su vez de manera activa y responsable. Desde el punto de vista junguiano, cuatro áreas en las que siempre se trabaja en toda Psicoterapia, que intente ahondar con profundidad.

- 1) La Sombra: Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rasgos indeseables, de los cuales uno no se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección. Hay que saber distinguir la sombra personal, de la sombra colectiva. Enfrentarse directamente con la sombra colectiva, puede llegar a ser una experiencia traumática y destructiva. Es la suma de las personas despiertas espiritualmente, trabajando cada uno en su medio, quienes van aportando luz y apartando las sombras del Inconsciente colectivo.
- 2) Complejo parental. Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres. La influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad,

se debe en gran parte a una imagen arquetípica de los padres primordiales que existe en toda psiquis.

El crecimiento espiritual puede quedar abortado, cuando no se han resuelto o elaborado los lazos que nos atan a nuestros padres. Este puede ser un paso decisivo, más aún, una verdadera iniciación, ya que en nuestra sociedad no se realiza ningún rito de paso en la pubertad, para acceder a la etapa adulta.

- 3) La Persona: Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo. Es como su nombre lo indica, sólo una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo estamos representando un rol, a través del cual habla la psiquis colectiva.

Es necesario ver en la Terapia, hasta dónde estamos representando roles que nos han impuesto, también en relación con el grupo familiar. Así el hombre de fuerte personalidad social puede ser un niño en su casa, cuando expresa sus reacciones emocionales. Aquí hay que trabajar en la capacidad de dirigir la propia vida, tomar las propias decisiones, y cultivarse basándose en las tendencias y talentos personales.

- 4) Complejos sexuales: Anima-*Animus*: Aspecto femenino interno del hombre-Aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el ánima del hombre, como el *animus* de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica.

A lo largo de la vida, van pasando por distintas fases de desarrollo y se proyectan en un hombre o mujer concretos. Como en el caso de persona, también entran a jugar determinados condicionamientos sociales y familiares; que deberán ser concientizados en el proceso terapéutico.

Trabajar con el Anima-*Animus*, a la par del Complejo parental, es la clave para que el consultante encuentre su pareja correcta.

Como vemos, por todo lo dicho hasta ahora, se trabaja en un nivel profundo y con plena participación del interesado. El acceso al Inconsciente se realiza a través del Análisis de los sueños y del uso de la técnica "Imaginación Activa". La Regresión al pasado, a diferencia de otras terapias, solamente se realiza cuando es necesario, y con un método apropiado para "zambullirse" y extraer el recuerdo correcto y preciso para la sanación.

Una búsqueda unilateral y exagerada de Armonía, puede indicar la huída de los propios conflictos internos. Como también atribuir todo lo desagradable que nos pasa a causas externas (vecinos, malas ondas, malos espíritus, los gobernantes, etc.) puede ser un mecanismo semejante al que ocurre en la infancia, cuando el niño proyecta en fantasmas nocturnos, sus temores de abandono afectivo.

III.1 Método terapéutico

El modelo psicoterapéutico junguiano se conoce también como *método sintético-hermenéutico*, siendo su finalidad facilitar el desarrollo del proceso de individuación o *autorrealización psíquica*. Toda individuación remite a la relación que se establece entre el Yo consciente y lo inconsciente colectivo a lo largo de la biografía del individuo.

En cada momento de dicho proceso vital va emergiendo progresivamente el carácter propio o individualidad psíquica, personificada a través del arquetipo del Sí-mismo, yo nuclear tanto de lo consciente como de lo inconsciente colectivo, a diferencia del Yo fáctico y condicionado, circunscrito a la consciencia. Individuación significaría por tanto llegar a ser un individuo, llegar a ser uno mismo, una unidad aparte, indivisible, un Todo. El despliegue del Sí-mismo como articulación de arquetipos previamente diferenciados en el proceso de individuación es el objeto específico de la Psicología analítica.

Los métodos más importantes aplicados por Jung y que definen su escuela podrían enumerarse en los siguientes:

1. El experimento de asociación de palabras que permite acceder a los complejos individuales.
2. El análisis y la interpretación de los sueños, de las visiones y de la imaginación. Ello implicaría métodos propiamente junguianos, así como la utilización de la amplificación a través de material arquetípico del simbolismo cultural e histórico general, como ayuda a las asociaciones propias del soñante. También es propiamente junguiano el análisis de *series de sueños*, dado que el análisis de un sueño aislado puede inducir a error.
3. El estímulo de la producción espontánea del inconsciente, en forma de palabra, signo, pintura, baile, etc.
4. La imaginación activa, que permitiría comunicarse con lo inconsciente *personificando* aquellas imágenes emergentes desde un estado de introspección o meditación voluntarios.

Todo proceso de individuación conlleva la constitución y diferenciación progresivas de todos aquellos representantes psíquicos, tanto complejos como arquetipos, cuya consciencia relativa es la meta de la Psicología analítica.

2.4.6.2 Psicoterapias cognitivo conductual

I Psicoterapia Racional Emotiva

Explica que el conocimiento que adquirimos está influido por las interpretaciones que imponemos a nuestras percepciones.

La TRE es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados.

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo ABC, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente. La terapia involucra el entrenamiento de este para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales por el terapeuta, el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

I.1 Técnicas

- *Insight* racional emotivo: La meta principal de esta técnica es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.
- Método socrático: Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- Imaginación racional emotiva: Consiste cada vez que la gente se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, están empleando imágenes racionales emotivas, la forma más eficaz de práctica emocional.
- Autoanálisis racional: Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones causa – efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.

- Las imágenes racionales emotivas: Su base descansa en el hecho neuropsicológico de que las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- Reestructuración racional sistemática: El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término, aprendan a funcionar como sus propios terapeutas.
- Debater creencias irracionales: Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.
- Autoexamen racional: Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus razones emocionales ante los hechos o eventos.

I.2 Aplicaciones

- Terapia individual: Esta indicada para personas que tienen dificultad en hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.
- Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.

- Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a si mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

II Modificación de la conducta y terapia de la conducta

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

II.1 Características en la modificación de la conducta

Aunque existe variedad de técnicas, objetivos de aplicación, y enfoques teóricos diferentes, se comparten ciertas características definatorias:

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico.
- La evaluación objetiva.
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

II.2 Técnicas de modificación de la conducta

a) Refuerzo positivo

Este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro.

Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.

b) Refuerzo negativo

Consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta.

c) Modelado

Consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias.

d) Encadenamiento

Consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas encajadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades.

Este procedimiento puede utilizarse para que adquiera nuevas habilidades (descomponiendo esa conducta en pasos, que se enseñarán mejor si empezamos por el último de la cadena) o para ensamblar las conductas del niño de modo que constituyan cadena y conseguir así que esas conductas se mantengan de forma natural (como procedimiento para mantener la conducta).

II.3 Procedimientos para reducir o eliminar la conducta

a) Extinción

Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir, en no dar la recompensa que la mantiene. La suspensión de reforzamiento debe ser completa; no se debe administrar nunca para esa conducta (si no estaríamos recompensando de “forma intermitente”, que como hemos visto antes es un procedimiento para mantener la estabilidad de una conducta).

b) Reforzamiento de conductas incompatibles

Es un método complementario de cualquier intento de eliminar una conducta problemática. Se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar (ignorarla). El aumento de la conducta alternativa incompatible conlleva una disminución de la conducta indeseable.

c) Aislamiento o tiempo fuera

Es un procedimiento que puede ser de gran utilidad cuando no podemos retirar el reforzador que mantiene la conducta. Lo que se hace es sacar a la persona de la situación en la que se encuentre cuando realiza la conducta que deseamos suprimir.

d) Control de estímulos

Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza) la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Aunque en un principio sean neutrales, como consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella.

e) Costo de respuesta o castigo negativo

Consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta (algún reforzador disponible). Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que gusta, pero no hace uso de estimulación aversiva.

f) Práctica positiva

Este método consiste en hacer que la persona practique, durante periodos de tiempo determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta inapropiada. No se mejora, sino que se ejecuta el comportamiento adecuado. Este procedimiento tiene efectos rápidos y de paso enseña conductas aceptables a los niños.

g) Saciedad

Con este procedimiento conseguimos suprimir una conducta, basándonos en la utilización del propio reforzador que la mantiene, porque aumentando de forma considerable la administración de reforzamiento hacemos que el reforzador pierda su valor como tal.

h) Castigo

Consiste en aplicar una consecuencia punitiva a una conducta. El castigo debe ser usado sólo y exclusivamente cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida del niño esté en peligro y ello pueda evitarse recurriendo al castigo.

III Psicoterapia de grupo

Se define como el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y paciente. La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en dicha dinámica puede pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

III.1 Breve historia de la psicoterapia de grupo

Fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de “clases colectivas” a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos. El método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica.

Su técnica se apoya en dos pilares:

- Activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, estímulo y solidaridad en el grupo.
- El terapeuta asume el papel de figura paternal idealizada

Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal:

- Técnicas grupales analíticas
- No directivos y terapia gestalt

Estas corrientes se aplican a diversos tipos de grupos en las cuales podrían mencionarse, familiar, parejas, grupos de encuentro, de crecimiento, terapia represiva inspiradora (Método de Pratt)

III.2 Características del grupo (González Núñez (1992))

Interacción. Espacio temporal donde se relacionan los miembros del grupo.

Percepción y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es una parte del todo.

Motivación y necesidad de satisfacción, (estatus, poder, éxito, etc.).

Metas del grupo. Estas pueden tratar de lograr metas de diferentes ídoles, (laborales, escolares, entre otros).

III.3 Propiedades de los grupos

- Voluntad y beneplácito: La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y en el consentimiento de sus miembros de pertenecer a él.
- Identificación: Esta puede ser positiva o negativa, dependiendo de las características emocionales de sus miembros.
- Cohesión: Cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que estos permanezcan en él.
- Meta común: Es necesaria la existencia de una meta en común, para que el grupo se reúna.

III.4 Beneficios de la terapia grupal

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente:

- Dificultades en las relaciones con otras personas
- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- Depresión y ansiedad
- Las pérdidas
- Los traumas
- Trastornos de la personalidad

2.4.6.3 Psicoterapias Humanistas

I Terapia Centrada en el Cliente

La Terapia Centrada en la Persona, conocida también como "Relación de Ayuda", "Terapia no directiva", "*Counselling*", "Terapia Centrada en el Cliente" o "Terapia *Rogeriana*" Fue desarrollada por el psicólogo Carl Rogers (1902-1987).

El modelo de Carl Rogers pertenece a la corriente de la Psicología Humanista. La Psicología Humanista promueve los aspectos más humanos de la persona, como son: la libertad, creatividad, trascendencia, responsabilidad, autonomía.

I.1 Cliente en oposición a paciente

El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación del vocablo, relacionado con la patología, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta o sanador. La contrapropuesta es que no existe tal cosa como la enfermedad mental, sino formas disfuncionales de vivir.

I.2 Actitudes básicas para la relación de ayuda

Según Carl Rogers, una relación servirá de ayuda si la forma de ser persona con el otro refleja tres actitudes básicas:

1. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
2. La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
3. La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.
La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta.
4. El cliente debe estar en un estado de incongruencia
5. Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida.

I.3 El proceso de convertirse en persona

Rogers describe el proceso que viven las personas que ingresan a terapia y describe siete etapas.

1. Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
2. Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un ambiente que no le condiciona, lo que

convierte en innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.

3. Desarrollo y flujo de la expresión simbólica: la persona en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.
4. Flexibilización de los constructos y flujo de los sentimientos: se comienzan a cuestionar los valores y creencias que han llevado a la persona a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, en esta etapa se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.
5. Flujo orgánico: la estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.
6. Inicio de la experienciación plena: es la fase de la terapia en que las personas llegan al "punto de no retorno", donde es posible que abandonen el proceso terapéutico y no experimenten retrocesos dados que toman conciencia de que son ellas las responsables de su vivencia y experiencia.
7. Fluidez: es la descripción de una persona que funciona plenamente.

