

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



**Abuso sexual en niñas y adolescentes detectado en la Organización
Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango
(Sistematización de práctica Profesional Dirigida)**

Olga Azucena Andrade de Cutzal

Chimaltenango, agosto 2013

Abuso sexual en niñas y adolescentes detectado en la Organización
Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango
(Sistematización de práctica Profesional Dirigida)

Olga Azucena Andrade de Cutzal

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, agosto 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

Vicerrector Administrativo M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz




SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Olga Azucena Andrade de Cutzal**
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 **Olga Azucena Andrade de Cutzal** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, noviembre de dos mil doce. –

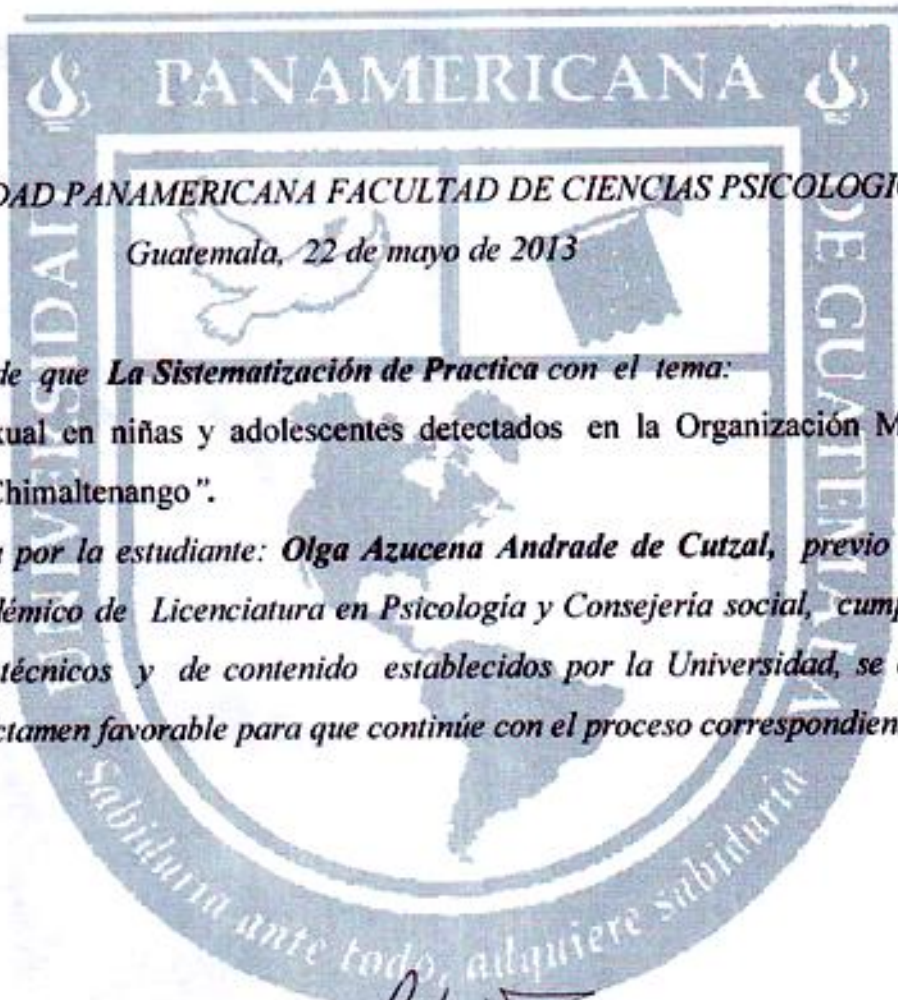
En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Organización Mi Especial Tesoro, presentado por la estudiante

Olga Azucena Andrade De Cutzal

Quien se identifica con número de carné 0805554 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 FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,

Guatemala, 22 de mayo de 2013

*En virtud de que **La Sistematización de Practica con el tema:***

“Abuso sexual en niñas y adolescentes detectados en la Organización Mi Especial Tesoro en Chimaltenango”.

*Presentada por la estudiante: **Olga Azucena Andrade de Cutzal**, 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.*

*Licda. **Floridalma Hernández T.***

Nombre del Revisor
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los veintiocho días del mes de Junio del año 2013.

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Abuso sexual en niñas y adolescentes detectados en la Organización Mi Especial Tesoro en Chimaltenango**", presentado por: **Olga Azucena Andrade de Cutzal** 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 Practica**.


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	1
Marco de referencia	
Capítulo 2	6
Marco teórico	
Capítulo 3	101
Referente metodológico	
Capítulo 4	116
Presentación de resultados	
Conclusiones	144
Recomendaciones	145
Referencias	146
Anexos	148

Resumen

En el siguiente informe se describe lo realizado durante la Práctica Profesional dirigida, en primer lugar se realizó una visita al lugar donde se realizó la práctica para conocer las instalaciones y aquí se dedicaba la Organización Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango. Dicha Organización se dedica a apoyar a niñas y adolescentes que sufren abuso sexual.

En el capítulo uno se presentan o se da a conocer la institución donde se realizó la práctica profesional dirigida y su organización.

En el capítulo dos se da a conocer todo lo relacionado con la teoría utilizada durante la práctica y que sirve de fundamento para su realización.

En el capítulo tres se muestran los diferentes cronogramas de las actividades que se realizaron durante la práctica.

Segundo se trabajó brindando apoyo psicológico a las niñas y adolescentes con diferentes trastornos provocados por el abuso que han padecido. Los trastornos detectados fueron depresión, trastornos de aprendizaje, bulimia, anorexia, entre otros.

Tercero se realizaron diferentes programas de actividades para la realización de la Práctica Profesional Dirigida.

Se presenta también los resultados de todo lo llevado a cabo por medio de gráficas fotografías conclusiones y recomendaciones en la presentación de este informe final de la Práctica Profesional Dirigida realizada en la Organización, Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango

Introducción

Uno de los factores que mas afecta en la sociedad y a las familias es el divorcio la separación de el núcleo familiar cuando ambos padres deciden no vivir mas juntos, violencia intrafamiliar cuando se pierde el respeto entre los padres, o los padres golpean a sus hijos, alcoholismo entre otros. Estos problemas provocan implicaciones emocionales como por ejemplo baja autoestima, depresión etc. Dichos problemas dan como resultado problemas en cada miembro de la familia, pero siendo los mas afectados los hijos en la familia. El problema que más se ha dado en las familias en la actualidad es el abuso sexual en niñas y adolescentes.

En la familia es donde se debe proteger a los hijos de dichos abusos sin embargo muchos padres no lo hacen por ignorancia, negligencia, machismo y falta de valores.

Cuando los niños o adolescentes padecen algún abuso ya sea psicológico o sexual pueden presentar implicaciones emocionales como por ejemplo, problemas de aprendizaje, problemas alimenticios y los ya mencionados anteriormente.

Por eso debe brindarse ayuda emocional a las personas afectadas, como estudiante de Psicología en la Práctica Supervisada, se pudo cubrir estas necesidades atendiendo algunos casos.

En el presente informe se presenta el trabajo realizado en la Práctica Profesional Dirigida durante el ciclo 2012.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se hace una breve presentación del centro de práctica profesional dirigida Ministerio Cristiano “Mi Especial Tesoro”, en el cual se da a conocer su funcionamiento, estructura y organización, para tener una mejor idea del lugar, y para aprendizaje de la alumna practicante.

1.1 Descripción del lugar

La organización se encuentra ubicada en el departamento de Chimaltenango. La descripción física de las instalaciones es la siguiente: La organización posee instalaciones propias, dos módulos para el cuidado de cada una de las personas que pertenecen a la organización, cuenta con oficinas administrativas, sala, comedor, cocina, áreas para recreación, específicamente canchas de basket ball y foot ball.

La organización se dedica ayudar a personas específicamente niños y adolescentes en alto riesgo, provenientes de hogares desintegrados, extrema pobreza y violencia intrafamiliar, entre otros. Posee otros proyectos en el área del basurero de Chimaltenango que consiste en la alfabetización de personas de la comunidad y ayuda social para las mismas. Así mismo proyectos de ayuda social a familias de bajos recursos brindando ayuda material, espiritual.

1.2 Misión

Llegar a los niños/as, jóvenes, señoritas y familias en situación de calle, riesgo social y extrema pobreza, rescatándolos para Cristo, discipulándolos y preparándolos espiritualmente y académicamente, dándoles las herramientas para producir en otros lo que de gracia han recibido.

1.3 Visión

Niños, jóvenes, señoritas y familias transformadas por el poder del Espíritu Santo, convertidos en discípulos de Jesucristo, profesionales y buenos ciudadanos, con metas alcanzadas y cumpliéndose en sus vidas lo que Dios dice en su palabra “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”.

1.4 Valores

“Nuestro modelo y ejemplo a seguir es nuestro Señor Jesucristo y nuestras bases es apoyar a los niños con Amor, Fe y Justicia, nuestros valores:

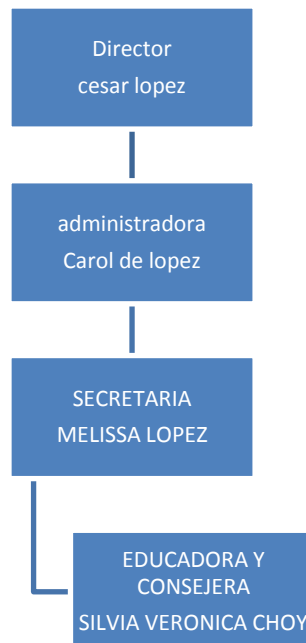
- Amor: brindar el amor de Dios a los niños a través de nosotros.
- Fe: En que Dios puede transformar la vida y futuro de cada uno de ellos.
- Justicia: Tratar a todos los niños por igual sin preferencias ni distinciones.
- Conciencia cristiana: enseñarles la palabra divina de Dios a través de La Biblia y guiarlos a ser buenos discípulos de Cristo.
- Nuestro lema: Hacer todo con excelencia para Dios.

Colosenses 3:23, “Y todo lo que hagáis, hacedlo de corazón, como para el Señor.”

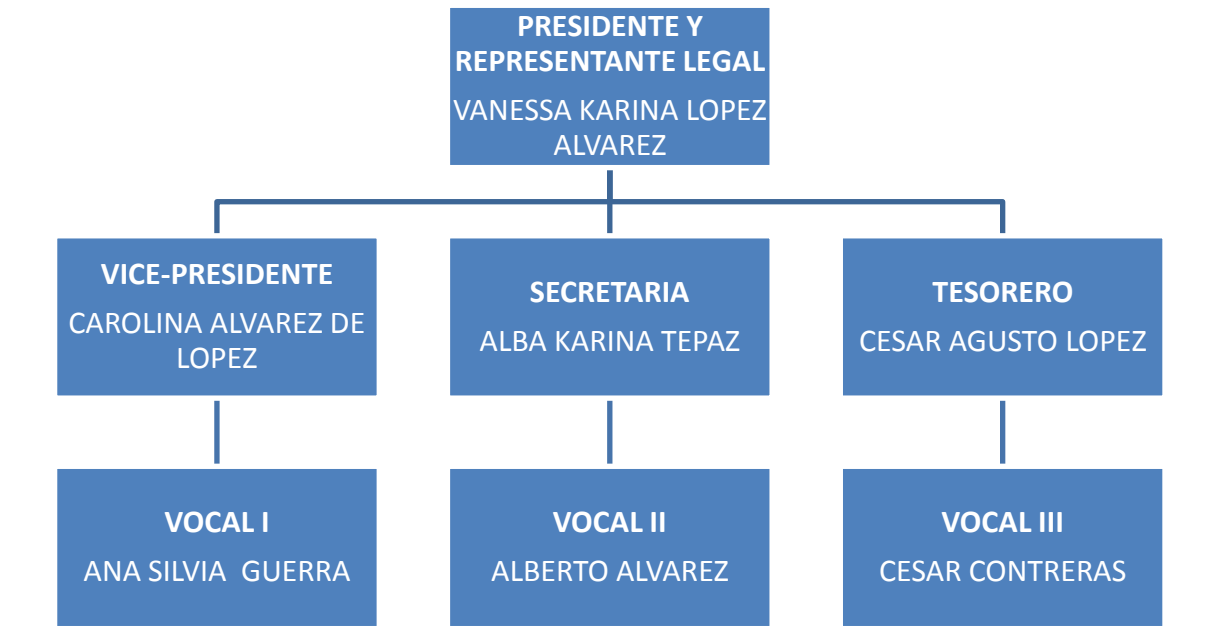
1.5 Logros de la institución

- Ayudar a una gran cantidad de adolescentes y niños que proceden de familias desintegradas, pobreza extrema y alto riesgo.
- Contribuir con muchas personas en el área de educación para el desarrollo de la comunidad
- Restauración de hogares desintegrados
- Realización de muchos proyectos en beneficio a personas de la comunidad
- La construcción de las instalaciones de la organización
- Posesión de vehículos para el beneficio de los miembros de la organización
- Crecimiento a nivel laboral, en el sentido de generar fuentes de trabajo.

1.6 Organigrama de Ministerio Mi Especial Tesoro



Miembros de la junta directiva de asociación “Mi especial tesoro”



1.7 Población que atiende

La organización en sus diversos proyectos ayuda a varios grupos de personas de la comunidad, entre ellos adolescentes y niños específicamente entre las edades de 10 – 18 años, así mismo en otros proyectos atiende las familias de la comunidad, por lo cual atiende todo tipo de personas sin importar sexo y edad, generalmente personas con bajos recursos económicos, madres solteras, viudas y adolescentes en riesgo.

1.7.1 descripción de la población que atiende

El ministerio cristiano Mi especial Tesoro apoya a niñas y adolescentes de 11 años a 17 años de edad que han sufrido abuso sexual y violencia intrafamiliar.

1.8 Planteamiento del problema

El abuso sexual en niñas y adolescentes de 11 a 17 años de edad atendidas en la organización Mi Especial Tesoro ubicado en el Departamento de Chimaltenango, es muy frecuente afecta el área psicológica de las victimas debido a esto se hace necesaria la atención de estos casos.

Capítulo 2

Marco teórico

Introducción

En este capítulo se encuentran temas que previo y durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida se investigaron y estudiaron con el fin de retroalimentar conocimiento, los temas fueron investigados cuidadosamente con el fin de clasificar la información necesaria. Y que diera los resultados requeridos, en donde se llevó a cabo la Práctica Profesional Dirigida, por lo cual a continuación se presentan los temas de manera breve y concisa dando prioridad al maltrato infantil por ser uno de los problemas principales encontrados.