I.4 Aplicación de la terapia centrada en el cliente del enfoque rogeriano

Las experiencias terapéuticas, de consejería y orientación, desde la perspectiva rogeriana, abarcan una amplia gama que va del trato de personas normales, en condiciones pedagógicas o vocacionales, hasta la psicoterapia en psicóticos esquizofrénicos.

Hay aplicaciones de esta concepción en diversas áreas como la clínica, la educación, las relaciones de pareja, la ludo terapia, la dinámica de grupos (los famosos grupos de encuentro), etc. Cubre un amplio espectro de edades, desde niños de dos años hasta ancianos. Y esto es posible, creemos, porque el enfoque no directivo o centrado en el cliente constituye además de una técnica, aplicable a tal o cual problema, una concepción del ser humano y de las relaciones

interpersonales. Por ello trasciende los linderos del consultorio para conformar una teoría sobre el "buen vivir", esto es, sobre el vivir plenamente, en constante superación, abiertos a todas las experiencias, sin miedo, con capacidad de elección y de responsabilizarnos por lo elegido.

También se puede mencionar: Depresión, Ansiedad y tensión emocional, estrés y agotamiento psíquico, dificultades de comunicación y/o relación, crisis personal o de pareja, conflicto padres-hijos, angustia existencial, deseos de cambio y crecimiento personal

II. Terapia Gestáltica

La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista (o Tercera Fuerza), la cual se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para desarrollar el potencial humano.

II.1 Fundamentos de la terapia Gestalt

La terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo.

Utiliza el método del darse cuenta ("*awareness*") predominando el percibir, sentir y actuar. El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

Se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a qué el terapeuta lo cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta.

En esta terapia, el cliente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo le guía y le ayuda para que lo consiga, haciendo más bien una función de observador externo y no tanto de "el que cura".

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

II.2 Conceptos principales

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.
- El darse cuenta ("*awareness*", en inglés): es el paciente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- Aceptar lo que uno es: no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.
- Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué: ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?

II.3 Aplicación de técnicas de la Gestalt

En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente:

a) Técnicas Supresivas

Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

➤ Entre las Principales Supresivas tenemos:

- a) Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- b) Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- c) Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
- d) Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

b) Técnicas Expresivas

Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

➤ Expresar lo no expresado

- a) Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores o situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
- b) Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- c) Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

➤ Terminar o completar la expresión

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

➤ Buscar la dirección y hacer la expresión directa

- a) Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se dé cuenta de su significado.
- b) Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

c) Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace.

c) Técnicas Integrativas

Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- a. *El encuentro intrapersonal*: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos.
- b. *Asimilación de proyecciones*: Se busca que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

III Logoterapia

Propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

La logoterapia es la "tercera escuela vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra, Viktor Frankl. Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "voluntad de poder" o la "voluntad de placer" de Freud.

III.1 Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático.

En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.

En la de reflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.

En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.

En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.

El diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de dios u otro ser sobrenatural. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

III.2 Aplicación de la logoterapia en:

- Grupos de: padres que han perdido hijos, que tienen hijos con enfermedades terminales o hijos con enfermedades crónicas.
- Enfermos terminales, tanatología.
- Enfermos y familiares de VIH y SIDA.
- Infractores menores.
- Cárceles y prisiones.
- Enfermos de Esclerosis múltiple, cáncer.
- Hospitales.
- Comunidades religiosas.
- Comunidades de personas en extrema pobreza.
- Adolescentes con conflictos existenciales.
- Atención a personas que padecen adicciones y co-dependencias, entre otras.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el presente capítulo se da a conocer la metodología utilizada para la realización de la práctica profesional dirigida, la planificación de las actividades, así también los cronogramas y agendas, empleadas.

3.1 Programa de la práctica

I. Propósito del curso

La práctica profesional dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

La práctica profesional dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

II. Competencias a fortalecer

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Investiga temas relacionados de interés en la aplicación práctica de la Psicología

- Resuelve problemas sociales ocasionados en las áreas de riesgo de la sociedad guatemalteca.
- Brinda ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica así como a poblaciones en riesgo con el fin de promover la salud mental en Guatemala
- Atiende casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca

III. Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico
4. Detección y atención de casos
5. Capacitación en salud mental
6. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
7. Atención a comunidades de riesgo
8. Detección de situaciones de resiliencia
9. Creación de programas y proyectos

IV. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La práctica profesional dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una

vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

V. Formas, técnicas y procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
I fase	
Resumen del libro la entrevista psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica	5 puntos
Elaboración de referente metodológico	5 puntos
Elaboración de marco de referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II fase	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III fase	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del informe	5 puntos
Presentación completa del informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2 Cronograma de actividades

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02) 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p> <p>Visita al centro de práctica , acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos</p>
La entrevista	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	<p>Guía de lectura Valor 5 puntos</p>
<p>Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>En centro de práctica: Investigación marco de Referencia Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>

Continuación de cronograma de actividades

Contenido	Actividades	Evaluaciones/entrega de trabajos
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>Elaboración de Referente metodológico</p> <p>En centro de práctica</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p> <p>Discusión de casos</p>	<p>Entrega y revisión del Marco de referencia. Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>
<p>Marco de referencia</p>	<p>Elaboración de Marco de Referencia</p>	<p>Entrega y revisión Valor 5 puntos</p>
<p>Análisis y discusión de formas De Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>-Psicoterapias Humanistas</p> <p>--Psicoterapias Conductistas</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Informes Mensuales / cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)</p>

II fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades Primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos
Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias clínicas completas Valor 5 puntos Participación
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema Valor 5 puntos
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y selladas
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica	Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos
Primera revisión de Informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe Valor 5 puntos
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Lugar: Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES

Coordinadora: Esperanza Altamirano

Alumna practicante: Doris Beatríz Martínez Rompich

Ciclo: 2012

Meses de enero y febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Informar sobre el contenido temático de práctica.</p> <p>Organizar las actividades a realizar durante la práctica dirigida v.</p> <p>Identificar el proceso de entrevista</p>	<p>Elaboración carta de solicitud para centro de práctica.</p> <p>Elaboración de planificación anual de actividades generales de práctica dirigida</p> <p>Elaboración de resumen de lectura entrevista psiquiátrica de Sullivan</p>	<p>Clases magistrales de parte de la catedrática del curso.</p> <p>Instrucciones verbales, de parte de la catedrática.</p> <p>Lectura de libro, la entrevista psiquiátrica de Sullivan.</p> <p>Comprobación de lectura.</p>	<p>Programa de estudio.</p> <p>Formatos para planificación anual.</p> <p>Formato de solicitud para centro de práctica.</p> <p>Libro entrevista psiquiátrica de Sullivan.</p> <p>Lista de preguntas.</p>	<p>Se informa sobre el contenido del curso de práctica dirigida V.</p> <p>Planifica las actividades a desarrollar durante el año.</p> <p>Se informa sobre el proceso de entrevista.</p>

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Conocer el centro de práctica.	Visitar centro de práctica.	Concertar cita con coordinación del centro de práctica. .	Carta	Se identifica el centro de práctica.
Presentar la carta de solicitud para realizar la práctica.	Hacer acuerdos con autoridades del C. P.	Entregar la carta de práctica.	Carta	Se acepta a la practicante para realizar la práctica.
Realizar un recorrido en las instalaciones de la institución.	Diagnóstico institucional.	Hacer un recorrido conociendo las instalaciones.	Formato de diagnóstico institucional	Se recorre las instalaciones.
Observar actividades	Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado	Observación directa.	Personal, cuaderno de apuntes y lapicero.	Se interrelaciona con el personal del centro de práctica.
Integrar actividades del centro de práctica.				
Investiga marco de Referencia, y referente metodológico.	Investiga documentos de registro.	A través de entrevista, e investigación documental.	Control de registro, historia clínica, plan terapéutico, informe clínico.	Elabora marco de referencia.
Investiga problemática principal atendida en el Centro de Práctica	Participación e investigación	Poseer criterio y ojo clínico. Atención de casos.	Historias clínicas, expediente de pacientes.	Identifica la problemática principal.

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Facilitar talleres grupales.	Impartir temas de autoestima, violencia intrafamiliar, comunicación, entre otros.	Dinámica rompe hielo. Dinámica introducción al tema. Exposición del tema	Cañonera Material didáctico Recurso humano. Recurso institucional. Físico	Facilita talleres grupales y entrega informes.
Discutir casos entre compañeros.		Panel foro	Moderador Panelistas Sillas	Participa en la solución de problema.

Mes de junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Dar atención psicológica a pacientes del centro de práctica.	Elaboración de Historias Clínicas Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Entrevista psicológica con pacientes. Aplicación de test. Clases magistrales.	Formato de entrevista. Test DSM IV TR. Internet Libros de Psicología.	Adquiere nuevos conocimientos y experiencia.

Mes de julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Dar atención de casos individual y de pareja.	Atención de casos individuales y familiares	Entrevista psicológica Terapia de pareja	Formato de entrevista. Expediente de paciente.	Adquiere experiencia y aporta conocimiento.

Mes de agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar un Proyecto de salud mental para población del área rural.	Propuesta de proyecto. Elección de proyecto. Organización del proyecto. Contacto con autoridades para ejecutar el proyecto. Presupuesto de proyecto Entrega de carta de Para la Institución que apoya.	Trabajo grupal Delegar funciones Trabajo individual Participativa	Pizarrón Marcador Cuaderno Lapicero Financiero. Refacción Carta de agradecimiento	Organiza proyecto de salud mental. Concluye satisfactoriamente la práctica dirigida.
Finalizar actividades en el centro de práctica	Clausura en centro de Práctica.			

Mes de septiembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Promover en el área rural salud mental.	<p>Promoción de la actividad.</p> <p>Invitación a los participantes.</p> <p>Ejecución del proyecto de salud mental.</p> <p>Elaboración de grafica y tabla de resultado.</p>	Uso de volantes, anuncio radial, y afiches.	<p>Recursos económicos.</p> <p>Donaciones</p> <p>Mobiliario y equipo.</p> <p>Humano</p>	Promueve la salud mental en el área rural.

Mes de octubre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar informe final	<p>Elaboración de borrador.</p> <p>Presentación para primera revisión.</p> <p>Segunda revisión</p>	<p>Recopilación de trabajo realizado.</p> <p>Revisión y corrección de contenido</p>	<p>Trabajos de investigación.</p> <p>Instructivo Universidad Panamericana</p> <p>Guía elaboración de informe final</p> <p>Borrador de informe.</p>	Presenta informe para su revisión.

Mes de noviembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Entrega el informe final de práctica dirigida.	Tercera revisión	Integración de contenido corregido.	Borrador primera y segunda revisión.	Presenta informe final.
Culmina con la práctica profesional dirigida.	Examen final	Preguntas y respuestas, escritas.	Test de evaluación	Aprobar el curso satisfactoriamente.

F: _____
Doris Beatríz Martínez Rompich
Alumna Practicante

F: _____
Vo. Bo. Licda. Sonia Pappa
Asesora de práctica V

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la práctica profesional dirigida, de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

A continuación se dan a conocer los logros, limitaciones, conclusiones y recomendaciones a las cuales se llegaron.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

Lo amarillo son faltas de ortografía

- ✓ Se contribuyó al logro de resultados en la planificación anual de AMES, brindando atención psicológica a la población en general.
- ✓ Se atendieron 17 casos entre hombres, mujeres y niños que llegaron a solicitar apoyo psicológico.
- ✓ Se atendieron casos de: trastorno depresivo mayor episodio único, problemas conyugales, trastorno negativista desafiante, abuso sexual, entre otros.
- ✓ Se brindaron talleres grupales a promotoras en salud de AMES, padres de familia, alumnas estudiantes, miembros de iglesia.
- ✓ Se amplió conocimiento en el área desarrollada.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ La mayoría de las personas atendidas por ser de escasos recursos, no asistieron a sus citas programadas.
- ✓ El traslado de oficinas disminuyó la afluencia de pacientes.
- ✓ Por falta de recursos la institución no cuenta con un profesional para dar atención psicológica y talleres.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ La práctica profesional dirigida es parte fundamental en el alumno psicólogo, para adquirir nuevos conocimientos.
- ✓ Es muy importante concientizar y fortalecer a la población a través de talleres.
- ✓ A través de la atención casos se pudo compartir conocimientos con personas necesitadas.
- ✓ Es necesario contar con un área exclusivo para la atención psicológica.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Es necesario que el centro de práctica cuente con un profesional para brindar atención psicológica.
- ✓ Contar con un espacio adecuado para el paciente desplaza en él, comodidad y confianza para expresar lo que siente.

4.1.5 Presentación de Historias Clínicas

Caso No. 01

I. Datos generales

Nombre: XXXXX

Sexo: F

Edad: 10 años

Religión: Católica

Escolaridad: 4to. primaria

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Comenta la madre que de parte de la escuela de su hija la han referido a psicología, debido a que la niña no hace las tareas y últimamente se ha peleado con algunas de sus compañeras.

III. Historia del problema actual

En marzo de 2012 se acerca la madre para solicitar apoyo psicológico. Comenta la madre que de parte de la escuela de su hija la han referido a psicología, debido a que la niña no hace las tareas y últimamente se ha peleado con algunas de sus compañeras de clase.

También porque se ha alejado del grupo de compañeras y últimamente se mantiene sola y llora mucho cuando la maestra le pregunta que tiene en los recreos, en clase platica mucho y se distrae. En la casa desobedece a su madre y se enoja cuando la ponen a hacer oficios.

Según la madre el mal comportamiento de la niña se debe a que el padre le mete cosas en contra de ella, ya que según él, ella anda con varios hombres.

IV. Factores precipitantes

Las llamadas telefónicas de su padre que está en los Estados Unidos, han provocado que la niña se haya vuelto rebelde y agresiva con la mamá y en la escuela.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La niña ya no soporta platicar con el papá, ya que todos los días durante tres años seguidos, únicamente la llama para decirle que su mamá es una cualquiera y que ella y su hermanita son iguales a su mamá.

Por tres años el papá le ha dicho lo mismo todos los días. La niña muestra estar aburrida de las llamadas de su padre y confiesa ya no querer contestarle, pero lo hace ya que el papá la ha amenazado diciendo que si no le dice con que hombre anda, cuando él regrese la va a matar.

La madre se encuentra preocupada porque ya son varias las notas que ha recibido de parte de la maestra, en las cuales reporta que la niña no hace tareas y últimamente se ha peleado con otras niñas, no quiere participar en actividades deportivas y le contesta a su mamá.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La niña ha crecido sin el amor de sus padres, quienes se casaron por compromiso cuando la madre quedó embarazada de ella. El padre está en los Estados Unidos desde hace 6 años cuando la niña tenía 4 años.

Han tratado de darle lo necesario pero no afecto ni amor. Aunque tiene a su madre a su lado, ha empezado a tenerle cierto rechazo ya que desde que ella recuerda su madre la ha golpeado para todo y que cuando ha tenido problemas con su papá siempre se ha desquitado con ella, golpeándole en la cabeza, pegándole con mangueras en la espalda y piernas.

Le ha dicho que es una bruta y una tonta y que por su culpa ella sufre lo que el papá le hace. También le reclama que por su culpa ella se caso con su papá y que si ella no hubiera nacido no estuviera sufriendo.

VII. Historia médica

Relata la madre que desde muy pequeña (no recuerda edad exacta) la niña ha padecido de una enfermedad en los ojos y que actualmente le cuesta ver. Le han hecho exámenes pero estos los llevo hace un par de meses al Hospital Roberto Robles de la ciudad capital. El 2/05/12 la van a intervenir por eso ya no podrá asistir a citas.

VIII. Historia familiar

La madre relata que lleva 13 años de casada con su esposo, pero desde hace 6 años él se fue para Los Estados Unidos para ganar mejor y construir su casa. La madre confiesa que por despecho se caso con su esposo y que porque quedo embarazada de la paciente, también comenta que nunca ha amado a su esposo y que su hija ha sido una niña no deseada.

Cada vez que discuten con el esposo (situación de todos los días) se remata con la niña pegándole e insultándole, de igual forma cuando lleva una nota de parte de la escuela. Cada vez que su esposo la llama es para decirle que ella lo traiciona y la regaña como que fuera pequeña.

En el caso de sus hijas, las regaña como que fueran grandes, las compara con la mamá diciéndoles que son unas cualquiera. Concluye diciendo que nunca han sido felices.

La paciente expresa con lágrimas que su mamá siempre le ha pegado y que en cierta ocasión se paro en su cabeza, también que le ha dejado morada la espalda y sus piernas. Siente que sus padres no la quieren, solo su hermanita la quiere. De tanto que el papá le repite que su mamá lo engaña, ella ha llegado a pensar que es cierto y en la escuela solo piensa que su mamá anda con otros hombres, cuando piensa eso le duele la cabeza y no tiene ganas de hacer nada.

En la escuela también sus compañeritas le dicen que su mamá es una cualquiera. También piensa que su papá tiene otra mujer porque cada vez que hablan, escucha a una mujer hablar y a unos niños que gritan. Ya no tiene ganas de ir a la escuela, hacer tareas y le da mucho sueño.

IX. Examen mental

La paciente viste de acorde a su edad, es muy amable y se expresa con libertad, contesta de acuerdo a la entrevista, escucha bien, parpadea muy frecuentemente, su tono de voz es moderado, se ve triste, bosteza, y le da mucho sueño. Reconoce que sus papas no la quieren, solo su hermana menor.

X. Criterios diagnósticos

- No hace las tareas
- Se pelea con algunas de sus compañeras de clase
- Alejada del grupo de compañeras
- No participa en actividades deportivas

- Se mantiene sola
- Lloro mucho
- Platica mucho en clase
- Se distrae
- Desobedece a su madre
- Se enoja
- Rebelde
- Agresiva
- Contesta a su mamá
- Le duele la cabeza
- No tiene ganas de hacer nada
- No tiene ganas de ir a la escuela,
- Le da mucho sueño.

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno	Código	Criterios
Eje I	Trastorno negativista desafiante	F91.3 (313.81)	Pag. 118 (1) Enojo (2) Discute con su mamá (3) desobedece a su mamá (4) se pelea con otras niñas (5) Lloro mucho
Eje II	Sin Dx		
Eje III	Sin Dx	La madre no sabe específicamente que enfermedad tiene en sus ojitos.	
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		
Eje V	EEAG 31 - 40		

XII. Pronóstico

Favorable pero con ayuda psicológica, medica y con apoyo de parte de la madre, ya que de no contar con su apoyo podría presentar un cuadro de depresión.

XIII. Plan terapéutico

La psicoterapia a trabajar en la paciente es la cognitivo conductual y las técnicas a desarrollar son:

- Autoestima
- Tema el perdón
- La silla vacía
- Capsulas de motivación

Se solicitará a la madre que averigüe diagnóstico médico de la paciente y se aplicará el test de la familia para indagar su dinámica familiar.

Caso No. 02

I. Datos generales

Nombre: XXXXX

Sexo: M

Edad: 84 años

Religión: Católica

Escolaridad: Ninguna

Ocupación: Agricultor

Estado civil: Viudo

II. Motivo de consulta

Paciente refiere tener insomnio, falta de apetito, dolor de cabeza y deseos de morir. Esta situación inicio ocho meses atrás cuando falleció su esposa.

III. Historia del problema actual

En mayo de 2012 su familia solicito por primera vez atención psicológica para el paciente, debido a que empezó a presentar insomnio, falta de apetito y dolor de cabeza ocho meses atrás. Esta situación empeoro en el mes de enero de 2012, aunado a miedo al dormir, fiebre, frio, boca amarga, debilidad, falta de apetito, dolor de estomago, vista borrosa, con ganas de morir y dolor en el pecho (lado Izquierdo).

IV. Factores precipitantes

El paciente relata que hace ocho meses murió su esposa con quien no vivía feliz desde hace 20 años ya que ella lo traiciono y empezó a beber.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El paciente piensa que es mejor morir ya que siente que no cuenta con el apoyo de todos sus hijos, piensa que para algunos de ellos es una carga más ya que no tienen tiempo para visitarlo ni atenderlo.

Lamentablemente no se cuenta con el apoyo de todos los hijos para que el paciente asista al médico para realizarse exámenes y a sus terapias.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Actualmente atiende una tiendita que era de su esposa, ese lugar le trae muchos recuerdos de ella y le da tristeza y prefiere pasársela durmiendo todo el día. Cuando amanece nublado le da fiebre, también comenta que se siente muy solo y no tiene ganas de hacer nada, solo quiere dormir y no tiene apetito.

Toda su vida la ha dedicado en el campo, le gusta mucho la agricultura. A veces tiene el deseo de ir al campo pero como ya no ve y no cuenta con la compañía de ningún familiar, decide no salir, siente que esto lo está acabando más.

XI. Historia médica

Comenta que hace 10 años lo operaron de ambos ojos y recuerda que entre el mismo tiempo, también lo operaron de la vesícula. Considera haber quedado bien, pero cuando murió su esposa empezó a presentar vista borrosa y fuerte dolor en el estomago. Según comenta, algunos médicos le han diagnosticado gastritis.

XII. Historia familiar

El paciente procreó 9 hijos con su finada esposa, hace 20 años asistían a reuniones con un grupo de su congregación, no entiende cómo fue que su esposa se alejó del grupo y comenzó a traicionarlo y a beber licor.

El considera no haberle dado una mala vida, al contrario le pedía que dejara el licor y esa mala vida, le daba de comer y la salía a buscar cuando ella no llegaba. Su finada esposa no cesó y a raíz de eso, decidieron separarse aunque vivieron en el mismo terreno pero en cuartos diferentes.

Con el paso de los años, su esposa tuvo una mini tienda de la cual obtenía algunos ingresos. Siente que algunos de sus hijos apreciaban más a su esposa que a él.

Al fallecer ella hace 8 meses, los hijos decidieron que el atendiera la tiendita, según relata una nueva, fue con el propósito de que se distrajera. Pero el paciente comenta que eso le pone triste. Algunos familiares han querido llevárselo a sus hogares para ayudarlo a salir de la tristeza, pero el paciente no quiere ya que le es difícil dejar su hogar y a sus animales.

XIII. Examen mental

El paciente viste de acorde a su edad, es muy amable y contesta de acorde a la entrevista, escucha bien, su tono de voz es moderado, habla lento, pero tiene un lenguaje coherente. Bosteza demasiado, se ve triste y decaído, su estado de ánimo es deprimente con deseos de dormir, se encuentra ubicado en tiempo y espacio, sabe bien su nombre, reconoce que siente tristeza por el fallecimiento de su esposa.

XIV. Criterios diagnósticos

- Insomnio
- Falta de apetito
- Dolor de cabeza
- Miedo al dormir
- Fiebre

- Frio
- Boca amarga
- Debilidad
- Dolor de estomago
- Vista borrosa con
- Ganas de morir
- Dolor en el pecho (lado izquierdo)
- Triste

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno	Código	Criterios
Eje I	Trastorno depresivo mayor episodio único, grave sin síntomas psicóticos	F32.2 (296.23)	Pag. 399 (1) Tristeza (2) disminución de interés (3) Insomnio (4) fatiga o perdida de energía (5) pensamientos suicida
Eje II	Sin Dx		
Eje III	Sin Dx		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		
Eje V	EEAG 41 - 50		

XII. Pronóstico

Favorable si el paciente con apoyo de su familia, realiza las tareas en casa y asiste a sus terapias programadas, de lo contrario no tendría éxitos el tratamiento y el paciente podría empeorar llegando al suicidio.