2.1. Maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema que afecta tanto la integridad física, moral y psicológica de la niñez y por consiguiente a la sociedad en general. El uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores tienen como consecuencia heridas, mutilación o incluso la muerte del niño.

Es un problema latente, complejo, multifactorial y multicausal de inmensas proporciones dentro de las sociedades, del cual se conocen y evidencian solo una mínima parte de los casos.

Todas aquellas lesiones físicas o psicológicas no accidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo del niño y que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de omisión o descuido, que amenazan al desarrollo físico psicológico y emocional, considerado como normal para el niño.

Es un problema muy complejo de origen multifactorial, por lo que para su abordaje y manejo integral y multidisciplinario se requiere de una serie de procedimientos que tiene como fin el bienestar general de los niños, niñas, jóvenes y sus familias.

Es someter a niños y niñas a tratos crueles e inhumanos que les han dejado física y emocionalmente incapacitados o cuando les han ocasionado la muerte.

No existen en Guatemala, datos precisos sobre el maltrato infantil. Solo se tiene una evidencia imprecisa de la situación, tanto por falta de conciencia como por el desconocimiento de los criterios para la detección y el diagnóstico. La falta de legislación adecuada hace más difícil la atención de esta problemática, tanto en la persona la víctima como en el victimario. Esto hace que el problema pase desapercibido e ignorado lo más grave es el hecho que muchos niños y niñas no reciben atención y cuidados necesarios oportunos, con serios peligros para su salud física y emocional favoreciendo además la reproducción generacional de la violencia en el plano social.

El maltrato infantil aparece como una forma de interacción humana muy difundida. Hoy en día la violencia hacia los niños reviste formas más sutiles, se ejerce de manera silenciosa en el hogar, la calle o la escuela, y se ha convertido en una práctica común y socialmente aceptada. Ha ido emergiendo como un problema social y una considerable cantidad de instituciones sociales y legales se han ocupado de él y que en un principio, este fenómeno no recibió atención como tal, sino que dentro del esfuerzo por acabar con el problema de los niños vagabundos e indigentes se encontraron diversos casos de maltrato infantil.

2.1.1 Principales factores de riesgo

- Historia de los padres en la que se manifiesta la deprivación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia.
- Crisis familiares.
- Aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo.
- Abuso de alcohol y la drogadicción.
- Familias en las cuales la violencia corporal es aceptada.
- Enfermedades o deterioro.

- Padres adolescentes.

Idealmente, el niño/a en peligro de sufrir agresiones, debería ser detectado antes que ocurra el daño. Por eso, es muy importante tener claro cuáles son los factores de riesgo, realizar una historia clínica completa, entrevistar a los padres, observar y examinar detalladamente al niño/a, para lograr un diagnóstico adecuado. Cuando sea posible deberá obtenerse información colateral relacionada con la dinámica y la situación social de la familia, que permita verificar o descartar la sospecha.

Es importante llevar un registro de hallazgos, tomar fotografías y grabar las entrevistas si fuera necesario, ya que la información dada por los padres y cuidadores, generalmente difiere del diagnóstico médico, lo cual es motivo suficiente para realizar un informe detallado destinado a las autoridades competentes.

Se debe tener en cuenta que los niños/as aunque sean maltratados, defenderán o encubrirán a sus padres o cuidadores, ya que frecuentemente se consideran merecedores de los malos tratos o temen ser objeto de represalias.

Es necesario tomar en cuenta que por lo general, los padres de los niños/as maltratados actúan de una manera especial. Teniendo las siguientes conductas:

- Relatan una historia falsa o incoherente que no explica la lesión o lesiones que presenta el niño/a.
- Se muestran reacios a dar la información solicitada.
- Se demoran injustificadamente para buscar atención médica.
- Reflejan una actitud de descuido, falta de atención, o excesivo mimo con el niño/a.

Es importante actuar rápida y objetivamente frente al niño maltratado y su familia. Hasta que la situación no sea clara, es necesario proteger al menor de un nuevo ataque por parte de los adultos. Esto indica la necesidad de ayudar a la familia.

2.1.2 Señales del maltrato en los niños

a) Señales físicas

Cuando los niños/as presentan algunas de las señales que se indican a continuación, es importante sospechar que están siendo víctimas del maltrato físico, y es indispensable averiguar si han sido hospitalizados varias veces o remitidos a consulta “por accidentes”.

Estos son algunos indicadores:

- Moretones o golpes en diferentes estados de cicatrización, marcadas y señales de golpizas en la cara, labios, nariz, brazos, piernas, tronco, o nalgas. Golpes en los dos ojos o en las dos mejillas (usualmente en los accidentes, los golpes se presentan de un solo lado de la cara).
- Hematomas subdurales.
- Marcas de dedos en los brazos, piernas o mejillas.
- Cicatrices que muestran los objetos con los que fueran golpeados, como señales de látigo, cinchos, lazos, hebillas, cables, etc.
- Marcas permanentes, como tatuajes.
- Laceraciones y/o abrasiones en la nariz, labios, encías ojos, genitales externos, brazos, piernas, o en la espalda o las nalgas.
- Quemaduras o cicatrices con objetos, como planchas eléctricas, en brazos, piernas, pecho o espalda.
- Cicatrices o marcas de lazos o cuerdas en muñecas, tobillos o cuello.
- Quemaduras por inmersión en líquidos hirvientes, agua u otros, en los pies o las manos (como media o como guante), o en los genitales o las nalgas.
- Fracturas mal cicatrizadas, frecuentes y no tratadas.
- Fractura de huesos largos, de nariz, de maxilares y craneanas en bebés menores de un año.
- Ausencia de cabello en algunas partes de la cabeza, hemorragia del cuero cabelludo, o frecuentes “chinchones”.
- Hemorragia de la retina.

- Ojos amarotados.
- Fracturas dentales, hinchazones o moretes en la cavidad bucal.
- Dislocación de codo o de hombro

b) Señales emocionales y de comportamiento

- Agresividad y negativismo.
- Miedo de ir a casa o a la escuela.
- Miedo a los padres o a los adultos.
- Demasiada movilidad o excesiva quietud.
- Hábitos desordenados.
- Trastornos del sueño.
- Tartamudeo o tics.
- Comerse las uñas.
- Hipocondría, miedos y fobias.
- Falta de actividad exploratoria.
- Rechazo a recibir ayuda.
- Intentos de suicidio.
- Recién nacidos con señales positivas de drogas.
- Retardo en el desarrollo.
- Hambre o falta de apetito permanente.
- Llanto injustificado.
- Trastornos o retardo del habla.
- Higiene personal inadecuada.
- Vestidos inadecuados al tamaño o al clima.
- Ausencia de cuidados médicos.
- Inadecuada supervisión y vigilancia.

C) Otras señales

Algunos de estos indicadores se dan también en los niños maltratados físicamente. Si se observa alguno de ellos se deben investigar las causas.

- Fatiga o cansancio crónico.
- Hábitos inadecuados.
- Frecuentes ausencias o llegadas tarde a la escuela.
- Hipocondría.
- Cambios de comportamiento.
- Retrasos en el desarrollo mental o emocional.
- Uso de alcohol o drogas.

2.1.3 Abuso sexual

El abuso sexual se produce cuando, a un menor de edad, otra persona lo obliga a mantener un contacto sexual. Para ello se puede valer de la fuerza física, de engaños, de amenazas o de sobornos. Generalmente, se produce por adultos o jóvenes de mayor edad que la del niño. Se considera de manera y tipo de penetración, roces o caricias de órganos genitales en contra de su voluntad. También se incluye el acariciar los órganos genitales del abusador. Pero no siempre tiene que haber contacto físico, puede ser que alguien le diga que le observe desnudo, que lo mire mientras se toca sus genitales o mantiene relaciones sexuales con otra u otras personas, que lo obligue a ver películas o asistir a conversaciones de contenido sexual, que le diga que pose desnudo, etc. con el fin de excitarse u obtener placer sexual.

2.1.3.1 Abuso sexual en niñas y adolescentes

El abuso sexual en niños, niñas y jóvenes es difícil de detectar, dada la variedad de indicadores que presenta y el hecho de que la mayoría de las personas: No conoce cuales son estos indicadores, y no presta al niño, niña o joven suficiente atención como para notar que algo le esta

afectando. Generalmente las personas piensan que si un niño, niña o joven se comporta diferente, esto se debe a que está tratando de ser independiente, o que se ha vuelto rebelde, o simplemente que está "pasando por la adolescencia". Un cambio en la conducta no significa necesariamente que la persona sea víctima de abuso, pero los cambios significativos en diferentes áreas del comportamiento, pueden ser explorados como un posible indicador que requiere especial atención. Los indicadores antecitados, son especialmente representativos de abuso sexual.

Indicadores de abuso sexual en niñas y adolescentes

a) Indicadores físicos

Pueden existir indicadores físicos que muestran que una, niña o un adolescente ha sido víctima de abuso sexual.

Indicadores físicos	Indicadores de comportamiento
Infecciones recurrentes en el tracto urinario.	Dejar de comer o comer demasiado
Enfermedades de transmisión sexual	Problemas al dormir
Ropa interior manchada	Pesadillas muy frecuentes
Sangrado alrededor de la boca, de el ano a la vagina	Llanto o lamentos sin razón aparente
Aumento de trastornos somáticos tales como dolores de cabeza estomago etc.	Temor hacia los adultos en general
Regurgitación o vómitos de los alimentos si a ávido sexo oral	Comportamiento mucho mas tímido de lo normal
Tono de voz o lengua propio de un niño de menor edad	Comportamiento mas dependiente de los padres de lo usual
Dolor en el área de la vagina, pene o ano	Hiperactividad
Mojar la cama (enuresis)	Incapacidad de concentrar la atención en algo por mucho tiempo
Ensuciarse en la ropa (encopresis)	Conversación sobre temas sexuales en términos poco adecuados para su edad
Brotes o rasguños inexplicables	Rendimiento académico peor de lo usual

✓ Indicadores en adolescentes

Algunos de los indicadores anteriores para niños (as) se aplican también a los y las adolescentes, además de los siguientes.

Indicadores de conducta
Mantenerse aislado (a) a los demás.
Evitar llegar a casa.
Evade a una persona en especial o quiere estar a solas con esa persona en particular
Malas relaciones con compañeros (as) de clase y amigos (as).
Mala auto-imagen, habla de sí mismo (a) en forma despectiva.
Con problemas de higiene o arreglo personal, usa algunas veces doble ropa interior
Baja autoestima, dificultad para aceptar un cumplido.
Rendimiento académico demasiado bajo de lo usual.

2.1.3.2 Consecuencias del abuso sexual

La lista de las secuelas emocionales que deja el abuso sexual es amplia y compleja, puede causar desórdenes de la alimentación, (anorexia, bulimia, etc.) distorsiones de la percepción del propio cuerpo. Trastornos compulsivos, trastornos adictivos, adicción a sustancias o de otro tipo, codependencia, conductas autodestructivas, riesgos innecesarios y poco juiciosos.

Ideación suicida e intentos de suicidio. La ideación suicida suele ser obsesiva. Es frecuente la depresión tanto severa y aguda, así como de manera crónica, que amerita el diagnóstico de distimia.

Se pueden observar diferentes trastornos de ansiedad, especialmente, ataques de pánico. Sentimientos de culpa abrumadores, la mayoría de las sobrevivientes han pasado muchos años sintiendo que ellas fueron las culpables del abuso y se reprochan el no haberse defendido, en no haber pedido ayuda, el haber permitido, el haber sentido placer, en algunos casos.

También exhiben conductas sumamente controladoras, suelen controlar en las relaciones, en el trabajo, con mucha tendencia a la perfección, como defensa ante la angustia a perder su propio control.

Se observa también muy pobre control emocional, se les dificulta manejar emociones fuertes, especialmente la ira, el miedo y a la vez su conducta puede ser retraída y buscar el aislamiento. Otras suelen presentar ataques de ira incontrolable.

Un aspecto importante es la despersonalización y desrealización, las victimas suelen sentirse como que si no extraña- o disociarse, experimentando personalidades múltiples.

Los sentimientos de desesperanza son frecuentes. Tienen la idea de que no son normales y que nunca van a poder salir de ello, aunque tienen fuertes sentimientos de olvidar lo que pasó, de dejar atrás y se frustran cuando esto no es posible.

✓ Secuelas sociales

Las sobrevivientes tienen mucha dificultad para aceptar el amor de otros, porque prevalece el sentimiento de no merecer, de ser indigna, de estar manchada, "ser sucia", "mala o defectuosa". En la convivencia en pareja hace dificulta la expresión de sentimientos, muchas veces se contienen de expresar lo que sienten por temor a perder el control y la idea que algo muy malo va a pasar: por otro lado, el desbordamiento de la ira es una característica que desconcierta a la pareja. Una dificultad manifiesta en esta área es la confianza. Le cuesta confiar en la pareja, amigas, familiares, conocidos, de tal manera que se mantiene hipervigilante, con temor de que algo malo pueda suceder, aunque muchas veces por la dificultad de discriminar con quien relacionarse puede revictimizarse en relaciones abusivas.

✓ Sexualidad

Esta área ofrece múltiples síntomas y secuelas. Algunos de ellos son: anorgasmia, dificultad de disfrutar la sexualidad o parte de ella, dificultad de ser tocada, rechazo al sexo, este es considerado, malo, sucio, pecaminoso. Muchas veces tienen "*flashbacks*" durante la relación sexual, sensaciones corporales desagradables, pánico o ausencia total de sensaciones (anestesia corporal).

Puede ser también que la sobreviviente presente una conducta promiscua, sexo obsesivo y compulsivo, sin satisfacción como producto de su autopercepción: "solamente soy un objeto sexual".

✓ Memoria

Muchas de las víctimas sobrevivientes no recuerdan el abuso o tienen únicamente ideas vagas, recuerdos entrecortados o entre bruma, o sensaciones corporales que les hacen pensar que "algo pasó". Pueden sufrir lagunas mentales.

Por otro lado suelen tener sueños o pesadillas del abuso o simbólicos del mismo; una paciente. Los "*flashbacks*" son frecuentes, lo mismo que los disparadores, que se presentan ante estímulos que se pueden asociar al trauma. (*Loftus, 1979, citado por Goodman, Gail S. Ph.D. 1988, en Batres y Marengo 1999*).