XIII. Plan terapéutico

La psicoterapia a utilizar es la cognitivo conductual y se describen algunas técnicas:

- Promover el *insigth* en el paciente para que se alimente bien
- Promover el *insigth* en la familia para que no lo dejen solo y lo alejen de la tienda ya que este es el lugar que más lo deprime.
- Sugerirle que salga a distraerse
- Sugerirle que haga lo que le gusta (ir a misa, al campo, acompañado de otra persona)
- Técnica de la silla vacía
- Tema el perdón

También se referirá a un cardiólogo y gastroenterólogo para tratamiento médico.

Caso No. 03

I. Datos generales

Nombre: XXXXX

Sexo: F

Edad: 29 años

Religión: Católica

Escolaridad: 1ro. primaria

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

II. Motivo de consulta

La paciente solicita apoyo psicológico debido a que se entero que su cónyuge la traiciono y tiene otra mujer embarazada. Por tal razón la paciente presenta desesperación, no tiene ganas de hacer nada, dolor de cuello, tristeza y tiene pensamientos suicidas.

III. Historia del problema actual

Decidió solicitar apoyo en marzo de 2012, hace 5 meses su esposo regreso de Estados Unidos, al momento de regresar volvió indiferente con ella y sus hijos. Se dio cuenta de que una mujer lo llamaba muy seguido, a causa de ello iniciaron algunos problemas entre ellos, ella le pregunto que quien era y él le confesó que la había traicionado y que tenía otra mujer embarazada en dicho estado.

Han tenido varias discusiones y ella ya no siente placer sexual con él. También le molesta que trate mal a sus dos hijos. Por el viaje de su esposo quedaron endeudado, para sostener el hogar ha iniciado un pequeño negocio con una mini tienda. Las ventas son muy bajas, el esposo la viola psicológicamente, continua comunicándose con la otra mujer, es muy indiferente con sus hijos y no aporta a la economía familiar.

Todo lo anterior la ha llevado a sentirse desesperada, no tiene ganas de nada, tiene dolor de cuello, en el día le da sueño, en la noche padece de insomnio y tiene pensamientos suicidas. Todo ello la pone triste.

IV. Factores precipitantes

La paciente relata que hace 5 meses cuando regreso su esposo iniciaron serios problemas, al enterarse de una traición y un embarazo fuera del hogar.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación está preocupando a la paciente ya que está consciente de que si se suicida, sus hijos sufrirían y llevarían malos tratos de parte de los familiares. Esta situación ha llevado al niño mayor a bajar su rendimiento escolar ya que ha empezado a dejar clases.

El hijo menor está empezando a comportarse muy agresivo y rebelde con su papá, únicamente se acerca a él con el interés de que le compre algo cuando salen a hacer mandados.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente viene de una familia desintegrada, la relación con su finado padre no fue buena y actualmente no tiene mucha comunicación con su mamá ni sus hermanos. Tiene más apoyo de sus suegros y cuñadas.

Antes de que deportaran a su esposo, ella tenía una mini tienda en su hogar pero la cerro cuando iniciaron los problemas. Actualmente abrió nuevamente su tienda pero esta vez en la casa de su suegra ya que esa calle es más transitada, ella espera vender un poco más que en la que tenía anteriormente.

El esposo no invierte ni un solo centavo para el negocio, al contrario le pide dinero para sufragar sus necesidades personales.

VII. Historia médica

La paciente expresa que no ha padecido de enfermedades graves, únicamente de gripes y tos. Pero la semana pasada visito al medico por dolor de cabeza e hinchazón de estomago, comenta que está planificando y el médico le pidió realizarse un papanicolau. Por falta de recurso económico no se pudo realizar este examen.

VIII. Historia familiar

Lleva 12 años de casada, tiene dos hijos varones uno de 10 años y otro de 6 años. Hace 5 años su esposo se fue de forma ilegal hacia Los Estados Unidos con el propósito de trabajar y construir su casa.

Se metieron a un préstamo con el cual compraron un lote, esté seria herencia para sus hijos. Migración detuvo a su esposo y lo encarcelaron por un año y 11 días, de este hecho ella asegura que no sabía nada. Hace 5 meses ve la nada ve llegar a su esposo y en ese momento se entera de lo sucedido.

Él regresa indiferente con ella y con sus hijos, les echa la culpa de que lo hayan encontrado. Días después de su regreso, la paciente se da cuenta que una mujer llama a su esposo, ella empieza a indagar y encuentra unos mensajes que decían “te extraño” “cuando vas a regresar”. En ese momento interroga a su esposo y él de una forma muy fría le confiesa que la ha traicionado y que dentro de unos meses volverá a ser papá.

Los hijos sienten cierto rechazo hacia el papá y no quieren estar junto a él. El mayor se encuentra en 5to. grado y ha empezado a perder cursos. El menor esta en preparatoria y a empezado a ser agresivo y rebelde con el papá.

IX. Examen mental

La paciente viste de acorde a su edad, es muy amable y contesta de acorde a la entrevista, escucha bien, su tono de voz es moderado, dice malas expresiones, Se ve muy preocupada, triste, bosteza, y padece de insomnio.

Tiene poca capacidad de *insight*, piensa que es mejor morir para ya no sufrir más.

X. Criterios diagnósticos

- Desesperación
- No tiene ganas de hacer nada,
- Dolor de cuello
- En el día le da sueño
- En la noche padece de insomnio
- Tiene pensamientos suicidas
- Dolor de cabeza
- Hinchazón de estomago
- Tristeza

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno	Código	Criterios
Eje I	Trastorno depresivo mayor episodio único, grave sin síntomas psicóticos	F32.2 (296.23)	Pag. 399 (1) Tristeza (2) disminución de interés (3) Insomnio (4) fatiga o perdida de energía (5) pensamientos suicida
Eje II	Sin Dx		
Eje III	Sin Dx		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas económicos		
Eje V	EEAG 41 - 50		

XII. Pronóstico

Favorable si continúa con tratamiento psicológico y busca apoyo médico por problemas orgánicos. De lo contrario podría empeorar llegando a un posible suicidio.

XIII. Plan terapéutico

La psicoterapia a emplear es la cognitivo conductual y las técnicas a trabajar son las siguientes:

- Taller de autoestima
- Trabajar el perdón
- Insigh en la paciente para que luche por sus hijos y se alimente bien
- Ejercicios de relajación
- La silla vacía

Psicoterapia psicoanalítica

- Catarsis

A la vez se referirá a un gastroenterólogo para tratamiento de gastritis.

Caso No. 04

I. Datos generales

Nombre: XXXXX

Sexo: F

Edad: 37 años

Religión: Evangélica

Escolaridad: 2do. Primaria

Ocupación: Operaria de Exportadora

Estado civil: Viuda

II. Motivo de consulta

Tres meses atrás visitó a un medico ya que tenía fuertes dolores de cabeza, espalda, cuello y no conciliaba sueño. El médico le recomendó buscar ayuda psicológica ya que su problema no era de tipo orgánico. También manifiesta que no tiene apetito y que desea suicidarse.

III. Historia del problema actual

Decidió solicitar apoyo en junio de 2012. Tres meses atrás visitó a un medico ya que tenía fuertes dolores de cabeza, espalda, cuello y no tiene sueño. El médico le recomendó buscar ayuda psicológica ya que su problema no era de tipo orgánico. Comenta que hace algunos días los síntomas han empeorado y que ahora ya no quiere comer, ha tenido pensamientos suicidas y cada día está más triste.

Por temor no había solicitado apoyo psicológico, pero ahora siente que ya no puede más, por ello se lleno de valor y se acerco a pedir ayuda.

IV. Factores precipitantes

La paciente comenta que su esposo murió hace un año y ocho meses en un accidente en motocicleta.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación está preocupando a la paciente ya que está consciente de que si llega a morir, sus hijos quedarían desprotegidos porque no cuentan con el apoyo de nadie más. Ella es la única que trabaja para el sostenimiento del hogar, su otra preocupación es que desde hace un mes que no tiene trabajo.

Actualmente los hijos la están apoyando emocionalmente en su hogar, ya que la ven muy deprimida y esta situación también les está afectando a ellos al pensar que sería de ellos si también pierden a su madre.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente es originaria de un municipio de la costa y viene de una familia desintegrada. Manifiesta haberse llevado bien con su padre y su madrastra de igual forma con sus hermanos, al casarse se vino a vivir para este departamento.

Toda su vida ha trabajado como operaria en agroexportadoras, en la última que ha trabajado lleva 13 años de labor, pero hace un mes que los retiraron y hasta la fecha no la han llamado para regresar, espera que unos 15 días la vuelvan a contratar.

Esta situación preocupa demasiado a la paciente, ya que no cuenta con el apoyo de nadie más para el sostenimiento de su hogar.

VII. Historia médica

Comenta que gracias a Dios no ha padecido de enfermedades graves, únicamente de gripes y tos. Aunque últimamente ha tenido un fuerte dolor en la columna y calambres en los pies, pero por la falta del recurso económico no ha podido visitar nuevamente al médico.

También manifiesta que antes pesaba 137 libras, pero después de la muerte de su esposo ahora pesa 128 libras, reconoce que es por la falta de apetito que tiene ya que por esta razón no está comiendo adecuadamente.

VIII. Historia familiar

La paciente tiene tres hijos el mayor de 20 años, el segundo de 17 años y una hija de 13 años. Relata con lágrimas que eran una familia muy unida y feliz, hasta el día en el que falleció su querido esposo hace 1 año con 8 meses en un accidente de motocicleta.

Anterior a ese accidente, su finado esposo tuvo un primer accidente también en motocicleta, paso en el intensivo 5 días y luego quedo en cama 9 meses. A los nueve meses el pidió que le dieran de alta ya que se sentía mejor, ella le pedía que no que mejor se cuidara mas y que con los ingresos de ella podían salir adelante. Su esposo no le hizo caso pido su alta e inicio nuevamente a trabajar, su medio de transporte era su motocicleta.

A los ocho días de iniciar a trabajar su esposo tuvo el fatal accidente, ella venia de trabajar cuando un vecino la encontró en el camino y le conto lo sucedido. Ella quedo consternada y no podía creer lo que le habían contado.

Con lagrimas le reclama que porque no le hizo caso, también siente rencor hacia la iglesia a la que asistían y a su familia, ya que no le dieron el apoyo emocional que ella necesitaba. A raíz de eso ella se alejo de ellos y ahora se siente muy abandonada por la iglesia y su familia que no la han visitado, de la familia la única que asiste a la iglesia es su hija menor.

Para ella su esposo era el hombre perfecto, no tenia defectos y está enojada con el porqué si le hubiera hecho caso, no estaría muerto, concluye.

IX. Examen mental

La paciente viste de acorde a su edad y muy elegante, es muy amable y contesta de acorde a la entrevista, escucha bien, su tono de voz es moderado, habla lento porque las lagrimas no la dejan hablar mas rápido pero tiene un lenguaje coherente. Se ve triste, decaída y deprimida, tiene pensamiento suicida, a veces no se encuentra ubicado en tiempo y espacio pero si sabe bien su nombre y el de sus hijos, padece de insomnio.

Reconoce que es orgullosa y que por eso no ha buscado nuevamente la iglesia que es el lugar donde sabe que recibiría consuelo, también reconoce que si muere sus hijos quedarían desprotegidos porque no tienen a nadie más.