Además, aunque el recuerdo no es perfecto, muchas de lo que el testigo cuenta son con probabilidad exactas. Diversos estudios dan cuenta que la probabilidad de la exactitud del testimonio aumenta cuando el reporte concierne a información "central", tal como acciones sobresalientes; el evento tuvo una larga duración en el tiempo: el asaltante era familiar, tal como un vecino, pariente o conocido; el evento fue repetitivo.

2.1.4. Prevención del abuso sexual

Prevenir el abuso sexual infantil es una tarea difícil para los padres, cuidadores, y la sociedad en general, aunque que todos debemos estar involucrados en ello. Los padres y demás adultos cercanos al niño, antes de saber el grado de equivocación con el que hacen las cosas, han de tener la oportunidad de hacerlas bien.

Los padres a menudo ignoran el modo en el que han de enfrentarse al cuidado de sus hijos y sus necesidades lo que hará que el niño sea un aprendiz a través de ensayos y errores.

Antes de considerar medidas preventivas más directas, los padres deben primero promocionar el buen trato a los niños. Es decir, reconocer al niño como persona y sus derechos, respetar el desarrollo evolutivo del niño, establecer empatía y comunicación efectiva con él, crear un vínculo afectivo e interactivo, y resolver sus problemas de una forma positiva y no violenta.

✓ ¿Qué hacer cuando hay abuso?

Si el abuso ocurre fuera de la familia, debe informarse a la policía o a la oficina de los derechos humanos. Los individuos que informan de buena fe los abusos están inmunes de ser procesados judicialmente.

Los padres deben de consultar con su pediatra o médico de familia, quien podrá referirlos a un médico que se especialice en la evaluación y el tratamiento del abuso sexual. El médico que examine al niño podrá evaluar su condición y dar tratamiento a cualquier problema físico causado por el abuso; podrá también obtener evidencia que ayudará a proteger al niño o niña.

El niño/niña que ha sido abusado sexualmente deberá someterse a una evaluación Psiquiátrica calificada para determinar cómo le ha afectado el abuso sexual y así determinar si necesita ayuda profesional para superar el trauma del abuso. El psiquiatra de niños y adolescentes también puede ayudar a otros miembros de la familia que puedan estar muy afectados por el abuso.

Aunque la mayor parte de las acusaciones de abuso son verdaderas, puede haber acusaciones falsas en casos de disputas sobre la custodia infantil o en otras situaciones. En algunas ocasiones la corte puede pedirle a un psiquiatra de niños y adolescentes que le ayude a determinar si el niño/niña está diciendo la verdad, o si le hará daño prestar testimonio en corte acerca del abuso.

Cuando el niño/niña tiene que testificar, se pueden tener consideraciones especiales (tales como el uso del video para grabar el testimonio, pausas frecuentes, la exclusión de espectadores o la opción de no tener que mirar al acusado) las cuales hacen la que la experiencia cause menos estrés.

Los adultos, dada su madurez y conocimiento, siempre son los culpables en los casos de abuso. Nunca se le debe de echar la culpa al niño o niña que ha sido abusado sexualmente.

Cuando el niño hace una confidencia a alguien acerca del abuso sexual, es importante darle apoyo y cariño; éste es el primer paso para ayudar al niño a que restablezca su confianza en los adultos.

2.1.5 Tratamiento para personas que sufren abuso

Las heridas causadas por abuso sexual, sea este incesto, trauma sexual, violaciones, acoso sexual, o la mezcla de estos, mas los traumas de desarrollo que se tiene, en ocasiones fuerzan a llevar atención donde la herida esta, por los síntomas que presentamos. El tratamiento toma su tiempo y a veces el camino puede ser largo y doloroso, Como parte de su proceso de recuperación es importante que se busque un psicólogo que le ayude y con el que el paciente se sienta bien. . Verificar el tratamiento que esta recibiendo, porque puede haber terapeutas muy agradables, pero si no tienen especialidad en trauma, las personas seguirán presentando los mismos problemas. Para trabajar con pacientes que han sufrido trauma y que el tratamiento sea efectivo, el terapeuta necesita saber sobre trauma, tener experiencia y conocer diferentes técnicas, de lo contrario, solo reforzará ciertos patrones.

Ver si el psicólogo tiene las cualidades, hacerle preguntas sobre como trabaja, mirar si se siente cómodo el paciente. Es su derecho. Otra cosa importante es que el terapeuta lo apoye en su proceso, le permita sentir lo que esté sintiendo, y no que tenga una agenda, sobre como las cosas deben ser.

El tratamiento se centra en ayudar al menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan a su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno y, a su seguridad. En el contexto de la psicoterapia individual, el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura. De esta manera se pretende que el niño recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros adultos y con sus iguales (*Urquiza y Winn, 1994*). Gallardo (1997b) indica además que el tratamiento debe ir encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado. Por lo cual se describen a continuación las siguientes terapias.

a) Como objetivo de la terapia psicoanalítica sería la “catarsis emocional” que consiste en favorecer la comunicación del paciente de las experiencias vividas.

b) Objetivos de la psicoterapia cognitiva serían: la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento de estrés.

c) Objetivos del tratamiento conductual serían aumento o implantación de conductas deseables y reducción o eliminación de las indeseables.

2.2 psicopatología

La Psicopatología puede referirse a varias cuestiones. Por un lado, con ese término se designa a aquella área de salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo y que se los conoce como trastornos psicológicos. Y por el otro lado, como un área de estudio dentro de la psicología que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos. Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental.

El término psicopatología, etimológicamente *psyché* (*psyjé*): alma o razón. páthos (pazos): enfermedad, logia: o lógos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

- a) Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales. A modo de ejemplo, se encuentra el estudio que diferencia entre percepción normal/sana y percepción que no es normal/sana, al margen de la definición de trastorno psicológico; en este sentido, la alucinación hipnogógica es una percepción normal y sana.
- b) Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

2.2.1 Normalidad y anormalidad

La normalidad de un comportamiento está vinculada a la conducta de un sujeto que no muestra diferencias significativas respecto a la conducta del resto de su comunidad.

No hay que olvidar, que la normalidad tiene una gran carga de subjetividad y está vinculada a la condición social, la edad y otras cuestiones. Para un adolescente, estar toda la noche sin dormir

puede resultar normal durante los fines de semana, mientras que una persona mayor que tenga la misma conducta genera extrañeza.

Otras veces se habla de la normalidad como adaptación a un medio, a una realidad exterior. El psicoanálisis en cambio la remite a una realidad psíquica, a la forma como queda el sujeto articulado en el eje Edipo-castración. Freud definía una conducta normal o sana como aquella que tiene algo de neurosis porque no niega la realidad, pero algo de psicosis porque se esfuerza en transformarla.

La anormalidad es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales. Definir si una persona es normal o anormal es un tema difícil en el campo de la psicología de la anormalidad.

- Un criterio para "anormalidad" que se utiliza en el caso de comportamiento anormal es su baja ocurrencia estadística. Esto sin embargo posee una falla obvia la persona extremadamente inteligente, honesta, o feliz es tan anormales como las personas que poseen las características opuestas. Por esta razón, se consideran comportamientos individuales anormales a aquellos que son estadísticamente raros y además indeseables. La ocurrencia de algún tipo de comportamiento anormal no es inusual. Por ejemplo, Por definición, los desórdenes mentales, comprenden comportamientos raros o con baja frecuencia estadística.

Un criterio más refinado es la existencia de ansiedad. Una persona que manifiesta niveles elevados de depresión, ansiedad, infelicidad, etc. se considera que posee un comportamiento anormal porque su propio comportamiento la perturba. Desafortunadamente, muchas personas no se percatan de su propio estado mental, y aunque podrían beneficiarse con ayuda, no ven la necesidad de buscar apoyo.

2.2.2 Historia de la psicopatología

Es en los mundos griego y romano en los que 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 estado de cólera).

Esta visión fue modificada por los pitagóricos, entre ellos Hipócrates, quien aseguró que los trastornos mentales se debían a causas y procesos naturales al igual que en las enfermedades físicas. Para él los dioses de la enfermedad estaban sujetos a leyes naturales y era misión del médico descubrirlas. La formulación de Hipócrates serviría de base a Galeno para plantear sus concepciones acerca de los temperamentos.

Este modelo hipocrático-galénico dominaría buena parte de las reflexiones sobre la salud y la enfermedad de la Edad Media, época en la cual Alberto el Grande y Tomas de Aquino mantuvieron una posición marcadamente organicista acerca de los trastornos mentales (ya que el alma no podía estar enferma debido a su origen. Así la locura era una enfermedad somática, atribuida a un uso deficiente de la razón, o bien a pasiones que interferían con la razón o de un peculiar aparato físico en estado de intoxicación o sueño, etc.

La Iglesia tuvo que hacer frente al dilema de determinar si la persona 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 transgresión a la voluntad del individuo por arte de un ser superior. Por lo tanto, estos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal. Estas ideas deontológicas prevalecieron en los albores del Renacimiento salvo notables excepciones como Vives y Weyes.

Los siglos XVII y XVIII, Siglo de las Luces y la Edad de la Razón, se caracterizan por la defensa de planteamientos anatomopatológicos y fisiopatológicos. Y la consideración de la locura como un tipo especial de enfermedad será abordada desde ambos.

El planteamiento anatomopatológico de la locura con sus supuestos centrales de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocan con las primeras concepciones de la neurosis, y en general de las enfermedades nerviosas la caracterización de las enfermedades nerviosas como producidas por algún tipo de lesión anatómica conlleva la idea de que a medida que se iban descubriendo las lesiones específicas que estaban en el origen de las neurosis, estas irían desapareciendo. La mentalidad anatomopatológica da paso a los planteamientos fisiopatológicos sobre las enfermedades. *Whytt* y *Collen* elevarán el S.N. a la primera posición dentro de la fisiopatología, la patología y la neurología.

Whytt afirmaba que puesto que la mayor parte de las enfermedades dependen del S.N. deberían ser llamadas nerviosas. *Collen* agranda esta tesis y construye una de las primeras nosologías, en la que aparece por primera vez el término neurosis. Y a fines del S. XVII se producirá una división entre los médicos especialistas en nervios (neurólogos) y los médicos especialistas en pacientes nerviosos (psiquiatras). El fracaso de estos dos enfoques, el anatomopatológico y el fisiopatológico, da lugar a una interpretación que enfatizará el papel de la herencia y la degeneración hereditaria en el origen de las neurosis.

Foville y Movel ya en el Siglo XIX, proponen concebir la locura (insania) como una manifestación mórbida de la inteligencia caracterizada por una lesión funcional difusa del S.N.; el elemento patológico es nada menos que la degeneración con la cual los individuos señalados hereditariamente están heridos invariablemente en el desarrollo normal de su S.N.

Charles Fèrè plantea la teoría de la “familia neuropática” que marca los trastornos psíquicos, sensoriales y motores del S.N. en un solo grupo indisoluble unido por las leyes de la herencia. Esta teoría asumía además, que cada alteración podía manifestarse en un modo diferente en los

distintos miembros de una misma progenie o incluso presentar cambios en un mismo individuo a lo largo del tiempo. Sin embargo, este nuevo enfoque también resultó ineficaz.

De la mano de Mesmer primero hace aparición el “magnetismo animal y de *Puységur* después que lo rotulará como “sonambulismo artificial”. El descubrimiento de éste nuevo fenómeno se atribuirá a la acción de fuerzas psicológicas aún desconocidas, que además de introducir una visión particular sobre el funcionamiento de la mente humana y sus capacidades, dará pie al descubrimiento del inconsciente y sus potencialidades para la cura de ciertas formas de locura.

Por otro lado los enfoques organicistas de la locura conviven con planteamientos moralistas. Así mientras que las causas inmediatas de la locura eran de origen orgánico, las causas lejanas incluían antecedentes biográficos (pasiones del alma), como sociales (vicios, malas compañías, miseria) o los ambientales (humedad, frío, calor). Y son precisamente estas “causas morales remotas” las que se encuentran en la base del tratamiento moral y, consecuentemente, en las primeras reformas del tratamiento manicomial, llevadas a cabo por *Tuke, Pinel, Rush, Connolly e Hill*.

A mediados del S. XIX los contactos que empiezan a producirse entre la medicina, la fisiología, la biología evolucionista y la psicología de la asociación, abonan el terreno para el surgimiento, dentro de las ciencias naturales, de la ciencia psicológica, alejándose ésta de la Filosofía. *Wundt* es el papal artífice de éste horizonte.

Wundt sostenía que la Psicología podía ser considerada como ciencia experimental en tanto que estudiara actividades tales como la sensación o la percepción, pero que en la medida en que tratase de dar cuenta también de fenómenos mentales superiores con el lenguaje o el pensamiento, debía ser considerada como una ciencia social.

El funcionalismo americano, la reflexología soviética, el movimiento gestáltico y la escuela de *Wüsburgo*, marcando sus divergencias con respecto a la propuesta de *Wundt*, aportan su propia interpretación sobre cuáles son los métodos y los datos adecuados para el desarrollo de una

psicología verdaderamente científica. Por su parte, la psicología dinámica, heredera del sonambulismo artificial y desarrollado sobre todo en el ámbito psiquiátrico, realizará su propia aportación a la nueva.

2.2.3 Modelos psicopatológicos

Nacen del estudio histórico de lo acontecido con las enfermedades mentales y del acercamiento a las mismas según las escuelas. Tres modelos influyentes y competidores acerca de la conducta anormal, surgieron durante el final del siglo XIX y principios del siglo XX: los modelos biológicos, psicoanalíticos y cognoscitivos-conductuales.

Cada enfoque ha influido el estudio y tratamiento de la conducta anormal, pero ninguna puede afirmar que es en definitiva la teoría correcta acerca de la conducta anormal. La variedad de enfoques empleados ha conducido a que la enfermedad mental se entienda y se intervenga también de múltiples maneras, con consecuencias muy variadas sobre los aspectos individuales, familiares y sociales.

2.2.3.1 Diferentes enfoques psicopatológicos

a) Conductista

El postulado principal de esta corriente dice que no existe diferencia esencial entre la conducta patológica y la conducta normal. Ambas son fruto del aprendizaje a partir del ambiente. Se da una gran importancia a las influencias ambientales dejando las biológicas y genéticas en un segundo plano, aunque no se descartan por completo. Se basa en la observación de la conducta y no tienen en cuenta los procesos mentales. El tratamiento en este modelo pasa por la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida. Deja de lado los aspectos importantes que influyen en el aprendizaje como son la atención, la percepción, la memoria, etc.

b) Biológico

El Modelo Biológico de la conducta anormal afirma que esta conducta tiene bases bioquímicas o fisiológicas.