X. Criterios diagnósticos

- Pensamiento suicida
- Tristeza
- Insomnio
- Falta de apetito
- Dolor de cabeza
- Dolor de cuello
- Dolor de espalda

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno	Código	Criterios
Eje I	Trastorno depresivo mayor episodio único, grave sin síntomas psicóticos	F32.2 (296.23)	Pag. 399 (1) Tristeza (2) disminución de interés (3) Insomnio (4) fatiga o perdida de energía (5) pensamientos suicida
Eje II	Sin Dx		
Eje III	Sin Dx		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		
Eje V	EEAG 41 - 50		

XII. Pronóstico

Favorable si realiza las tareas en casa y asiste a sus sesiones terapéuticas, de lo contrario podría presentar baja autoestima, pérdida de empleo, aislamiento social y posible suicidio.

XIII. Plan terapéutico

La psicoterapia a emplear es la cognitivo conductual y la técnica a trabajar son:

- Insignia para que luche por sus hijos
- Trabajar proceso de duelo
- Trabajar el perdón
- Ejercicios de relajación
- La silla vacía

Psicoterapia psicoanalítica

- Catarsis

También se referir a un traumatólogo por dolor de espalda y como apoyo se trabajaran sesiones familiares.

Caso No. 05

I. Datos generales

Nombre: XXXXX

Sexo: F

Edad: 29 años

Religión: Evangélica

Escolaridad: Bachiller en C. y L.

Ocupación: Cocinera

Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Paciente solicita apoyo psicológico ya que está muy preocupada por la enfermedad de su hermana que actualmente tiene un tratamiento de diálisis renal.

III. Historia del problema actual

Decidió solicitar apoyo en junio de 2012, ya que está muy preocupada por la enfermedad de su hermana que actualmente tiene un tratamiento de diálisis renal. El cuñado anda con otras mujeres y hasta le insinuó quererla a ella.

Todo esto la llevo a aceptar ser novia de un hombre casado, ella sabe que lo que está haciendo está muy mal pero aún así no quiere dejarlo. Su actual relación es lo que más le preocupa ahora porque está completamente confundida y no sabe qué hacer, todos estos problemas le han provocado fuertes dolores de cabeza, cuello, hombros, padece de insomnio, tiene sentimientos y pensamientos de confusión y fatiga.

IV. Factores precipitantes

La paciente relata que a partir del día en que se hizo novia de un hombre casado, se siente completamente confundida y no sabe qué hacer.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación está preocupando a la paciente ya que está consciente de que si sigue con su actual novio tendrá serios problemas, todo esto está oculto ante su mamá pero algunos vecinos ya se están dando cuenta de la situación.

Su madre le dice que tenga cuidado pero la paciente aun sabiendo que esta malo, no lo quiere dejar ya que se ha encariñado con él.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente viene de una familia desintegrada. Se graduó de Bachiller en Ciencias y Letras pero nunca ha trabajado en su área. Únicamente ha trabajado en maquilas y en oficios domésticos.

Actualmente su madre tiene un comedor y ella le ayuda a cocinar, esta es la única fuente de ingreso familiar que tienen. Andan viendo la forma de poder entregar alimentación en una institución del estado, ya que la situación de su hermana necesita de cuidados especiales y lamentablemente no cuentan con el apoyo del cuñado, todo esto le preocupa.

VII. Historia médica

Comenta que gracias a Dios no ha padecido de enfermedades graves, únicamente de gripes y tos.

VIII. Historia familiar

La paciente es la mayor de tres hijas, las dos hermanas menores ya están casadas y con un hijo cada una. Su madre es quien las ha apoyado toda la vida ya que su padre por vicios de alcohol falleció hace mucho tiempo.

La segunda hija tiene un tratamiento de diálisis renal, tienen una hija de 5 años pero por su enfermedad casi que la abandona con ella y su mamá.

El cuñado anda con otras mujeres y hasta le insinuó quererla a ella, todo esto la enoja bastante y se lo conto a su mamá, ahora el cuñado se ha vuelto su enemigo y su mamá por todos estos problemas le ha dejado de poner atención, antes tenían una relación de madre-amiga pero después de todo esto su madre se ha distanciado un poco de ella.

Todo esto la llevo a aceptar ser novia de un hombre casado, ella sabe que lo que está haciendo está muy mal. Su actual relación es lo que más le preocupa ahora porque está completamente confundida y no sabe qué hacer, algo que también le molesta mucho es el saber que ella y su novio son cristianos. Con la familia de la hermana menor se llevan bien.

IX. Examen mental

La paciente viste de acorde a su edad y muy elegante, es muy amable y contesta de acorde a la entrevista, escucha bien, su tono de voz es moderado, no habla rápido y tiene un lenguaje coherente. Se ve muy preocupada y cansada, también padece de insomnio.

Reconoce que su actual relación está muy mal pero tampoco quiere dejar a su novio ya que le ha tomado un gran cariño. También reconoce que si se llegan a enterar, tendrá serios problemas con la familia de su novio.

X. Criterios diagnósticos

- Fuertes dolores de cabeza
- Fatiga
- Dolor de cuello
- Dolor de hombros
- Insomnio
- Sentimientos y pensamientos de confusión
- Preocupación

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje	Nombre del trastorno	Código	Criterios
Eje I	Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1 (300.02)	Pag. 534 (1) preocupación (2) fatiga (3) tensión muscular (4) Insomnio (5) dificultad para concentrarse.
Eje II	Sin Dx		
Eje III	Sin Dx		
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas económicos		
Eje V	EEAG 61 - 70		

XII. Pronóstico

Desfavorable sí decide continuar su relación con su actual pareja, esto le traería problemas con la esposa de su pareja. Desfavorable si no asiste a sus sesiones terapéuticas. Esta situación dejaría de ser una ansiedad y podría pasar a una posible depresión.

XIII. Plan terapéutico

La psicoterapia a trabajar es la cognitivo conductual y las técnicas son las siguientes:

- *Insigth*
- Solicitar a la paciente que realice una lista de beneficios y consecuencias al continuar su relación
- Sugerir que le haga ver a su mamá la falta que le hace platicar con ella
- Sugerirle que haga ejercicios por la mañana
- Técnicas de relajación

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ A través de talleres se logro *insigth* en las personas que decidieron enfrentar sus conflictos psicológicos.
- ✓ Se logro mayor conocimiento no solo en el área clínica sino también en dar talleres.
- ✓ Prevenir el desarrollo de problemas psicológicos mediante la realización de charlas.
- ✓ Se impartieron talleres sobre: autoestima, liderazgo, VIF, los celos, sexualidad, paternidad responsable y talleres de motivación.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ El espacio para impartir talleres con determinado grupo fue muy reducido, esto obstaculizo el desarrollo efectivo de las actividades programadas.
- ✓ Por falta de recurso económico algunas personas no pudieron asistir a determinados talleres.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Es muy importante concientizar a la población a prevenir problemas psicológicos, a través de talleres.
- ✓ Es muy importante que el alumno desarrolle este tipo de actividades ya que esto le ayuda a tener mayor experiencia en el área de la psicología.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Es muy importante que el centro de práctica cuente con un profesional para concientizar a las personas a través de talleres.
- ✓ Preveer el espacio adecuado para impartir los talleres es indispensable para la realización óptima de las actividades.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

A continuación se presenta las agendas de los talleres que se realizaron durante la práctica profesional dirigida, realizada en la asociación AMES, con sede en Chimaltenango, e impartido a otras organizaciones o centros de estudio del nivel diversificado. Los temas disertados fueron: autoestima, liderazgo, violencia intrafamiliar, los celos, sexualidad, paternidad responsable, y como ser emprendedor, en total fueron 10 talleres impartidos.

Taller de autoestima

Dirigida a grupo de Promotoras de AMES, padres de familia de Asociación PAVA, alumnas de 5to y 6to. Secretariado bilingüe, de la Escuela Leonidas Mencos Ávila, Chimaltenango. Los talleres fueron impartidos los días 15 de abril, 14 de mayo y 18 de junio.

Objetivo

Mejorar el concepto de sí mismo de cada participante, fortaleciendo su autoestima para poder ser una persona emprendedora.

Agenda utilizada

- Bienvenida
- Elaboración de gafete
- Dinámica de introducción los globos
- Desarrollo del tema “Autoestima”
- Dinámica elaboración de flor
- Tema “Tipos de autoestima”
- Dinámicas (Corazón y/o el billete de cien quetzales)
- Tema “Como recuperar la autoestima”
- Dinámica el nudo de manos
- Conclusión

Contenido del tema

Autoestima es el sentimiento valorativo, la manera de ser, de quien se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. La autoestima es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos, que darán como resultado una sensación general de valía e incapacidad.

Autoestima alta es cuando una persona siente que nadie más es superior a él o ella, y que solo esa persona puede hacer las cosas.

Autoestima equilibrada facilita el crecimiento personal, puede tener acceso a energía interior permite ser feliz y libre. No es alta ni baja. La opinión que tiene a sí misma la persona es buena, su relación es adecuada con los demás, ejerce el trabajo o quehacer diario con gusto.

Y en autoestima baja las personas no tienen muy buena opinión de sí mismos, se critican demasiado, no se sienten bien consigo mismos no se valoran.

Taller Liderazgo

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango. El día 15 de abril del año en curso.

Objetivo

Fortalecer conocimientos en las participantes para tener liderazgo y poder guiar al grupo de señoras y señoritas en sus comunidades.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica gente con gente
- Disertación del tema “Liderazgo”
- Dinámica. En el centro.
- Tema “Tipos de liderazgo”
- Conclusión

Contenido del tema

Liderazgo es el proceso de influencia en las personas para lograr las metas deseadas. Para ser un buen líder se requiere carisma, inteligencia, poder de convencimiento, sensibilidad, integridad, imparcialidad, ser innovador, simpatía, y sobre todo mucho corazón para poder dirigir a un grupo de personas y lo sigan por su propia voluntad, motivándolos, estimulándolos y así alcanzar las metas deseadas.

El líder es aquella persona capaz de inspirar y guiar a personas o grupos. El líder es el modelo para todo el grupo. El líder es sencillo, veraz, capaz de trabajar en grupo, capaz de expresar libremente sus ideas, capaz de luchar por sus principios, tiene buenas relaciones humanas, piensa con estrategia, entre otros.

Taller violencia intrafamiliar

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango, el día 20 de mayo del año en curso.

Objetivo

Desarrollar en las participantes la confianza para denunciar casos de violencia intrafamiliar, brindando información de entidades o asociaciones que pueden atender su denuncia.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción “El Gato y El Ratón”
- Desarrollo del tema “Violencia Intrafamiliar y sus fases”
- Características del agresor
- Causas y Consecuencias de la Violencia
- Trabajo grupal
- Conclusiones

Contenido

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas, en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que infrinja contra la integridad tanto física como psicológica y moral de cualquier persona o grupo social.

La Violencia intrafamiliar tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o limitación económica.

Se puede dar a del esposo hacia la esposa y viceversa, también de padres a hijos y de hijos hacia los padres. Los más propensos en estos casos son los niños, mujeres y ancianos.

Taller tema los celos

Dirigida a un grupo de damas de una iglesia evangélica con sede en el sector tres de la Alameda, Chimaltenango, el día 23 de mayo del año 2012.

Objetivo

Que las participantes, identifiquen las manifestaciones de una persona celosa, causas, efectos y consecuencias que provocan los celos.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción gente con gente
- Disertación del tema “Los celos”
- Trabajo grupal elaboración mural con recortes de causas, efectos y consecuencias de los celos.
- Exposición de mural por cada grupo
- Conclusiones

Contenido

Los celos es una respuesta emocional compleja y perturbadora, surge cuando una persona percibe una amenaza hacia algo que considera como propio. Comúnmente se denomina así a la sospecha o inquietud ante la posibilidad de que la persona amada reste atención en favor de otra. También se le conoce así, al sentimiento de envidia hacia el éxito o posesión de otra persona.