Aunque existe sólida evidencia de que factores genéticos / bioquímicos están implicados en los trastornos mentales tan diversos como la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad, la biología sola no puede dar cuenta de muchas enfermedades mentales.

Para este modelo, la conducta anormal nos más que un mero síntoma que indica una alteración orgánica. El tratamiento será de tipo orgánico médico. Es reduccionista: reduce toda la conducta a reacciones bioquímicas Considera a la conducta un mero síntoma La etiología orgánica solo explica una minoría de los trastornos mentales.

c) Cognocitivist

Fundamentalmente es un modelo de procesamiento de la información y por lo tanto la psicopatología será causada por alteraciones de algún tipo de procesamiento. Este modelo no estudia la conducta anormal manifiesta, sólo sus procesos. Se enfoca en el estudio de los procesos mentales superiores, incluyendo pensamiento, lenguaje, memoria, solución de problemas, conocimientos, razonamiento, juicio y toma de decisiones. Sus descubrimientos han establecidos avances en el desarrollo de nuevos métodos de aprendizaje.

d) Psicodinámico

Surge a comienzos del XX siglo con los trabajos de Freud, que considera a la enfermedad mental el resultado de una conflictiva psíquica interior que ha ido configurándose a través de las experiencias que ha tenido cada sujeto. Los conceptos de fijación y regresión modifican radicalmente los planteamientos de tipo médico y la antigua enfermedad mental pasa a ser

comprendida como la expresión de elementos que se encuentran normalmente en la biología de cada persona.

2.2.3.2 Trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos trastornos mas frecuentes, atendidos durante la práctica realizada que presentan las niñas abusadas.

2.2.3.2.1 Trastornos de aprendizaje

Trastorno de aprendizaje se define como un "desorden en uno o mas de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión o uso del lenguaje, hablado o escrito, que puede manifestarse en una habilidad imperfecta para escuchar, hablar, leer, escribir deletrear o hacer cálculos matemáticos..Esto hace que el niño no pueda seguir un ritmo escolar normal, manifiestan lentitud y desinterés para el aprendizaje. Para estos casos se debe contar con la ayuda de un neurólogo quien: ayuda a determinar causas del trastorno y si hay áreas neurofisiológicas afectadas. Psiquiatra, descarta una patología psiquiátrica. El Psicólogo, evalúa la presencia de factores cognitivos, emocionales o de la personalidad que coexisten con el trastorno de aprendizaje o que explican las dificultades.

Cuando el niño presenta trastornos en el aprendizaje puede tener problemas en aprender el alfabeto, hacer rimar las palabras o conectar las letras con los sonidos. Puede no comprender lo que lee, tomar el lápiz torpemente, tener letra desordenada, presentar dificultad al querer escribir sus ideas, vocabulario limitado, entre otras.. Lo mejor para estos casos es realizar una evaluación temprana, para poder ir avanzando en forma adecuada y a tiempo.

2.2.5.1.1 Clasificación

I Dislexia

El trastorno específico de la lectura (Dislexia) se caracteriza por un deterioro de la capacidad para reconocer palabras, lectura lenta e insegura y escasa comprensión. Ello no es debido a factores como la baja inteligencia o a deficiencias sensoriales significativas. Con frecuencia, viene acompañada de otras alteraciones en la expresión escrita, el cálculo o algún otro tipo de trastorno de la comunicación.

Síntomas

- Escritura de espejo (que es cuando el niño invierte las letras)
- Confusiones al escribir
- Confusiones al escuchar los sonidos de algunas letras
- Torpeza motriz y disgrafías (dificultad al escribir)
- Dislexia con alteraciones verbales y de ritmo
- Dislalias (dificultad al articular las palabras)
- Inversiones de palabras o de letras
- Pobreza de expresión
- Poca fluidez verbal
- Comprensión baja de reglas de sintaxis
- Dificultad para deletrear
- Dificultad al realizar una composición
- Dificultad para realizar operaciones aritméticas

- Causas

La dislexia es el efecto de múltiples causas, que pueden agruparse entre dos polos. De una parte los factores neurofisiológicos, por una maduración más lenta del sistema nervioso

Otra los conflictos psíquicos, provocados por las presiones y tensiones del ambiente en que se desenvuelve el niño. Estos factores llevan a la formación de grupos de problemas fundamentales, que se encuentran en la mayor parte de los trastornos del disléxico, cuya gravedad e interdependencia es distinta en cada individuo.

- Efectos

Desde el paradigma psicológico del procesamiento de la información estas dificultades se explican porque las personas sin dislexia automatizan procesos que las personas con el trastorno tienen dificultades para automatizar.

Para estas teorías, el cerebro tiene unas capacidades de procesamiento limitadas y si éstas se superan, se ralentizan los procesos o incluso se cometen errores. Por eso los niños pequeños leen de forma lenta, cometen errores en la decodificación grafema-fonema (letra-sonido) y tienen grandes dificultades para la comprensión. Además, tienen más dificultades con aquellas palabras menos conocidas o más largas por exigir éstas más recursos cognitivos. Posteriormente, conforme los niños van automatizando la mecánica lectora cada vez tienen más recursos para dedicar a comprender el texto; y finalmente incluso esto se automatiza en gran parte.

En los sujetos con dislexia esta automatización se da en menor medida por lo que cometen durante mucho más tiempo errores; e incluso ya de adultos, cuando a simple vista la velocidad y precisión de la mecánica lectora parecen correctas tienen dificultades de comprensión al seguir utilizando la mayor parte de sus recursos en la decodificación grafema-fonema. Así mismo los adultos con dislexia es común que sigan cometiendo más errores y sean más lentos que los grupos control en la lectura de palabras inventadas o poco comunes.

- Pronóstico

En muchas ocasiones, el niño que sufre de dislexia recibe un trato inadecuado, ya que los padres al no tomar en cuenta las carencias de su hijo, sólo se limitan a calificarlo de tonto o torpe y esto le ocasiona problemas emocionales. Por eso es importante observar su comportamiento y detectar si el niño sufre de:

- Falta de atención, (distracción)
- Alto grado de fatiga, (se cansan muy rápido)
- Desinterés por el estudio (esto se presenta porque a este tipo de niños se les llega a catalogar como flojo, vagos e incluso tontos)
- Inadaptación personal
- Desajustes emocionales
- Inseguridad.

El pronóstico es bueno si se da tratamiento con continuidad al niño y los padres prestan atención a lo que el niño necesita brindando su apoyo.

- Tratamiento

Tiempo atrás el tratamiento de la dislexia se anclaba en la idea del refuerzo del área de lateralidad, la orientación espacial, la grafo motricidad, la orientación temporal y las seriaciones. Sin embargo actualmente este tipo de tratamientos están prácticamente abandonados.

Existe en la actualidad gran cantidad de material específico para la prevención de la dislexia, entendido éste como un recopilatorio de ideas para la mejora de su práctica docente. Entre ellas cabe destacar el uso de los materiales elaborados por el profesor, contribuyendo de esta manera a la enseñanza más individualizada que necesitan los alumnos con rasgos disléxicos. Dicho material específico suele estructurarse en orden de dificultad y también por edades.

II Trastorno de escritura (Disgrafía)

Es el trastorno de la escritura que afecta a la forma o al contenido y la manifiestan niños que no presentan problemas intelectuales, neurológicos, sensoriales, motores, afectivos o sociales.

Se utiliza para designar el trastorno de la escritura que afecta a la forma o al contenido y la manifiestan niños que no presentan problemas intelectuales, neurológicos, sensoriales, motores, afectivos o sociales. ...

.....

Como características disgráficas se señalan dos tipos de síntomas relacionados. Los primeros, denominados signos secundarios globales, comprenden la postura inadecuada, soporte incorrecto del instrumento (lápiz, bolígrafo, etc.), mala presión del mismo o velocidad de escritura excesivamente rápida o lenta. Por otra parte, los síntomas específicos, ponen su atención en elementos del propio grafismo como gran tamaño de las letras, letras inclinadas, deformes, excesivo espaciado entre letras o muy apiñadas, enlaces indebidos entre grafemas, letras irreconocibles.

Para el establecimiento del diagnóstico de la disgrafía es necesario tener en cuenta el factor edad, dado que este trastorno no empieza a manifestarse hasta después de haber iniciado el período de aprendizaje (después de los 6-7 años). No es adecuado el diagnóstico si se realiza antes de la edad.

- **Síntomas**

Los tres síntomas principales de una disgrafía motriz son:

- a) El cansancio progresivo de los dedos, la mano y el brazo, en la medida en que el trabajo de manuscritura se hace más largo y continuado.
- b) Los dolores, que especialmente se concentran en la palma de la mano, en la muñeca y hasta en el cuello; al igual que con el cansancio, estos dolores aumentan en la medida en que el trabajo de manuscritura se hace más extenso.

c) Calambres musculares. Un síntoma extremo; casi todos los disgráficos saben cómo evitar a tiempo que el calambre se produzca en toda su magnitud y, por ello, ocurren "amenazas de calambre" que la persona evita practicando alguna clase de ejercicios o movimientos relajadores y suspendiendo por un rato la manuscritura. Tras un par de minutos de descanso, el disgráfico puede volver a escribir durante un cierto periodo, antes de sentir la amenaza del próximo calambre. Estos tres síntomas se hacen críticos, por lo general, en las evaluaciones escritas en las que el disgráfico debe hacer manuscritura continuamente y a gran velocidad para alcanzar a poner en el papel todo lo que sabe en una cierta materia.

- Causas

La llamada disgrafía caracterial viene asociada a dificultades perceptivas, motrices, de lateralización y es producto de las tensiones psicológicas del niño. Puede ser un mecanismo de defensa que enmascara trastornos de conducta como inhibición, timidez, aislamiento.

Instrucción rígida e inflexible, sin atender a características individuales

- Descuido del diagnóstico del grafismo, como método de identificación de las dificultades
Deficiente orientación del proceso de adquisición de destrezas motoras
 - Orientación inadecuada al cambiar de la letra script a la letra cursiva
 - Objetivos demasiado ambiciosos
 - Materiales inadecuados para la enseñanza
 - Incapacidad para enseñar a los zurdos la correcta posición del papel y los movimientos más idóneos
- Efectos

Dificultad para automatizar la lectoescritura. Consiste en un déficit fonológico que le dificulta captar la segmentación de las palabras habladas en sus fonemas, automatizar las correspondencias grafema-fonema y decodificar las palabras escritas. Si no recibe ayuda apropiada y en forma

temprana, llegará al tercer grado con dificultades en la lectura fluida y con una escritura con errores específicos, lo cual derivará en una disortografía. Si recibe la ayuda apropiada encontrará la persona menos dificultad en cuanto que se lo estimulará en las estrategias apropiadas para una mejor automatización. No sólo encontrará menos dificultad sino que atravesará el proceso de aprendizaje con menor frustración, lo cual contribuirá a una mejor autoestima.

- **Pronóstico**

Si se brinda tratamiento a tiempo antes que avance el trastorno el pronóstico es bueno para los niños que padecen este trastorno.

- **Tratamiento**

El tratamiento debe centrarse en aquellos aspectos deficitarios detectados en la evaluación previa. No obstante, la reeducación no sólo hay que hacerla sobre el síntoma identificado sino entendiendo al niño como expresión de un conjunto único de diferentes factores culturales, familiares,..Emocionales,..etc.

El tratamiento debe estructurarse como un proceso continuo de mejora, desde los aspectos más simples a los más complejos, para facilitar la reorganización del proceso o procesos deteriorados. A este respecto normalmente suele ser conveniente empezar por corregir, desde los inicios de la escritura, la postura junto con una adecuada prensión y presión del lápiz sobre el papel.

III trastorno de cálculo (Discalculia)

Alteración en el aprendizaje de la capacidad aritmética no justificable por dificultades debidas a un retraso mental o por que el paciente haya estado sometido a una escolaridad inadecuada. Es un trastorno de aprendizaje en el que se descartan compromisos intelectuales, afectivos y pedagógicos en sus causales y puede presentar puntuales manifestaciones en la integración de los

símbolos numéricos en su correspondencia con las cantidades, en la realización de operaciones y en la comprensión aritmética.

Las dificultades fundamentales se centran en torno a la simbolización y a la estructura espacial de las operaciones. Suele presentarse en la infancia. Lo más común es que se haga evidente a los ocho años, aunque se observan casos de niños que ya muestran síntomas a los seis años, y otros casos en los que el trastorno no se detecta hasta diez años después.

- **Síntomas**

Un individuo con discalculia presenta tres síntomas que le identifican. El primero de ellos, como se ha visto anteriormente, es que la capacidad de cálculo es mucho menor, en comparación con las habilidades habituales.

El segundo síntoma se refiere a los déficits sensoriales. Si un paciente posee un déficit sensorial, la dificultad de cálculo excede la dificultad habitual para ese déficit. Por un ejemplo: si una persona es invidente, sus habilidades para el cálculo serán menores que las del resto de personas con esa discapacidad.

El tercer y último síntoma es la interferencia entre la poca capacidad de cálculo y el rendimiento académico. La discalculia provoca el poco rendimiento escolar de los niños afectados, así como la ineficacia en actividades diarias que requieran capacidad de cálculo (hacer las cuentas del hogar, devolver un cambio, etc.)

- **Área matemática:** Es la que engloba toda la discalculia. Como hemos visto anteriormente, los principales problemas en este campo son las operaciones básicas (sumas, restas, divisiones y multiplicaciones).
- **Área lingüística:** Existen dificultades en la comprensión de términos relacionados con las matemáticas. También existen dificultades a la hora de convertir problemas matemáticos en símbolos, como por ejemplo sacar una ecuación de un enunciado lingüístico.

- Atención: También existen dificultades a la hora de copiar figuras y símbolos operacionales correctamente.
- Percepción: En esta área de deficiencia, hay problemas para reconocer y entender los símbolos.
- Causas

Igual como ocurre con el trastorno de la lectura o la escritura, no se conoce la causa exacta. La opinión actual es que se trata de un problema de origen multifactorial en el que influyen factores madurativos, cognitivos, emocionales y educativos en distintos grados y combinaciones, vinculados a trastornos verbales y espaciales. La capacidad viso-espacial y viso-perceptiva tiende a estar afectadas. Con frecuencia hay mala lateralización (lateralidad cruzada o contrariada), con los trastornos que conlleva de esquema corporal, falta de ritmo y desorientación espacio-temporal. En algunos niños, pueden presentarse además, problemas sociales, emocionales y/o comportamentales, siendo relativamente frecuentes las dificultades en las relaciones interpersonales.

- Lesiones cerebrales
- Alteraciones neurológicas
- Fallos en la maduración neurológicas, inmadurez o problemas en lectoescritura
- Factores de maduración
- Alteraciones de la psicomotricidad.
- Falta de conciencia de los pasos a seguir
- Dificultades en el pensamiento abstracto
- Falta de motivación
- Perturbaciones emocionales
- Problemas socioambientales
- Trastornos de conducta (conducta impulsiva)

- Efectos

No se puede demostrar una lesión en el hemisferio dominante en el trastorno del cálculo pero pueden ponerse de manifiesto déficits neuropsicológicos en la manipulación de los números, las relaciones espaciales y el razonamiento matemático. Pueden observarse tanto déficits verbales (secuenciales) como déficits visoespaciales, por lo que puede existir una disfunción hemisférica bilateral. También se han propuesto mecanismos subcorticales.

Ya que las dificultades que involucran a las matemáticas son diferentes, así mismo lo son sus efectos sobre el desarrollo de una persona. Por ejemplo, una persona que tiene problemas en el procesamiento verbal tendrá desafíos diferentes que quien tiene dificultades en las relaciones viso- espaciales. Otra persona con dificultades para recordar y mantener una secuencia adecuada va a desempeñarse en el ámbito de las matemáticas también de forma distinta.

- Primera infancia

Construir una base sólida en cuanto al cálculo involucra diferentes habilidades. El niño con trastornos de aprendizaje puede tener dificultades en cuanto al significado de los números, problemas en tareas como agrupar objetos por forma, color o tamaño, reconocer grupos y patrones, comparar opuestos utilizando conceptos como grande/chico alto/bajo. Aprender a contar, reconocer números y emparejar números con determinadas cantidades también puede ser difícil para estos niños.

- Niños en edad escolar

A medida que el aprendizaje de las matemáticas continúa, los niños en edad escolar con dificultades en el procesamiento verbal pueden tener dificultades en resolver problemas matemáticos básicos usando adiciones, sustracciones, multiplicaciones y división.

- Adolescentes y adultos

Si las habilidades matemáticas básicas no son dominadas, muchos adolescentes y adultos con discalculia pueden tener dificultades avanzando hacia aplicaciones más avanzadas de las matemáticas. Las dificultades en el procesamiento verbal puede hacer difícil para una persona comprender el vocabulario matemático y sin ese vocabulario es difícil construir un conocimiento matemático.

- Pronóstico

Una vez identificado el problema (normalmente en primaria) hace falta recurrir a todos los recursos psicopedagógicos para intentar que el niño logre un mejor funcionamiento en este terreno. Lo que sí parece claro es que los niños con una discalculia moderada que no reciben tratamiento y los que aún recibéndolo no logran mejorar, pese a la intervención educativa, tiene una mayor riesgo de presentar dificultades académicas asociadas a baja autoestima, frustración e incluso depresión. Estas complicaciones pueden provocar rechazo a ir a la escuela y trastornos comportamentales.

- Tratamiento

Siempre se tiene que realizar en función del diagnóstico previamente establecido, con el fin de conocer de forma segura las limitaciones y fortalezas del menor. Cuando no se encuentran déficits orgánicos graves, es preciso comenzar con la reeducación de éste, con el objetivo de que asimile y sintetice de forma correcta la información relacionada con el área de las matemáticas.

Es importante considerar una serie de recomendaciones antes de comenzar el tratamiento:

- Es aconsejable que las sesiones sean individuales, en las cuales participe el menor con un profesional. En otras ocasiones también se pueden hacer colectivas (clases de apoyo)
- La implementación de las sesiones ha de ser gradual.

- No es recomendable limitar el tiempo de la tarea, con el fin de reducir la ansiedad que este experimenta.
- Encontrar actividades que motiven.
- No presionar en exceso.

Entre las tareas que se pueden realizar se destacan las siguientes:

- La adquisición de destreza en el empleo de relaciones cuantitativas.
- Tareas en las que se requieran procesos de razonamiento.
- Ejercicios para consolidar los símbolos numéricos y sus relaciones.
- Resolución de problemas.
- Utilizar una aproximación multisensorial, ya que cuando hay dificultades en el área de las matemáticas, también las hay para entender los procedimientos y las reglas desde el código verbal, ya que resultan demasiado abstractas.

El tratamiento de la discalculia es gradual, se produce una reestructuración cognitiva en las habilidades matemáticas del niño y en general suele tener buenos resultados.

2.2.6 Trastornos de conducta alimentaria

Es un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. A continuación se describe cada uno para mayor conocimiento.

I Anorexia nerviosa

No es síntoma, sino una enfermedad específica caracterizada por una pérdida autoinducida de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal y puede tener consecuencias muy graves para la salud.

El término anorexia significa literalmente "pérdida del apetito;" sin embargo, esta definición es engañosa ya que las personas con anorexia nerviosa con frecuencia tienen hambre pero, de todos modos, rechazan la comida. Las personas con anorexia nerviosa tienen intensos temores a engordar y se ven en sí mismos gordos inclusive cuando están muy delgados. Estos individuos pueden tratar de corregir esta percibida "imperfección" limitando el engerimiento de la comida de manera estricta y haciendo excesivo ejercicio con la finalidad de perder peso.

- Síntomas
 - ✓ Rápida pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses
 - ✓ Continuar haciendo dieta a pesar de estar delgado o con el peso muy bajo
 - ✓ Tener un interés inusual en la comida, las calorías, la nutrición o en cocinar
 - ✓ Temor intenso a subir de peso
 - ✓ Extraños hábitos o rutinas alimenticias, como por ejemplo, comer en secreto
 - ✓ Sentirse gordo incluso cuando se tiene bajo peso
 - ✓ Inhabilidad de calcular realísticamente el peso de su propio cuerpo
 - ✓ Esforzarse por lograr la perfección y ser muy autocrítico
 - ✓ Excesiva influencia del peso y forma del cuerpo en el autoestima de la persona
 - ✓ Depresión, ansiedad o irritabilidad
 - ✓ En las mujeres, períodos menstruales infrecuentes o irregulares
 - ✓ Usos de laxantes, diuréticos o píldoras para dieta
 - ✓ Enfermedades frecuentes
 - ✓ Usar ropa suelta para esconder la pérdida de peso

- ✓ Hacer ejercicios compulsivamente
- ✓ Sentir que uno no vale la pena o sentirse sin esperanzas
- ✓ Retiramiento social
- ✓ Los síntomas físicos que se desarrollan a lo largo del tiempo, incluyen: poca tolerancia al clima frío, cabello y uñas quebradizas, piel seca o amarillenta, anemia, estreñimiento, articulaciones hinchadas y un crecimiento de nuevo pelo fino sobre el cuerpo.

- Causas

La causa exacta de la anorexia nerviosa no es conocida pero las investigaciones sugieren que una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamientos, así como factores biológicos y ambientales podrían ser los responsables.

Las personas con anorexia nerviosa, con frecuencia, usan la comida como una manera de ganar un sentido de control cuando otras áreas de sus vidas están bajo mucho estrés o cuando se sienten abrumados. Los sentimientos de incompetencia, baja autoestima, ansiedad, rabia o soledad también podrían contribuir al desarrollo de este desorden. Adicionalmente, las personas con desórdenes alimenticios podrían tener relaciones problemáticas o tener una historia de haber sufrido burlas respecto a su tamaño o peso. La presión de los amigos y una sociedad que identifica la esbeltez y la apariencia física con la belleza también puede tener un impacto en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

Los desórdenes alimenticios también podrían tener causas físicas. Los cambios en las hormonas que controlan la manera como el cuerpo y la mente mantienen el humor, el apetito, los pensamientos y la memoria, podrían fomentar los desórdenes alimenticios. El hecho que la anorexia nerviosa tienda a correr en las familias también sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada.

- Efectos

En caso de que la *anorexia* se desarrolle a un nivel peligroso, con el fin del individuo de sólo bajar y bajar de peso, el organismo llegaría a estar gravemente afectado en algún momento. Como por ejemplo en algunas mujeres se interrumpe el período menstrual, en otros casos existe un gran deterioro mental, y como hemos dicho muchas veces, la muerte no es una consecuencia tan extraña.

Muchos creen que la anorexia sólo afecta a las mujeres, sin embargo, también afecta, en menor medida, a los hombres, que en algunos casos puede llegar a necesitar bajar de peso para determinados deportes, exigiéndose con demasiada actividad física o dietas restrictivas.

- Pronóstico

El pronóstico es favorable si se da tratamiento a tiempo sino puede ser desfavorable hasta el punto de causar la muerte.

A los 10 años fallece el 3% de las chicas afectadas. Esta cifra sube al 5% si se trata de chicos. En el 25% la enfermedad se hace crónica apareciendo alteraciones como trastornos mentales, anemia, osteoporosis, infecciones...

El número de pacientes que logra su recuperación no llega al 50%, y aun así es conveniente que no falte el apoyo psicológico periódico.

- Tratamiento

EL tratamiento de la anorexia nerviosa es un desafío porque la mayoría de las personas que tienen este desorden niegan que tengan un problema. Así como todos los desórdenes alimenticios, la anorexia nerviosa requiere un plan de tratamiento integral que es adaptado para cubrir las necesidades de cada paciente. Las metas del tratamiento incluyen devolverle a la persona un peso saludable, tratar problemas emocionales tales como la baja autoestima, corregir patrones de

pensamiento distorsionados y desarrollar cambios de conducta a largo plazo. El tratamiento con mayor frecuencia involucra una combinación de las siguientes estrategias:

a) Psicoterapia se enfoca en cambiar el pensamiento (terapia cognitiva) y la conducta (terapia conductual) de una persona con un problema alimenticio. El tratamiento incluye técnicas prácticas para desarrollar actitudes saludables hacia la comida y el peso, así como un aproximamiento para cambiar la manera como una persona responde a situaciones difíciles.

b) Medicación Ciertas medicinas antidepresivas llamadas inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRIs) podrían ser usadas para ayudar a controlar la ansiedad y la depresión asociadas con un desorden alimenticio.

c) Orientación de nutrición esta estrategia es diseñada para enseñar un enfoque saludable a la comida y al peso, para ayudar a restablecer patrones normales de alimentación y para enseñar la importancia de la nutrición y una dieta balanceada.

d) Terapia de grupo y/o de familia: el apoyo de la familia es muy importante para el éxito del tratamiento. Es importante que los miembros de la familia entiendan el desorden alimenticio y reconozcan sus señales y síntomas. Las personas con desórdenes alimenticios podrían beneficiarse con la terapia de grupo ya que pueden encontrar apoyo y podrán discutir abiertamente sus sentimientos y preocupaciones con otros que comparten experiencias y problemas comunes.

e) Hospitalización: la hospitalización podría ser necesaria para tratar la pérdida de peso severa que ha dado como resultado la desnutrición y otras serias complicaciones de salud mental y física, tales como los desórdenes cardíacos, depresión seria y el riesgo de suicidio. En caso de desnutrición severa se podrían necesitar; fluidos intravenosos (en la vena), la alimentación a través de una sonda nasogástrica o una solución total nutricional parenteral (TPN). La TPN es usada por pacientes que no pueden o no deben obtener su nutrición comiendo.

II Bulimia

Es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo que puede conducirle a un estado de inanición, es decir una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales. Se caracteriza por un hambre excesiva e insaciable y una consumición exagerada de alimentos, que puede generar una notable obesidad. Es una alteración propia de la infancia y de la adolescencia. Se observa también en los retrasados profundos, en algunas psicosis (estados maníacos, esquizofrenia) y en determinadas neurosis.

Una de sus características esenciales consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de angustia y pérdida de control mental por haber comido en “exceso”. Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a surgir episodios de ingestas compulsivas.

Un atracón consiste en ingerir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían.

- Síntomas
 - ✓ Pérdida excesiva de peso. El índice de masa corporal es menor a 17,5 en los adultos, o el 85% del peso esperado para los niños.
 - ✓ Aspecto pálido y ojos hundidos; hinchazón de ojos y tobillos.
 - ✓ Piel seca, labios secos y quebradizos.
 - ✓ Retraso del crecimiento (déficit de hormona de crecimiento).
 - ✓ Alteraciones hormonales que provocan la interrupción del ciclo menstrual (amenorrea), reducción de la libido e impotencia en los hombres.

- ✓ Alteraciones del metabolismo, arritmia y bradicardia, hipotensión, hipotermia, anemia, leucopenia, disminución del número de plaquetas (plaquetopenia), pérdida de cabello (alopecia), aparición de lanugo y uñas frágiles.
 - ✓ Problemas circulatorios (calambres y extremidades cárdenas).
 - ✓ Vértigo, dolor de cabeza, deshidratación, alteraciones dentales (caries), estreñimiento, dolor abdominal, edema.
 - ✓ Insomnio, letargo, infertilidad.
 - ✓ Anormalidad en los niveles corporales de minerales y electrolitos.
 - ✓ Depresión del sistema inmunitario
 - ✓ Daños renales y hepáticos; hipertrofia paratiroidea.
 - ✓ Infarto y muerte (casos muy graves)
- Causas

La causa real que origina este trastorno se desconoce. Existen multitud de teorías que intentan explicar su aparición, la mayor parte de las mismas inciden en los aspectos psicológicos como los principalmente implicados. Sin embargo los desórdenes alimentarios también podrían tener causas físicas de origen bioquímico y la disfunción serotoninérgica parece jugar algún papel. El hecho de que la anorexia nerviosa tienda a presentarse en determinadas familias sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada. Se ha sugerido que la causa de la anorexia nerviosa no debe buscarse en un único factor, sino en una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamiento, factores biológicos, familiares y sociales.