Psicológicamente se explica que los celos son la respuesta natural ante la amenaza de perder una relación interpersonal importante para la persona celosa. Los celos se dan entre pareja, hermanos o compañeros de trabajo. Los celos son una respuesta compleja que tiene componentes internos y externos. El componente interno de los celos incluye ciertas emociones, pensamientos y síntomas físicos que a menudo no son visibles para el mundo externo.

Los celos patológicos causan tristeza, ira, sentimiento de frustración y miedo que termina en peleas constantes, persecuciones, discusiones y agresiones. La persona celosa piensa constantemente que es engañada y para corroborar sus creencias indaga en la vida de su pareja revisando sus bolsillos, observándola, fastidiándola con preguntas, prohibiéndole determinadas actividades, etc.

Los celos cuando son excesivos resultan sofocantes para quien los sufre y son perjudiciales también para quien los padece, además se agravan con el tiempo si no son tratados.

La pareja del celoso puede verse obligada a mentir para evitar problemas o a terminar la relación por el grado de hostigamiento que el otro le propicia, pero estas serían las consecuencias más leves ya que hay casos de agresiones físicas, privación de la libertad hasta asesinatos a causa de los celos. La persona celosa termina con importantes problemas psicológicos que pueden condicionar su vida.

Taller La sexualidad

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango, el día 10 de junio de 2012.

Objetivo

Diferenciar la anatomía entre el hombre y la mujer, diferenciar los cambios en cada etapa del desarrollo del ser humano.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción (Presentación de diapositiva)
- Desarrollo del tema Sexualidad
- Refacción
- Trabajo grupal y exposiciones
- Conclusiones

Contenido

La sexualidad es un conjunto de manifestaciones biológicas, psicológicas que expresa todo lo que es un ser humano y como se presenta ante el mundo en la forma de pensar, sentir, y actuar.

El derecho de la sexualidad está arraigado en los principios más básicos de los derechos humanos. En términos generales, los derechos del cuerpo en la sexualidad y la reproducción abarcan dos principios básicos: a) El derecho de atención a la salud sexual y b) el derecho a la libertad sexual y reproductiva.

Comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. La persona que practica un comportamiento sexual responsable se caracteriza por vivir la sexualidad con autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. No pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación.

Taller Paternidad responsable

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango, el día 19 de agosto del año en curso.

Objetivo

Informar las causas y efectos, que ocasionan principalmente en los niños la falta de paternidad responsable.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción (Un padre ama tanto a su hijo)
- Desarrollo del tema paternidad responsable
- Refacción
- Trabajo grupal y exposiciones
- Conclusiones Diapositiva de motivación

Contenido

La Paternidad responsable debe considerarse bajo diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí. En relación a los procesos biológicos, significa conocimiento y respeto de sus funciones; la inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana. La labor educativa es esencial, pero también difícil y de efectos a largo plazo.

En relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable pone en práctica para determinar el número de la familia. El embarazo no debe ser una sorpresa, sino la consecuencia de una preparación de la pareja.

La paternidad responsable comprende, sobre todo, "Una vinculación con la conciencia recta", de los padres y esto exige preparación en el marco de respeto mutuo, bajo principios éticos y morales.

Paternidad responsable significa que las gestaciones sean planificadas para que ocurran en el momento deseado por la pareja. Decisión que debe partir de la pareja, previo conocimiento y educación de la misma.

Que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí; sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia es la célula básica de la sociedad.

Los padres además de cubrir y brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, también tienen la responsabilidad de brindar amor, amistad, tiempo y protección.

Paternidad responsable es dar vida en plenitud; tener los hijos deseados, para transmitirles vida en plenitud. Es decir, que los padres enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una paternidad responsable.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Se adquirieron nuevos conocimientos sobre el autocuidado del psicólogo.
- ✓ Se obtuvo un espacio de convivencia entre los alumnos estudiantes.
- ✓ Se concientizó a la población estudiantil sobre la importancia que tiene el autocuidado.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Los cables del equipo de sonido presentaron desperfectos, esto limitó el audio de forma efectiva al momento del taller motivacional.

- ✓ Es servicio de agua potable fue escasa.

4.3.3 Conclusiones

- ✓ Es indispensable que el futuro psicólogo practique el autocuidado para mantener una vida saludable física y mentalmente.
- ✓ Estar en óptimas condiciones es muy importante al momento de dar atención psicológica.

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Dar capsulas de motivación en cada actividad a realizar.
- ✓ Proporcionar material escrito a los participantes.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

I. Introducción

Los estudiantes del quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, llevan a cabo un proyecto de salud mental dentro de las actividades del curso de práctica profesional dirigida.

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que está por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del autocuidado propio, para que pueda brindar un servicio de calidad a las personas que atiende. Es por ello que en este proyecto se impartirán temas relacionados a la salud mental del psicólogo como también actividades de convivencia, relajación, reflexión, entre otros.

II. Justificación

Con el propósito de que los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología social y consejería familiar de la Universidad Panamericana, fortalezcan la salud mental adquirida durante su preparación académica a lo largo de estos cinco años; se realiza un proyecto de cuidado personal, emocional y psicológico. Ya que es de suma importancia que la salud mental del psicólogo en formación esté a un nivel equilibrado, debido a las situaciones a las que ha sido sometido (estudio intenso de los cursos, trabajo personal, práctica en atención de casos, estrés por ser el último año de la carrera, etc.), para concluir con éxito su último año de carrera profesional.

Cada estudiante tendrá la oportunidad de autoconocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana; creemos que todos estos aspectos, de manera integrada, son fundamentales para la salud mental y el correcto auto cuidado que debe poseer un psicólogo.

III. Objetivos

Objetivo general

- ✓ Fortalecer la salud mental del futuro profesional aplicada en el área personal, laboral, familiar y social.
- ✓ Crear y aplicar proyectos que promuevan la salud mental

Objetivos específicos

1. Compartir y convivir grupalmente para fortalecer las relaciones interpersonales.
2. Aprender y aplicar algunas técnicas que promueven la salud mental en el profesional de la psicología.
3. Impulsar la salud mental como parte fundamental en la vida del psicólogo.

IV. Metodología

El grupo de estudiantes utiliza el proyecto como método, esta es una estrategia con la cual se puede llevar al futuro profesional a un proceso donde se integra el conocimiento adquirido durante la formación del psicólogo. Dicho

proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto. La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

V. Cronograma de actividades (ver anexos)

VI. Lecciones aprendidas

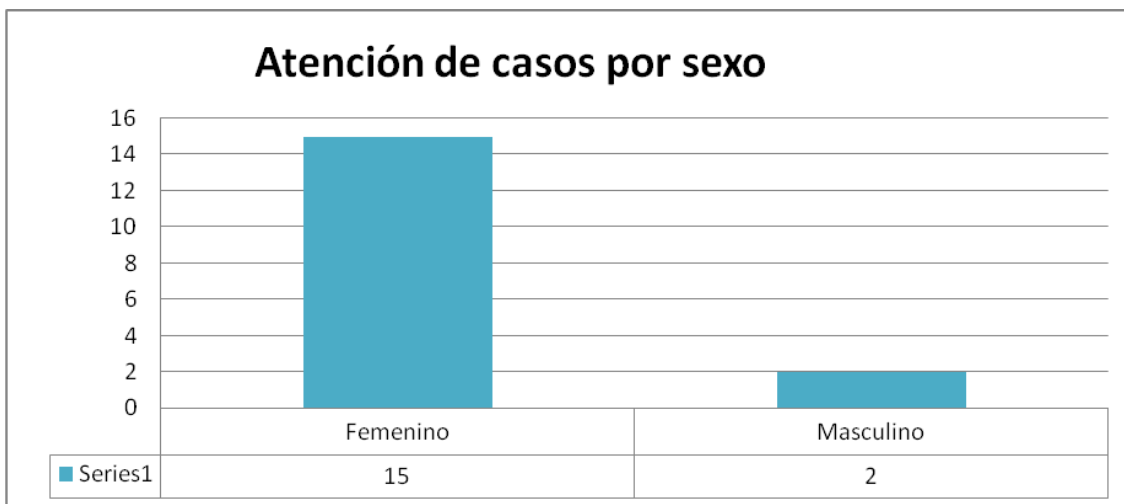
1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
3. Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
4. Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
5. La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
6. Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.

7. El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.
8. A lo largo de las actividades aprendimos, compartimos y experimentamos cambios en nuestro ser, queremos agradecerle a la Licda. Sonia por la intervención en la actividad de la fogata fue excelente ya que encontramos nuestros miedos y frustraciones y aprendimos a combatirlos y moldearlos para que ese miedo o dolor se convirtiera en energía para poder vencer los obstáculos de nuestra vida.
9. El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero para dar lo mejor de si.
10. Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