- Efectos
- ✓ Aspiración (paso del contenido gástrico al árbol bronquial).
 - ✓ Rotura esofágica o gástrica.
 - ✓ Neumomediastino o neumotorax (entrada de aire al interior de la cavidad torácica).
 - ✓ Hipopotasemia (niveles bajos de potasio en la sangre).
 - ✓ Arritmia cardíaca

- ✓ Ansiedad o compulsión por comer.
- ✓ Obsesión por mantener un peso corporal debajo del normal
- ✓ Abuso en el consumo de medicamentos laxantes y diuréticos.
- ✓ Seguimiento de regímenes dietéticos diversos.
- ✓ Deshidratación
- ✓ Alteraciones menstruales y amenorrea; esterilidad.
- ✓ Incremento y reducción bruscos de peso, desestabilidad en el peso.
- ✓ Aumento en la frecuencia de caries dentales.
- ✓ Aumento del tamaño de las glándulas salivales e infección de estas.
- ✓ Pérdida de cabello
- ✓ Desmayos muy frecuentes, mareos.
- ✓ Heridas de la mucosa bucal.
- ✓ Alteración o pérdida esmalte dental.
- ✓ Dolores de cabeza y migraña.
- ✓ Dolores en la garganta (después de vomitar).
- ✓ Piel seca
- ✓ Debilidad en las piernas.

- Pronóstico

Los trastornos en la alimentación presentan una de las tasas de mortalidad más altas dentro del grupo de los trastornos mental. Se sabe relativamente poco acerca de los efectos o consecuencias a largo plazo de la bulimia. Las investigaciones más recientes sugieren que el pronóstico es diverso. La bulimia puede presentarse como un padecimiento a largo plazo, fluctuante durante muchos años, o bien como un problema de salud episódico, precipitándose en función de los eventos y crisis de la vida de quien la padece. A corto plazo, algunos informes médicos sugieren que hay una mejoría del 50 por ciento en el comportamiento (en los atracones y en las purgas) en aquellos pacientes que pueden comprometerse con un tratamiento. Aún no han podido identificarse factores consistentes que permitan predecir el resultado del tratamiento. Sin embargo, la gravedad de las secuelas de las purgas puede ser un indicador importante del

pronóstico; los desequilibrios electrolíticos, la esofagitis y la hiperamilasemia reflejan el hecho de que las purgas fueron más severas, y quizá generarán un pronóstico más desalentador. En casos graves, la persona puede fallecer como consecuencia de un atracón muy severo, o incluso puede suicidarse. En muchas ocasiones el enfermo presenta síntomas como ansiedad y suele ingerir ansiolíticos excesivamente para revertir el síntoma.

- Tratamiento

En ciertos casos es recomendable la hospitalización, cuando la persona ha perdido mucho peso (por debajo del 30% de su peso corporal ideal, respecto a su edad, complexión y talla), continúa perdiendo peso a pesar del tratamiento o se presentan complicaciones médicas, como insuficiencia cardíaca, alteraciones en los niveles de sodio, cloro y potasio en sangre, depresión o intento de suicidio.

Los programas de tratamiento tienen una buena tasa de éxito en la recuperación del peso normal, pero es común que haya recaídas. Las mujeres que desarrollan este trastorno alimentario a temprana edad tienen una mayor posibilidad de recuperación completa; pero, la mayoría de las personas con esta afección seguirá prefiriendo estar en un peso corporal bajo y estar preocupados hasta cierto punto por los alimentos y las calorías. El manejo del peso puede ser difícil y es posible que se requiera un tratamiento a largo plazo para ayudar a mantener un peso corporal saludable.

2.2.7 Trastornos de ansiedad

Además de los trastornos ya explicados anteriormente, se identificaron algunos trastornos de ansiedad a las niñas en el centro de práctica por lo cual se dan a conocer a continuación. Es un patrón de preocupación y ansiedad constantes acerca de muchos acontecimientos o actividades diferentes. Es resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo

(aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad

I Trastorno de angustia

Preocupación excesiva y constante respecto a diversos temas, pese a que el individuo no esté sufriendo ningún problema importante en particular.

Es un estado de inquietud o agitación del ánimo. Aunque no siempre es patológica (sino que es una emoción común que cumple con una función vinculada a la supervivencia), la ansiedad puede acompañar a algunas enfermedades como la neurosis.

En un estado de ansiedad, el sistema dopaminérgico del organismo se pone en funcionamiento como una respuesta frente a ciertos problemas o peligros. Cuando esta característica innata se transforma en patológica, estamos ante la presencia de un trastorno de ansiedad.

- Síntomas
 - ✓ Nerviosismo, inquietud o impaciencia
 - ✓ Fatigabilidad (cansancio) fácil
 - ✓ Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
 - ✓ Irritabilidad
 - ✓ Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
 - ✓ Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar, mantener el sueño o sensación al despertarse de no haber descansado bien (sueño no reparador)
 - ✓ Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

- Causas

Hay circunstancias en la vida que exceden la capacidad de superación del individuo. Y si el individuo es un niño, el problema se agudiza de un modo muy especial.

Los mecanismos capaces de desarrollar un tipo de ansiedad continuada se comprenden muy bien cuando se asocian a un hecho traumático como el abuso sexual infantil. Por poner un ejemplo clarificador: si el abuso se produce en el transcurso de la noche, introduciéndose el agresor en la habitación del menor, no hace falta una gran perspicacia para comprender que el niño pronto manifestará una sensación de ansiedad que le acompañará cada noche; se trata de una previsión anticipatoria de lo que va a suceder. Y que en este ejemplo casi siempre termina sucediendo.

Es muy frecuente que la ansiedad, con relación al ejemplo anteriormente expuesto, termine siendo crónica, convirtiéndose en una parte negativa que formará parte del comportamiento de la persona, y que afectará en mayor o menor medida en todas las facetas de su vida. El resultado es que anticipará amenazas que, en muchos casos, solo existirán en su mente.

- Efectos

- ✓ Sudoración de manos, pies, axilas, frente, etc.
- ✓ Dificultades en la respiración y/o sensación de ahogo.
- ✓ Palpitaciones, taquicardias, opresión en el pecho y/o dolor precordial.
- ✓ Dolor abdominal o “aleteo en el estómago”. Nauseas, vómitos.
- ✓ Diarreas frecuentes o estreñimiento sostenido.
- ✓ Sensación de boca seca y/o de de lengua hinchada.
- ✓ Dolor de cabeza, “sensación de vincha”, migrañas, jaquecas.
- ✓ Calambres, temblores musculares generalizados.
- ✓ Tensión muscular por lo general en la zona del cuello y los hombros.
- ✓ Dolores corporales inespecíficos, fatigarse con facilidad.
- ✓ Somatizaciones variadas por efecto psicossomático. Hipocondría.

- ✓ Fatiga muscular sin esfuerzo que la justifique, fibromialgia crónica.
- ✓ Alteraciones del dormir y descansar (dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido, inquietud, pesadilla recurrente y/u ocasional, sueño insuficiente, sobresaltos en el sueño)

- ✓ Tratamiento

El primer requisito para el tratamiento exitoso es establecer con precisión el diagnóstico de acuerdo a los criterios enumerados más arriba (en contraposición al diagnóstico genérico de, por ejemplo, "estado de ansiedad"). Luego, se debe elaborar, con la participación activa del paciente, un plan de tratamiento que considere, en conjunto con la indicación de psicofármacos, aspectos psicológicos, ambientales e interpersonales que suelen estar presentes, así como las características propias del individuo afectado. La entrevista inicial, en la cual se identifica el trastorno, suele ser una oportunidad importante para establecer una adecuada alianza terapéutica, y de este modo promover un buen cumplimiento y adhesión al plan de tratamiento formulado.

II Fobia social

La Fobia social o trastorno de ansiedad social, es un trastorno psicológico del espectro de los trastornos de ansiedad caracterizado por un miedo intenso en situaciones sociales que causa una considerable angustia y deterioro en la capacidad de funcionamiento en distintas áreas de la vida diaria.

Como cualquier fobia, se centra en un miedo intenso, persistente y crónico (grave para considerarse fobia) a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo, que se pone de manifiesto en varios tipos de situaciones, entre las que destacan.

La fobia social es una timidez exagerada, se caracteriza por un miedo y ansiedad marcados y persistentes a enfrentar determinadas situaciones sociales, a la interacción con los demás, o a

simplemente a ser observados en cualquier situación, hasta tal punto que todo esto interfiere de forma muy importante en la vida diaria de quien la padece.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales, sin embargo experimentan una gran aprensión a enfrentarse a la situación temida, hacen todo lo posible para evitarla, como consecuencia se comienza a evitar todo tipo de situaciones sociales, inhibiendo la funcionalidad de las persona. En las situaciones sociales temidas la persona con fobia social experimenta una preocupación constante sobretodo a que los demás les juzguen y piensen que son personas ansiosas, débiles, tontas o raras.

Una característica importante en la fobia social, es una marca ansiedad antes de ocurran los hechos temidos, tiene el nombre de ansiedad anticipatoria, las personas se empiezan a preocupar y a sentir temor ante la situación temida mucho antes de tenerla que afrontar, esto provoca que cuando se afronta la situación esta se lleva a cabo peor, debido al estado de nerviosismo, esto provoca un aumento de la ansiedad anticipatoria para la próxima vez que se afronte la situación, creándose así un circulo vicioso que se auto alimenta.

La fobia social es un problema mucho más común de lo que se cree, se calcula que es un problema que se presenta entre el 3 y el 13% de la población, aunque los datos no están muy claros. Al contrario que la mayoría de fobias esta se presenta con igual frecuencia en varones que en mujeres, es frecuentemente hereditaria y comienza habitualmente en la adolescencia o antes de los 25 años.

- Síntomas

- ✓ Miedo a bloquearse mentalmente, tartamudear, toser, etc.
- ✓ Temor a la evaluación negativa, la persona piensa que está siendo juzgado o criticado por los demás.
- ✓ Pensamientos negativos (ej. "voy a hacer el ridículo", "quedaré bloqueado y no sabré que decir", "seguro que no les interesa mi opinión", etc.)
- ✓ Sensación de irrealidad (desrealización o despersonalización).
- ✓ Sensación de que todos lo están observando y enjuiciando.
- ✓ Temor y creencia de ser visto como ansioso, débil, raro, loco o estúpido.

- ✓ Temor extremo a conocer gente nueva.
- ✓ Temor y creencia de no saber comportarse de un modo adecuado o competente.
- ✓ Evasión total de un evento social (aislamiento).
- ✓ Ansiedad intensa frente a un grupo de personas.
- ✓ Temor a manifestar síntomas de ansiedad.

- Causas

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

En muchos casos, las personas no recuerdan cuándo comenzaron los temores sociales ni son capaces de determinar las situaciones que lo provocaron. Además, es frecuente que recuerden temores sociales ya en la infancia, así como timidez en sus relaciones sociales. Para estas personas, el trastorno fóbico se ha ido gestando desde la infancia y la adolescencia, agravándose en el tiempo.

Pronóstico

El pronóstico es favorable si se da el tratamiento adecuado pero si no puede llegarse hasta el suicidio. Con el pasar de los años, y también los cambios en la calidad de vida, han hecho que, lamentablemente, sea una de las patologías a nivel mundial de mayor incidencia social. Pero algo positivo a remarcar, es que se suele tratar de cuadros con buen pronóstico en los tratamientos (excepto en cuadros donde se dan comorbilidad entre un T.O.C. (Trastorno Obsesivo Compulsivo), y un Cuadro Depresivo, siendo los más complicados para tratarlos.

✓ Tratamiento

El tratamiento adecuado se lleva a cabo con medicación específica asociada necesariamente a terapia cognitiva de tipo gradual, que puede ser realizada en forma individual o grupal. Este tratamiento produce, en la mayoría de los casos, mejorías en pocas semanas.

Tratamiento en grupo

- Comprueban que no son únicos Se dejan de ver raros socialmente,
- Aprendizaje vicario
- Independencia del paciente, es él quien se resuelve los problemas no tiene que esperar la guía personalizada del terapeuta.
- Compromiso público para el cambio. Existe la presión grupal al cambio.
- Motivación al cambio por el éxito de los demás. Les ayuda a creer en las técnicas que se emplean.
- Es un laboratorio de las relaciones sociales. Se puede interrumpir y analizar un pensamiento o una acción.
- Beneficio de que hay otras personas para crear situaciones sociales diversas.
- Permite por ejemplo mantener una bronca durante el tiempo necesario para la habituación
- Se puede mantener el rechazo o el hecho de reconocer el síntoma de ansiedad que no se da en la situación social. Casi nunca a nadie se le dice te has puesto colorado en una situación

2.2.8 Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño o desórdenes del sueño (también conocidos con el nombre de enfermedades del sueño o patologías del sueño o incluso trastornos del dormir, según el país hispanohablante de que se trate) son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo

habitual del ciclo sueño-vigilia. Algunos trastornos del sueño pueden ser muy graves e interferir con el funcionamiento físico, mental y emocional del individuo.

Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño. La compleja y delicada estructura del sueño está sujeta a perturbaciones que afectan la capacidad de estar despierto o de dormir. El sueño excesivo, insuficiente o desbalanceado disminuye la calidad de vida y afecta el funcionamiento biopsicosocial de la persona.

Desde la década del 50 la investigación en la fisiología y patología del sueño ha venido desarrollándose de manera acelerada por el esfuerzo de psiquiatras y neurólogos. Recientemente otros especialistas como neumólogos, urólogos y cardiólogos se han interesado en el campo de tomar conciencia de la importancia de trastornos como la apnea obstructiva del sueño que se asocia significativamente con hipertensión arterial, arritmias cardíacas y otros problemas cardiovasculares. Hasta un 15% de la población padece problemas de sueño. Estos además, se presentan en más del 50% de pacientes psiquiátricos.

I Hipersomnia primaria

Es denominado uno de los trastornos intrínsecos del sueño. Se caracteriza por sueño nocturno prolongado o episodios diurnos de sueño que interfieren con las actividades del individuo y que no es producida por otro trastorno del sueño, ni tampoco por un trastorno psiquiátrico, drogas o enfermedad médica.

Este trastorno suele iniciarse entre los 15 y los 30 años y progresa gradualmente, aunque en general se resuelve en la edad adulta. Se diagnostica cuando, durante al menos un mes, la persona padece una somnolencia excesiva durante el día o duerme demasiado.

En este trastorno, la duración del episodio del sueño más largo del día (para la mayoría de las personas el sueño nocturno) oscila entre las 8 y 12 horas, y a menudo se acompaña de problemas a la hora de levantarse. La calidad del sueño nocturno es normal, pero durante las horas de vigilia la persona experimenta una somnolencia excesiva y parece que no logra despertar del todo, lo cual la obliga a realizar siestas intencionadas que en general duran más de una hora, o bien se manifiesta en episodios en los que se produce un dormirse paulatino. No obstante, en ningún caso el sueño es reparador.

Las personas con hipersomnia primaria presentan un reducido nivel de alerta y de rendimiento, así como también una pobre concentración. La somnolencia, con frecuencia atribuida por desconocimiento al aburrimiento o a la pereza, puede afectar las relaciones sociales y familiares. Es importante diferenciar a quienes padecen hipersomnia de los "grandes dormidores", es decir, personas que necesitan un tiempo de sueño superior a la media y no presentan somnolencia diurna excesiva. Otra diferencia es que la somnolencia diurna excesiva de quienes padecen hipersomnia es independiente del tiempo de sueño nocturno. También hay que distinguirla del dormir por la noche de manera insuficiente, es decir, menos de 7 horas diarias.

- Síntomas

Quienes padecen hipersomnia tienen episodios recurrentes de somnolencia diurna excesiva, que es diferente de la sensación de cansancio causada por la interrupción del sueño nocturno. Los que la padecen se ven obligados a descansar o tomar una siesta en momentos inadecuados, como en el trabajo, durante una cena o una conversación. Las siestas a lo largo del día generalmente no producen mejoras en los síntomas. Las personas con hipersomnia muchas veces presentan un período de sueño prolongado y tienen dificultades para levantarse a la mañana, o se sienten desorientados. Otros síntomas pueden incluir ansiedad, irritabilidad, falta de energía, pensamientos lentos y dificultad para memorizar. Algunos pacientes incluso pierden la capacidad para interactuar socialmente en la familia o en el trabajo.

- Causas

La hipersomnía puede ser causada por una lesión cerebral y por trastornos como la depresión clínica, la uremia, la hiperglucemia y la fibromialgia. La hipersomnía puede ser también un síntoma de otros trastornos del sueño, por ejemplo la narcolepsia, la apnea del sueño o el síndrome de piernas inquietas. También puede ser el efecto secundario de ciertos medicamentos (por ejemplo algunos fármacos para la depresión o ansiedad). En estos casos es secundaria, no es primaria.

- Pronóstico

El pronóstico es benigno que no reviste gravedad salvo el compromiso para la normalidad cotidiana de impedimento en el desarrollo de las actividades laborales o académicas que quedan en suspenso durante los episodios perturbando seriamente sus vidas. La conducta y salud de los pacientes en el tiempo sin episodios puede ser completamente normal.

- Tratamiento

Una vez confirmada la hipersomnía, el primer paso es eliminar los fármacos que pudieran producirla. Después se debe buscar la existencia de alguna enfermedad asociada que pudiera estar produciendo este síntoma para tratarla. Si se descarta la existencia de otra enfermedad causante de la hipersomnía, nos encontramos ante una enfermedad propiamente del sueño. En este campo, los cuadros más habituales van a ser la narcolepsia y la hipersomnía idiopática.

El tratamiento de la hipersomnía va a depender de la gravedad del síntoma. Si es leve se comienza con medidas de orden de horarios, cuidando el sueño nocturno, manteniendo horarios fijos de acostarse y levantarse, y una siesta diaria; asimismo se puede recurrir al café como estimulante. Si no es suficiente pueden utilizarse estimulantes suaves como la Pemolina Magnésica.

Se pueden prescribir estimulantes como anfetaminas, metilfenidato y modafinilo. Entre otras drogas para el tratamiento existen la levodopa, bromocriptina, antidepresivos e IMAOs. Los pacientes deben evitar consumos excesivos de alcohol.

En la narcolepsia y en la hipersomnia idiopática, se debe recurrir a la centramina, metilfenidato u otros derivados de anfetaminas. En los últimos 4 años se ha introducido en el mercado un nuevo fármaco dirigido a tratar la hipersomnia tanto en narcolépticos como en pacientes con hipersomnia idiopática que parece tener menos problemas que los derivados anfetamínicos. Su nombre es modafinilo. Es una medicación de precio más elevado, y no tiene efecto sobre los demás síntomas de la narcolepsia (cataplejía, parálisis, alucinaciones.) La cataplejía, las alucinaciones hipnogógicas, y la parálisis del sueño se han tratado tradicionalmente con dos clases de medicamentos antidepresivos, que incluyen los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

II Narcolepsia

La narcolepsia (del griego *nárke*, «torpor», y *lepis*, «posesión»), también conocida como síndrome de *Gelineau*, es un trastorno neurológico, no una enfermedad mental, cuya prevalencia en la población es muy baja. Se caracteriza por la presencia de accesos de somnolencia irresistible durante el día. Puede cursar con cataplejía (parálisis o debilidad extrema bilateral de un conjunto muscular), alucinaciones hipnagógicas (visiones fugaces en la transición vigilia-sueño) o hipnopómpicas (transición sueño-vigilia); incluso puede haber parálisis del sueño, e interrupción del sueño nocturno.

Es un trastorno del sueño que causa somnolencia excesiva y ataques de sueño frecuentes durante el día. Tendencia irresistible al sueño presentada en forma de crisis agudas. El sueño narcoléptico es más corto y profundo que el normal. Puede aparecer tras enfermedades del sistema nervioso central, como por ejemplo la encefalitis o de forma idiopática, sin ninguna causa conocida que la condicione.

Es una enfermedad neurológica de causa aún desconocida que se caracteriza por somnolencia excesiva diurna, asociada a cataplejía y otras alteraciones del sueño REM, parálisis durante el sueño, alucinaciones hipnagógicas -al dormirse- e hipnopómpicas -al despertar.

Es la causa más frecuente de hipersomnia dentro de las enfermedades neurológicas que afectan el sueño.

- **Síntomas**

Los síntomas suelen iniciarse en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, sin que exista enfermedad previa, y persisten durante toda la vida. Una persona con narcolepsia puede tener una crisis de sueño en cualquier momento y el deseo de dormir sólo podrá resistirlo temporalmente. La persona despierta del sueño narcoléptico con igual facilidad que del sueño normal. Pueden producirse una o varias crisis al día y es habitual que cada una de ellas se prolongue durante una hora o menos. Es más probable que las crisis se presenten en situaciones monótonas como las reuniones aburridas o la conducción prolongada por autopistas. La persona puede sentirse bien al despertarse y, sin embargo, puede volver a dormirse a los pocos minutos.

La persona afectada de narcolepsia puede manifestar una parálisis momentánea sin pérdida de la consciencia (un trastorno denominado cataplejía) en respuesta a reacciones emocionales bruscas, como sentimientos de enfado, temor, alegría, gozo, o sorpresa. Dicha persona puede experimentar una debilidad en las extremidades, puede soltar lo que esté sosteniendo en las manos o puede caerse. También pueden producirse episodios esporádicos de parálisis del sueño en los que, al quedarse dormida, o inmediatamente después de despertarse, la persona quiere moverse pero es incapaz de hacerlo. Estos episodios suelen asociarse a un gran sentimiento de terror. Pueden producirse alucinaciones vívidas en que la persona tiene ilusiones visuales o auditivas, al inicio del sueño o, con menor frecuencia, al despertar. Las alucinaciones son semejantes a las de los sueños normales, pero más intensas. Sólo un 10 por ciento de los afectados de narcolepsia manifiesta todos estos síntomas; la mayoría experimenta tan sólo algunos.

- Causas

Los científicos no han logrado aún determinar cuales son las causas de este trastorno, sin embargo se ha mencionado que la menstruación, el estrés, los cambios súbitos del ritmo vigilia-sueño, algunas infecciones como la mononucleosis infecciosa y los traumatismos craneales podrían ser algunos de los desencadenantes de esta enfermedad. Asimismo, se trata de una enfermedad familiar, de probable origen genético. Hallazgos recientes señalan que el concepto de la narcolepsia tiene implicaciones genéticas y hereditarias. Así, las personas que sufren esta enfermedad, tienen, hasta en un 35 por ciento de los casos, algún antecedente directo que ha padecido el mismo trastorno.

- Efectos

Los efectos de este trastorno suelen interferir en las relaciones sociales y laborales y pueden reducir drásticamente la calidad de vida del enfermo, llegando a poner en peligro su vida, puesto que pueden padecer un ataque de sueño en cualquier momento (mientras conducen, trabajan o cruzan una calle).....

Por ello, a las personas que sufren esta enfermedad, además de seguir un tratamiento, se les recomienda, entre otras medidas, que no realicen viajes largos, que no desempeñen trabajos en los que utilicen máquinas peligrosas y que procuren descansar durante cortos periodos al día, así como dormir la siesta, con el fin de evitar los ataques.

- Pronóstico

La narcolepsia es una enfermedad crónica, aunque se pueda disminuir la frecuencia temporal de la cataplejía, las alucinaciones hipnagógicas y la parálisis de sueño.

- Tratamiento

El tratamiento de la narcolepsia es sintomático. La somnolencia se trata con estimulantes. El metilfenidato se considera el fármaco de elección. También se utilizan con indicación de primera línea, la dextroanfetamina y la metanfetamina, especialmente cuando el metilfenidato es ineficaz. Una reciente incorporación a la terapéutica de este trastorno es el modafinilo: un psicoestimulante indicado para la narcolepsia, con menor potencial de abuso que las drogas anteriores, y con un perfil de efectos secundarios bastante benigno.

Entre los fármacos de segunda línea, se prescribe la pemolina, una droga no tan eficaz como las anteriores, pero que (al igual que el modafinilo) tiene una semivida mayor y produce menores efectos simpaticomiméticos periféricos. Sin embargo, evidencia acumulada respecto del potencial hepatotóxico de la pemolina (casos fatales), ha impulsado a la FDA (*Food and Drug Administration*) de los EE. UU. a publicar varios comunicados enfatizando este riesgo y desalentando su uso. Otras agencias de salud alrededor del mundo han hecho esta misma advertencia e incluso retiraron la pemolina del mercado (por ejemplo, en el Reino Unido). En España ha dejado de estar disponible.

Otros recursos terapéuticos con menor nivel de evidencia consisten en la administración de opiáceo codeína (agente narcótico que ha reportado, paradójicamente efectos promotores de la vigilia en algunos sujetos), así como de la selegina (potente fármaco antiparkinsoniano), estimulante suave del sistema nervioso central, derivado de la anfetamina, con propiedades neurotonicas, también se ha utilizado el mazindol, la efedrina e incluso la fencanfamina.

El tratamiento de la cataplejía, las alucinaciones hipnagógicas y la parálisis del sueño requiere de la administración de antidepresivos, que son eficaces en parte debido a su potente efecto supresor del sueño REM. El que más se utiliza en Estados Unidos es la protriptilina, un antidepresivo tricíclico. Su eficacia está limitada sobre todo por sus efectos colaterales anticolinérgicos. Otro fármaco de la misma familia utilizado a menudo es la imipramina. Actualmente es más frecuente

que se utilicen fármacos antidepresivos más modernos, como la venlafaxina, el clorhidrato de viloxacina y la fluoxetina para este trastorno.

2.3 Psicodiagnóstico

Un Psicodiagnóstico es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal (psicólogo-paciente) de duración limitada (aproximadamente 5 o 6 sesiones de 50 minutos) con el objetivo de realizar una descripción, lo más profunda y completa que se pueda, de la personalidad del individuo (adulto, adolescente o niño).

Es un campo de aplicación particular, 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, y tiene los siguientes objetivos.

La concepción de la mente humana ha cambiado a lo largo del tiempo y por lo tanto, también lo han hecho las formas de evaluación. En la actualidad sabemos que la mente y sus dificultades se encuentran determinadas por factores tanto biológicos como sociales y que en realidad todos los problemas los problemas mentales deben su causa al interjuego de tres factores (modelo biopsicosocial):

- Lograr un acercamiento al examinado,
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste, y
- 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).

2.3.1 Antecedentes

La evaluación psicológica es la disciplina que analiza y explora el comportamiento de un sujeto a través de un proceso en el que se emplean una serie de dispositivos (test, encuestas, etc.) Comúnmente se sitúa el inicio del psicodiagnóstico en la antigua china, donde se evaluaba el nivel de aprendizaje de los niños, así como también evaluaban a los miembros del ejército para verificar las aptitudes que éstos tenían para desempeñar ciertos cargos. Pero no fue hasta 1575, cuando Juan Huarte de San Juan especifica bien lo que es una evaluación psicológica. Su definición partía de que las personas nos diferenciamos en el talento y era muy importante.

Galton. 1822 - 1911, es el padre de la psicología diferencial. Sus estudios se centraron en la inteligencia (que era innata), creía que por su carácter hereditario se podía conseguir una mejora, a través de la eugenesia. Llevó a la vida cotidiana los conocimientos del laboratorio. Elaboró la primera tabla para comparar a una persona con la mayoría. Pero hasta 1883 no publica su obra más importante, donde aparecen los primeros bocetos del test.....

.....

Galton mostró interés en cuantificar las características humanas, recopilar empíricamente y sistemáticamente información y aplicar en ésta la estadística. Estudió las diferencias individuales.

Cattell 1861 – 1934. Su centro fue el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajo con Wundt y Galton.

2.3.3 Tipos de Psicodiagnóstico

a) Clínico: Dirigido a todas las personas que requieran conocer más a fondo sus habilidades o limitantes. El psicodiagnóstico 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..

b) Educativo: Dirigido a niños y a adolescentes principalmente. Regularmente lo solicita el colegio o se utiliza como herramienta fundamental para conocer la Orientación Vocacional del estudiante. Se basa en Pruebas psicométricas para detección del déficit de atencional y problemas de aprendizaje. Pruebas psicométricas para medir áreas fuertes y áreas comprometidas a nivel cognitivo, adecuación curricular. Pruebas de coeficiente intelectual Para confeccionar un psicodiagnóstico se necesitan varias entrevistas durante las cuales se realizará una ficha con los datos personales del niño desde el embarazo de su madre, el parto, el nacimiento, la lactancia, los antecedentes clínicos, la evolución madurativa, la marcha, la adquisición del lenguaje, el control de esfínteres, los desprendimientos (destete, trabajo de la madre, ingreso al colegio, mudanzas etc), y la evolución escolar, hasta la actualidad; siendo el motivo de la derivación lo más importante.

c) Laboral: Dirigido a las personas que van a ocupar un puesto, con el objetivo de conocer las competencias de la persona, habilidades y limitantes relacionadas al nuevo puesto a ocupar. 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 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.