4.4 Presentación de resultados con gráficas

4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



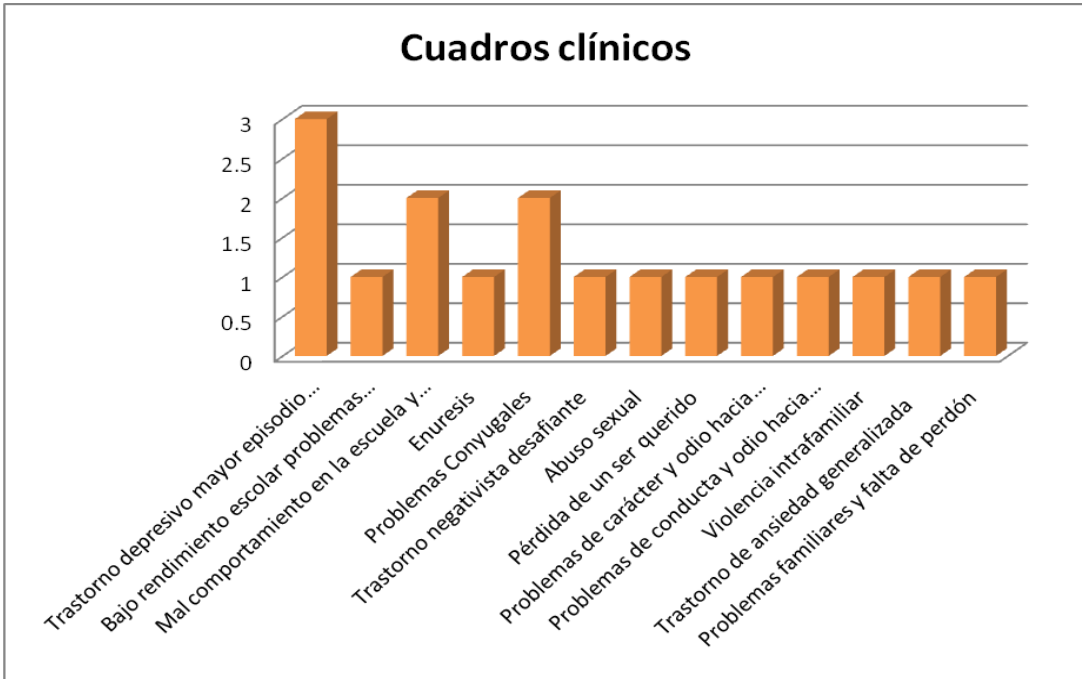
Fuente: propia

Gráfica 2



Fuente: propia

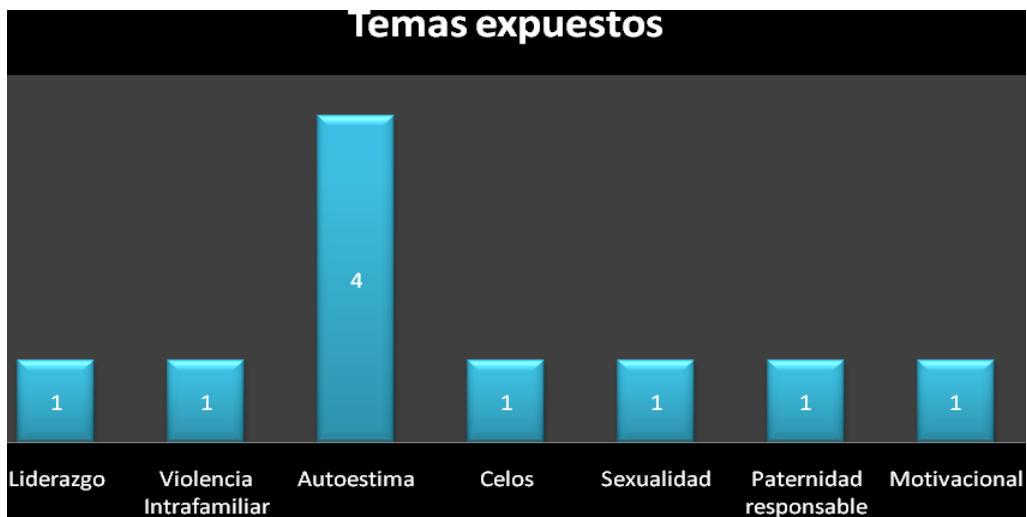
Gráfica 3



Fuente: propia

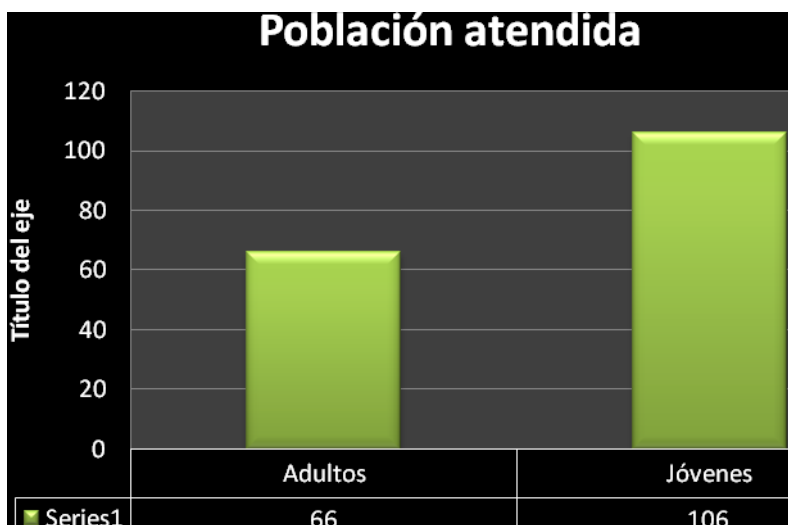
4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 4



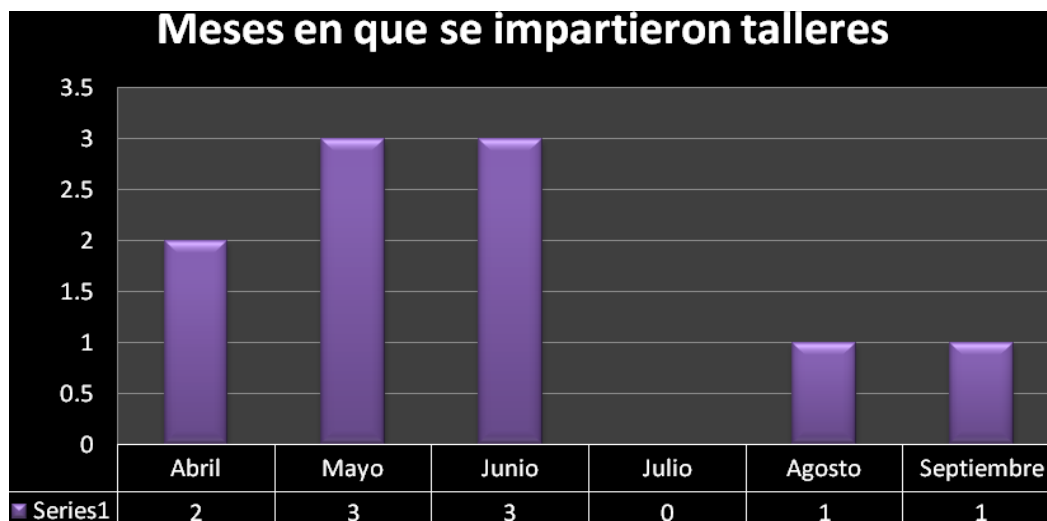
Fuente: propia

Gráfica 5



Fuente: propia

Gráfica 6



Fuente: propia

4.4.3 Anàlisis de datos

A continuación se da a conocer la interpretación de las gráficas que se mostraron anteriormente.

1. En la gráfica 1 se observa que 15 mujeres y 02 hombre fueron atendidos, dando un total de 17 casos atendidos durante la práctica profesional dirigida.
2. En la gráfica 2 se muestra que la mayor población atendida en psicoterapia fue la adulta, seguidamente fueron los niños y por ultimo los adolescentes.
3. La gráfica 3 representa los cuadros clínicos que se atendieron durante la práctica profesional dirigida, dando como resultado que la mayoría de casos fueron trastornos depresivos, seguido de mal comportamiento en la escuela y hogar, problemas conyugales, violencia intrafamiliar, enuresis, abuso sexual, entre otros.
4. La gráfica 4, representa los temas expuestos en el programa de capacitación, siendo el tema de autoestima que se impartió mayor veces por motivo de ser uno de los problemas que más afecta a la población atendida.
5. En la gráfica 5, muestra que el programa de capacitación atendió a la población joven con 106 participantes, así mismo atendió a la población adulta con la participación de 66 personas, dando un total de 172 beneficiarios.
6. La gráfica 6 muestra los meses en que se impartieron los talleres siendo los meses de mayo y junio con mayor participación, seguidamente en el mes de abril con dos talleres y los meses de agosto y septiembre con un taller cada uno, por inclemencias de tiempo se suspendió el taller del mes de julio, el cual queda sin ninguna participación.

Conclusiones

1. Es necesario realizar el proceso de práctica dirigida para el que el alumno ponga en práctica y fortalezca los conocimientos adquiridos.
2. La práctica profesional dirigida fue una gran experiencia, en ella se tuvo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.
3. Fue una gran satisfacción haber brindado este tipo de apoyo a personas necesitadas, en especial a las de escasos recursos. Ya que debido a esta limitante no pueden sufragar los costos de una terapia.
4. Por medio del centro de práctica se dio a conocer la importancia y los beneficios que se tienen al recibir apoyo psicológico.

Recomendaciones

1. Es muy importante que el alumno ejercite los conocimientos adquiridos en el salón de clases, realizando su práctica supervisada en alguna institución
2. Cumplir con las horas de práctica establecidas, es fundamental para la segura formación del estudiante de psicología.
3. Practicar y mantener el autocuidado, brinda al psicólogo una óptima salud mental y física ante el paciente.
4. Es importante que el alumno realice prácticas no solo en área clínica, sino también en el área de talleres.

Referencias

Bibliográficas

Bellack, L. y Siegel, H. (1,986). *Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Editorial El manual moderno.

Bruce E. y Ian H. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Editorial Mcgraw-Hill/Interamericana.

Collins, G. (1,992). *Consejería Cristiana efectiva*. Estados Unidos: Editorial Portavoz.

Ellis, A. y Eliot, A. *Manual de Terapia Racional Emotiva* .Volumen II Bilbao: Editorial Desclee.

González, J. *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno.

Kleinke, Ch. (2,002). *Principios comunes en psicoterapia*. (4ta. Ed.). Bilboa: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. (2,003) Editorial Masson. México.

Monedero, C. (1978). *Psicopatología general*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Morris, Ch. y Masito, A. (2005) *Introducción a la psicología*. México: Pearson Prentice.

Oblitas, L. (2,008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Editorial Edamsa.

Sullivan, Harry Stack, *La Entevista Psiquiátrica*. Edit. Psique

Internett

www.psicologiapopular.com

www.comportamental.com

www.psicodirectorio.com

<http://www.mallorcadiario.com/noticias/el-trastorno-bipollar-sin-diagnosticar-o-mal-tratado-100310.html>

<http://www.eluniversal.com.co/suplementos/dominical/bipolaridad-y-creacion-80530>

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar-facil-de-leer/qu-es-el-trastorno-bipolar.shtml>

<http://www.proyectopv.org/2-verdad/queesnormpsic.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000924.htm>
<http://www.eita.uji.es/espanol/investigacion/panico-agorafobia/panico-agorafobia.htm>
<http://partenon55.wordpress.com/2009/12/03/causas-de-la-fobia-social/>
<http://www.galene.es/psicodiagnostico.html>
http://www.cintrapsicologia.com/?page_id=41&lang=es
<http://www.infored.com.mx/p/orientacion-vocacional.html>
<http://tests-psicologicos.blogspot.com/>

Anexos

Anexo 1
Constancias horas de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Sede Chimaltenango

Chimaltenango, 18 febrero de 2012

Sra. Esperanza Altamirano
Coordinadora
Asociación de Mujeres en Solidaridad
Chimaltenango



Respetable Sra. Altamirano:

La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, **Doris Beatriz Martínez Rompich** pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

Dicha práctica dura de marzo a agosto del presente año, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo a la alumna, esperando a la vez que el servicio que ella proporcione beneficie de alguna manera a su institución.

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


Licda. Esperanza Altamirano
Coordinadora de Práctica
Chimaltenango






**Asociación De Mujeres En Solidaridad
Chimaltenango, Chimaltenango**

A quien corresponda

La infrascrita coordinadora de la Asociación de Mujeres en Solidaridad, quien se identifica como AMES sede Chimaltenango, por este medio hace constar que es aceptada la solicitud de la alumna **Doris Beatriz Martínez Rompich**, de Universidad Panamericana, extensión Chimaltenango, para que realice su práctica profesional dirigida de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en nuestra asociación, dando inicio el 4 de marzo del año en curso.

Y para los usos que a la estudiante convengan, se extiende la presente en la ciudad de Chimaltenango a los veintiséis días del mes de febrero del año dos mil doce.


Esperanza Altamirano
Coordinadora AMES
Sede Chimaltenango





UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Extensión Chimaltenango

Horas de práctica

Asesora de práctica: Licda. Sonia Pappa

Estudiante: Doris Beatriz Martínez Rompich

Horas de práctica acumuladas en la universidad	80
Horas acumuladas en proyecto de salud mental	25
Horas de talleres a diferentes grupos	60
Horas de práctica en Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES-	350
Total de horas acumuladas	515

Vo.Bo.

F:

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica



Asociación De Mujeres En Solidaridad Chimaltenango, Chimaltenango

Chimaltenango, 16 de septiembre del 2012


Licenciada Sonia Pappa
Asesora de práctica profesional dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango

Estimada licenciada:

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que la alumna practicante **Doris Beatriz Martínez Rompich**, estudiante de 5to. Grado de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, realizó práctica en el área de Psicología de la Asociación de Mujeres en Solidaridad -AMES- sede Chimaltenango, durante los meses de marzo a agosto del año en curso, acreditando **trescientas cincuenta (350 hrs.) de práctica.**

Agradeciendo su apoyo para nuestra asociación, me despido como su atenta y deferente servidora.

Sinceramente,


Esperanza A. Itamitz
Coordinadora - AMES
Sede Chimaltenango





**Asociación De Mujeres En Solidaridad
Chimaltenango, Chimaltenango**

Chimaltenango, 16 de septiembre del 2012


Licenciada Sonia Pappa
Asesora de práctica profesional dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango

Estimada licenciada:

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que la alumna practicante **Doris Beatriz Martínez Rompich**, estudiante de 5to. Grado de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana realizó **10 talleres**, los temas discertados fueron: autoestima, liderazgo, violencia intrafamiliar, celos, sexualidad, paternidad responsable, y como ser emprendedor; dirigido a grupo de promotoras de salud AMES, estudiantes de cuarto y quinto secretariado bilingüe de la escuela de ciencias comerciales Leonidas Mencos Avila, Chimaltenango, grupo de padres de familia de Asociación Programa de Ayuda a los Vecinos del Altiplano, P.A.V.A., y grupo de damas de la Iglesia La Verdad y La Gracia, acreditando **sesenta horas (60 hrs.)**.

Agradeciendo su apoyo para la sociedad Chimalteca, me despidió como su atenta y deferente servidora.

Sinceramente,


Esperanza Altamirano
Coordinadora - AMES -
Sede Chimaltenango

CLINICA MEDICA

MUJERES EN SOLIDARIDAD

Calle Lazo #31 Cok & Pineda

Zona 1, Chimaltenango

Tel.: 7839-1518

Anexo 2
Formatos utilizados

Historia clínica

Caso No. _____

A. Datos generales

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Religión: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

B. Motivo de consulta:

C. Historia del problema actual:

D. Factores precipitantes:

E. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia:

F. Antecedentes personales:

G. Historia médica:

H. Historia familiar:

I. Criterios diagnósticos:

J. Evaluación multiaxial:

K. Diagnóstico diferencial:

L. Pronóstico:

M. Plan terapéutico/ Tratamiento:

Examen Mental

Nombre del Paciente:

Edad: _____ Fecha: _____

1. Apariencia general:

Enfermo

Sano

Bueno

a) Peso:

Delgado

Muy delgado

Normal

Gordo

b) Vestido:

Adecuado

Inadecuado

De acuerdo a su edad

Extravagante

c) Presenta golpes en el cuerpo :

Si

No

¿En dónde?

d) Higiene:

Limpio

Sucio

2. Actitud y forma de ser.

Afable	<input type="checkbox"/>	Retraído	<input type="checkbox"/>	Desconfiado	<input type="checkbox"/>
Desafiante	<input type="checkbox"/>	Hostil	<input type="checkbox"/>	No habla	<input type="checkbox"/>
Ansioso	<input type="checkbox"/>	Accesible	<input type="checkbox"/>	Evasivo	<input type="checkbox"/>
Desdeñoso	<input type="checkbox"/>	Indeciso	<input type="checkbox"/>	Autodespreciativo	<input type="checkbox"/>

3. Conciencia.

Alerta	<input type="checkbox"/>	Obnubilado	<input type="checkbox"/>	Confuso	<input type="checkbox"/>
Desconcertado	<input type="checkbox"/>				

4. Estado de ánimo y emoción prevalente.

Eufórico	<input type="checkbox"/>	Alegre	<input type="checkbox"/>	Exaltado	<input type="checkbox"/>
Deprimido	<input type="checkbox"/>	Triste	<input type="checkbox"/>	Decaído	<input type="checkbox"/>
Apático	<input type="checkbox"/>	Apropiado	<input type="checkbox"/>	Plano	<input type="checkbox"/>

5. Actividad motora.

Actividad aumentada	<input type="checkbox"/>	Actividad disminuida	<input type="checkbox"/>	Manierismos	<input type="checkbox"/>
Posturas peculiares	<input type="checkbox"/>	Tics	<input type="checkbox"/>	Hace caras	<input type="checkbox"/>
Normal	<input type="checkbox"/>				

6. Características del lenguaje.

Lenguaje coherente

Lenguaje incoherente

7. Contenido de ideas.

Ideas homicidas

Ilusiones

Ideas suicidas

Ideas de referencia

8. Sensorium.

Orientado en persona

Orientado en lugar

Orientado en tiempo

9. Memoria.

Reciente

Remota

10. Inteligencia.

Conceptual (pensamiento concreto, pensamiento abstracto)

Juicio

Introspección (insight)

Anexo 3

Ficha de evaluación del centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Extensión Chimaltenango

Evaluación de práctica

Nombre del centro de práctica: Asociación de Mujeres en Solidaridad -AMES-

Dirección: Colonia Santa Teresita, Chimaltenango

Director (a) Encargado (a): Esperanza Altamirano

Nombre de la alumna practicante: Doris Beatriz Martínez Rompich

Grado: 5to. Psicología y consejería social Fecha: 04 de marzo – 26 de agosto de 2012

No.	Aspecto a calificar	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1	Asistencia				✓
2	Iniciativa				✓
3	Creatividad				✓
4	Actitud ética				✓
5	Presentación				✓
6	Aplicación de técnicas				✓
7	Relaciones interpersonales				✓
8	Apoyo a la institución con servicio psicológico				✓
9	Capacitación a la población				✓
10	Atención a casos especiales				✓

Observaciones: _____

F: 
Esperanza Altamirano
Coordinadora - AMES -
Sede Chimaltenango


Anexo 4

Cronograma de actividades proyecto de salud mental

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	Nadia Awadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	Veronica Inay y Yessica Archila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martinez, Doris Martínez, Glenda Solando e Ingrid Sitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	Sara Mux, Angélica Juchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, Nadia Awadallah, Camila Mendoza, Felipe Yool
10:00 – 11:30	Película	Isai López, Jesica Mota
11:30	Dulces Sueños	

Domingo 07 de octubre de 2012

Hora	Actividad	Encargado
6:00 - 7:00	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amilcar Lima
7:00 – 8:00	Aseo Personal	
8:00 – 9:30	Desayuno	Veronica Inay, Yessica Archila
9:30 – 11:00	III Actividad “Rally”	Willy Texaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
11:00 - 12:00	Preparación de equipaje	
12:00 – 1:00	Almuerzo	Veronica Inay, Yessica Archila
1:00 – 3:00	Paseo por Monte Rico	
3:00 – 6:00	Regreso a Chimaltenango	

Recursos

- **Humanos:**

El proyecto se llevara a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social.

El proyecto será asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.

- **Didácticos:**

Para llevar a cabo este proyecto será necesario un área para audiovisuales, el retroproyector electrónico, película en DVD, papelógrafos, marcadores, hojas bond, lapiceros y lápices.

- **Financieros:**

El apoyo económico personal es de Q.350.00 incluye pasaje, hospedaje y 4 tiempos de alimentación.

* Transporte:

Para este proyecto se contrato un vehículo expreso.

Agenda actividad No. 1

“Programados para triunfar”

Fecha: 06-10-12

Hora: 3:00 a 5:00 p.m.

Responsables: Glenda Solano, Ingrid Sitan, Doris Martínez y Aracely Martinez

Objetivo

Compartir y motivar a cada uno de los compañeros en el fortalecimiento de la salud mental previo a cerrar cursos de la carrera de Licenciatura en psicología y consejería social.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida “cuidado con la lluvia”	10	Doris Martínez
2.	Tema Motivacional “Programados para triunfar”	10	Aracely Martínez
3.	Dinámica 1 “El creador Positivo”	10	Glenda Solano
4.	Dinámica 2 “Te tengo confianza” para fomentar confianza en el grupo	10	Ingrid Sitán
5.	Dinámica 3 “la Flor”, los participantes interactúan entre sí.	10	Doris Martínez
6.	Dinámica 4 “comunicación activa” para interactuar con el grupo.	10	Glenda Solano
7.	Dinámica 5 “Como a mí mismo” El participante debe cuidar algo.	10	Ingrid Sitán

8.	Dinámica 6 “El objeto imaginario” para interactuar con el grupo.	10	Doris Martínez
9.	Dinámica 7 “tela de araña” para interactuar en grupo.	10	Ingrid Sitan
10.	Dinámica 8 “El paracaidista confiado”	10	Glenda Solano
11.	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10	Aracely Martínez

Nota: Cada participante debe de llevar ropa cómoda para esta actividad.

Slogan: “Si quieres triunfar, no te quedes mirando la escalera. Empieza a subir, escalón por escalón, hasta que llegues arriba.”

Agenda actividad No. 2

Cena especial

Hora: 7:00 – 9:00 p.m.

Horario	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
7:00 a 7:10	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presente que el trabajo que realicemos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno de ellos por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:10 a 7:30	Papa caliente	Al que le quede el globo tiene que dar un consejo o un tip para el autocuidado	Alcanzar comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto, para poder desempeñar un buen papel a la	Angélica Juchuña. Sara Mux

			hora de laborar como psicólogo	
7:30 a 8: 15	Cena	Cena	Cena	Cena
8:15 a 8:30	Característica y una cualidad	Cada uno de los participantes reflexionara sobre sus actitudes (positivas y por mejorar.	Cambiar y aceptar nuestras actitudes para mejorarla más adelante.	AngélicaJuchuña. Sara Mux
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a sí mismos para el autocuidado.	AngélicaJuchuña. Sara Mux

Agenda actividad No. 3

Fogata

Responsables:

Camila Mendoza

Janina Callejas

Nadia Awadallah

FelipeYool

Lugar: Hotel, Restaurante Carlos Beach

Fecha: 6 de octubre del 2012

Horario: 8:00 pm – 10:00 pm

Objetivo: Lograr el reconocimiento de aspectos negativos en nuestra personalidad, que afecten el desenvolvimiento personal y profesional.

Actividades:

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida	05 min.	NadiaAwadallah
2.	Charla motivacional	15 min.	NadiaAwadallah
3.	Cantos	05 min.	Janine Callejas
4.	Reflexión y redacción	15 min.	Janine Callejas
5.	Compartir experiencias	20 min.	Camila Mendoza
6.	Celebración	15 min	FelipeYool

Agenda Actividad No. 4

Película

Nombre: Película "Tan fuerte tan cerca".

Hora: 10:00 – 11:30 P.M.

Responsables: Isaí López, Jessica Mota.

Objetivos	Actividad	Recursos
<p>Concientizar a los jóvenes estudiantes, sobre el valor de nuestros seres queridos y lo importante que es pasar tiempo de calidad con ellos, porque no se sabe el tiempo que estarán con nosotros.</p> <p>Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.</p>	<p>Proyección de la película "tan fuerte, tan cerca"</p>	<p>-cañonera</p> <p>-computadora</p> <p>-bocinas</p> <p>-película</p>

Agenda actividad 5

Rally

Se realizará un Rally, en el cual se formaran tres grupos en los que competirán entre sí, en diferentes juegos y obstáculos previamente planificados.

Fecha: 7 de octubre de 2012

Hora: 9:30 am a 11:00 am

Integrantes: Willy Texaj, Olga Andrade

Objetivo: Promover en los estudiantes la competición sana por medio de actividades que ayuden a unir lazos de amistad, entre los mismos, así mismo fomentar el auto cuidado por medio de actividades que ayuden a combatir el estrés en los mismos.

No.	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
1	Presentación e instrucciones de la actividad, dividir a los grupos por colores de playeras(lila, gris y negra)	10 minutos	❖ Humanos	Willy Texaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez
2	Primer juego encostados	10 minutos	❖ Humanos, costales	Heidy Gálvez
3	Segundo juego carretitas humanas	10 minutos	❖ Humano	Willy Texaj
4	Tercer juego mímica	6 minutos	❖ Humano y agua gaseosa	Olga Andrade
5	Cuarto: manzanas flotantes	10 minutos	❖ Humanos y vejigas	Willy Texaj
6	Quinto juego llevar un limón con la cuchara en la boca	10	❖ Humano servidoras huevos	Heidy Gálvez
7	Sexto juego la cubeta y agua	10 minutos	❖ Humano agua cubeta esponja	Olga Andrade
8	Séptimo póngale la cola al burro	5 minutos	❖ Humano figuras	Willy Texaj
9	Octavo: reventazón de vejigas	7 minutos	❖ Humano lazo	Olga Andrade
10	Compartir que sintieron los participantes al realizar estos juegos.(telaraña) como cierre de la actividad	12 minutos	❖ Humanos	Heidy Gálvez

Las actividades que realizaran los participantes van enfocadas al desarrollo físico y emocional del psicólogo, ya que el psicólogo necesita un espacio para despejar su carga emocional, como profesional y ser humano.

Anexo 5
Fotografías