Así, no revelaríamos una información completa sino aquella que nos es de utilidad para poder pensar si realmente estas características de personalidad que reconocemos son las que les permitirían al postulante realizar y desempeñarse adecuada y productivamente con su tarea. Por ello siempre es importante previo a la administración de una batería de test, conocer cual es el estado y situación vital de la persona al momento de realizar la evaluación, cual es su estado de salud y si hay alguna circunstancia específica que pudiera estar afectándolo; ya que ello podría influir en el desempeño de las técnicas que le administremos.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el Psicodiagnóstico

En el Psicodiagnóstico se utilizan diferentes técnicas para llegar a la solución de un problema clínico. Las técnicas que se utilizan son entrevistas, la observación, test y manuales de diagnóstico que se describen a continuación.

I. Entrevista psicológica

Es una relación caracterizada por la reunión de dos personas, una de ellas reconocida como experta en materia de relaciones interpersonales, y la otra, conocida como cliente, entrevistado o paciente, que espera extraer algún provecho de una discusión seria con el entrevistador/a, sobre sus necesidades.

✓ Tipos de entrevistas

- Entrevista clínica
- Entrevista con propósito de diagnóstico
- Entrevista de psicoterapia breve
- Por consulta de personal de una empresa

✓ Roles en la entrevista

1. **Entrevistador:** El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra si o si en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano.
2. **Entrevistado:** En términos generales, para que una persona asista a una consulta, debe haber llegado a un a cierta percepción o insight de que algo no anda bien, algo ha cambiado o modificado o bien, se percibe a si mismo, con ansiedad y temores.

✓ Proceso de entrevista

1. Fases de la entrevista

a. **Primera etapa o fase inicial:** En esta etapa el objetivo es lograr que el paciente se sienta cómodo en presencia del psicólogo, dispuesto a hablar sin abstenciones. El establecimiento de esa clase de relación de trabajo se conoce como rapport, y puede lograrse por medios habituales a otras formas de interacción social como: A) Expresiones no verbales: sonrisa, apretón de manos, invitación a tomar asiento, entre otros. B) Características físicas del lugar: deben favorecer al máximo la confianza, la sensación del paciente de estar adecuadamente atendido y asegurarle la confidencialidad. También es importante el encuadre porque le ayuda a disminuir la ansiedad del paciente al proporcionarle puntos de referencia se produce un incremento de la motivación para permanecer en el tratamiento. Duración de la primera etapa: Oscila entre 10 minutos.

b. **Segunda etapa o fase intermedia:** Una vez que exista una idea general del paciente y su problema actual, se realiza una historia clínica, a través de intervención mediante preguntas concretas, evitando interrogar directamente, y dando la impresión con las preguntas de un interés sincero por conocer su situación. Es fundamental la actitud del psicólogo, ya que la muestra de interés estimula al paciente a hablar. Se evaluará, junto a los síntomas actuales, el contexto familiar y personal del paciente, datos biográficos de interés.

c. Tercera etapa, fase final o cierre: El objetivo fundamental es consolidar los logros alcanzados durante las etapas anteriores del proceso. Se inicia con la suave indicación del entrevistador respecto a que se acerca el final, seguida por un resumen de los contenidos tratados. Con el empleo de ésta técnica se persiguen 2 objetivos: a) La oportunidad de aclarar posibles malentendidos. b) Posibilidad de comunicar cualquier información relevante. c) Prescripciones que consiste en dejar tareas para la casa y recomendaciones. Esta etapa culmina con la despedida formal, que consiste en los rituales sociales habituales de una despedida. Se recomienda que sea breve y respetuosa, pero cálida.

2. Formas de entrevistas

a. Estructurada. Aquella en la que está previsto todo el desarrollo y el contenido. Todas las preguntas y facetas están delimitadas claramente.

b. Semiestructurada. Existen algunas cuestiones delimitadas previamente pero hay mayor libertad a la hora de estructurar las preguntas y a la hora de responder. Según la evolución de la entrevista se puede ir cambiando la forma y el número de preguntas. Suele haber unas preguntas guía, destinadas a conocer un área concreta. También existen preguntas de apoyo que son más específicas sobre aspectos muy concretos.

✓ Habilidades en la entrevista

a) Habilidad en técnicas de comunicación: como emplear preguntas abiertas, cerradas, uso del silencio, parafraseo, interpretación, clarificación, proporcionar información u orientación.

Escucha activa: Se debe conceder tiempo para escuchar, presta atención y centrarse en el proceso.

b) Habilidad en observar: verbal y no verbal

c) Habilidades de acompañamiento: son importantes para construir el rapport, mostrar empatía, ayudar a que el paciente – cliente, se sienta comprendido.

Integración de datos

Se realiza con el análisis y redacción del informe psicológico, el cual debe redactarse considerando el funcionamiento cognitivo, emocional y social del paciente, el estilo y la extensión puede variar dependiendo a quien se dirija el informe.

✓ Anamnesis

Es el conjunto de datos suministrados por el paciente acerca de los recuerdos más destacados de su pasado en forma de impresiones vividas, historia de alguna enfermedad o de construcción de su universo personal.

Transferencia y contratransferencia: La transferencia en la entrevista: se refiere a la toma de las actitudes amistosas u hostiles establecidas en su infancia, permite al paciente comprender su conducta y reajustarla en función de los elementos actuales. La transferencia puede ser positiva o negativa. Y contratransferencia: Es la conexión con la totalidad de los sentimientos que el analista siente por sus pacientes. También suele emplearse en relación con los deseos infantiles reprimidos.

II. La 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.

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.

III: Los test

Una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente" (Pierre Pichot, Los test mentales, Editorial Paidós. Buenos Aires. 1960).

Es larga la polémica sobre los llamados test mentales. Desde sus comienzos los test sirvieron para medir el llamado coeficiente intelectual, pero con el desarrollo de la psicología se dejó de medir aisladamente este coeficiente. Se pasó a hablar entonces de diversas formas de inteligencia, o de distintas facultades o habilidades

mentales. Se dividió los sistemas de test en clasificaciones distintas, por ejemplo los de inteligencia, los de aptitudes, los de conocimiento.

Básicamente se utilizan dos tipos de técnicas: Técnicas Proyectivas, las cuales evocarían cuestiones del orden subjetivo de las personas. El término proyección fue empleado por primera vez por S: Freud (1884), y en su texto *Tótem y Tabú* afirma: “La proyección de las percepciones internas sobre el exterior (...) representa un papel en la construcción de nuestro mundo exterior”.

El otro tipo de técnicas empleados es el llamado “Psicotécnicas” que utiliza metodología formalizada, comparable y medible (puntajes, escalas, muestras, estandarizaciones, coeficientes).

Se esgrimen posturas favorables, planteando utilizar los tests como un complemento diagnóstico y no como único elemento a considerar. Por lo tanto se recomienda una correcta elección de una batería de test (nunca uno aislado), para garantizar la confiabilidad necesaria expresada por el hecho de que una exacta prueba realizada por diferentes profesionales a una misma persona mostraría idénticos resultados, además demuestra confiabilidad (entre otras cosas) la realización de “test-retest” (aplicación de un mismo test en dos ocasiones luego de un intervalo de tiempo, para observar la correlación entre ambos).

Por otro lado los test poseen validez y son de suma utilidad porque miden lo que se pretende que hay que medir optimizando los recursos disponibles. Además brindan una aproximación diagnóstica, acotan los tiempos y brinda elementos objetivos para la práctica profesional. Los test existen de muy diversas maneras y modalidades, existen test lúdicos (consisten en construir y jugar); los test verbales, no verbales (escribir, describir, contar, responder); los test gráficos (dibujar, copiar, etc)

IV. Manuales de diagnóstico

A continuación se describen los manuales de diagnóstico que son útiles para definir trastornos mentales.

IV.1 El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) de Asociación Americana de Psiquiatría 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, en su versión revisada, DSM-IV-TR. Ya se ha publicado un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV, provoca controversia entre los profesionales en cuanto a su uso diagnóstico. Su publicación está prevista para mayo de 2013. La OMS recomienda el uso del sistema *internacional* denominado CIE-10, acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, décima versión cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

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.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

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 de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación.

IV.2 La CIE -10

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 juego 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.

La Cie10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la, Versión en español de la (en inglés) ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.....

La CIE 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 CIE es la clasificación central de la WHO *Family of International Classifications* (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).² 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 mortalidad. 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. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá publicó su versión en el 2000, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM». En EE.UU se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD-10-PCS

IV.3 La 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 importantes en la fenomenología de 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.

2.4 Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia.

La psicoterapia es un proceso de descubrimiento en el que la meta es llegar a controlar o eliminar síntomas problemáticos o molestos, deshacer estas afecciones da lugar a una salud mental plena en donde la persona llega a tener la capacidad de manejar distintas situaciones que podrían considerarse problemáticas y así tener un estado de funcionalidad, en todas las áreas de su vida, adecuado. El trabajo del terapeuta va en conjunto con el de la persona que solicita la terapia, dentro de esta se tratan los temas y situaciones en las cuales la persona siente que necesita mejorar, el terapeuta, a través de técnicas psicológicas, provee a la persona de herramientas aplicables a las diferentes situaciones que la persona atravesó, atraviesa y atravesará. Es importante mencionar que la psicoterapia no es un proceso mágico en el que se busca “curar a un paciente” más bien es un trabajo en conjunto entre el terapeuta y la persona en busca de las soluciones más adecuadas para cada individuo, así, la psicoterapia debe de ser realizada únicamente por profesionales de la salud mental ya que en nada se asemeja a solo “buscar consejos” o “platicar sobre problemas”, el proceso psicoterapéutico involucra al terapeuta como alguien que puede brindar de herramientas específicas a la persona que las necesite.

Son muchos los problemas que pueden ser tratados con psicoterapia incluyendo aquellos del estado del ánimo (depresión, bipolaridad), ansiedad (fobias, obsesiones, ataques de pánico, estrés post-traumático), desordenes alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad), problemas de dependencia (alcohol, drogas, etc.). Problemas familiares, de pareja, laborales, estrés, pérdida de un ser querido, mal comportamiento en niños, adolescentes y cualquier afección que limite al ser humano.

2.4.1 Antecedentes

Daniel Hack tuke creó en 1872 el término “psicoterapia” como el método de tratamiento de las enfermedades llamadas “psíquicas” el cual se popularizó en Francia gracias a Bernheim y se expandió en occidente, sobre todo en Estados Unidos.

Es difícil enlistar una totalidad de psicoterapias pues existe un desierto por parte de la mayoría para encasillarlas o definir las, por ejemplo Jean Cottraux proporciona una lista de 209 formas de psicoterapias en la cual su mayoría son verdaderas psicoterapias mientras otras como la acupuntura, la meditación tibetana y trascendental, el culturalismo, kleinismo, freudismo, lacanismo, etc. entran en otra lista más bien de medicina alternativa. En cuanto a la creación de la psicoterapia institucional, Pichot y Allillaire la atribuyen a Pinel cuando en realidad es de Georges Daumézou, quien instituyó el término en 1953, para designar una terapéutica de la locura que aspiraba a reformar la institución del asilo.

La psicoterapia se desarrolló paralelamente al psicoanálisis en todas partes del mundo y se implantó en Francia antes de la Primera Guerra Mundial. *Tobie Nathan* califica al psicoanálisis de “falsa ciencia” basándose en que no sería “evaluable”, así como de una ciencia “occidental” o inoperante aplicado a las tres cuartas partes del mundo. Así mismo le atribuye a las psicoterapias un carácter místico, siendo ésta regida por rituales, sacrificios de animales, fabricación de amuletos, plegarias o extracción de objetos-sortilegios, etc.

Más de 600 escuelas de psicoterapia han florecido en el mundo desde 1950. Todas estas psicoterapias se basan en el principio según el cual el proceso de la cura se vincula a la influencia que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente, y a la creencia de éste en el poder de curar.

Históricamente, la psicoterapia surgió de la cura magnética inventada a finales del siglo XVII por Franz Anton Mesmer, quien explicaba los trastornos psíquicos

2.4.2 Principios de la psicoterapia

La psicoterapia es conocida como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales. El sanador 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 cliente, hay metas fundamentales como ayudar a los clientes 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 cliente 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 Competencias de la psicoterapia

Tener un interés sincero por las personas y su bienestar; esto implica no tratar de obtener beneficios personales y no anteponer las propias satisfacciones a las necesidades del cliente. Así pues, hay que evitar: a) El *voyeurismo*, esto es, las indagaciones dirigidas básicamente a la satisfacción de la curiosidad personal. b) El abuso de poder. El poder y la autoridad inherentes al rol de terapeuta no deben usarse con el fin de mostrar la propia superioridad sobre el cliente o influir en las decisiones y valores del paciente más allá de los objetivos terapéuticos. c) La

autoterapia o centrarse en aquellos problemas de los pacientes que tienen que ver con dificultades personales del terapeuta independientemente del impacto que tengan en la vida del cliente.

Saber y aceptar que hay estilos de vida diferentes, todos ellos respetables y creer en que todas las personas tienen aspectos positivos que pueden desarrollar. Autoconocimiento. Conocer cuáles son los propios recursos y limitaciones tanto personales como técnicos. Limitaciones personales serían temor al fracaso, necesidad excesiva de control, necesidad de aprobación, creencia en que los propios valores son los más adecuados, etc. Estas limitaciones pueden conducir a comportamientos antiterapéuticos tales como evitar aspectos conflictivos, tratar sólo los aspectos más superficiales del problema, dominar las sesiones, enfadarse con los clientes que no cumplen, evitar el uso de confrontaciones, satisfacer las necesidades de dependencia de los clientes, tratar de imponer el propio sistema de valores, etc.

Autorregulación. El autoconocimiento debe ir acompañado bien de una autorregulación suficiente para que los propios problemas y dificultades no interfieran en el tratamiento bien de la derivación de aquellos pacientes que las limitaciones propias no permiten tratar adecuadamente. Si las limitaciones son importantes, un terapeuta debe buscar tratamiento Habilidades.

2.4.4 Metas de la psicoterapia

- ✓ Que el paciente tenga una ayuda profesional que le permita focalizar con claridad el problema, encontrar nuevas maneras para abordarlo y solucionarlo y fundamentalmente, para sentirse acompañado durante este proceso que suele ser difícil.
- ✓ Mejorar la calidad de vida del consultante: cuantas más situaciones sin resolver tenga la persona o éstas sean de tal importancia que influyen en su vida de manera claramente negativa, tanto peor será su calidad de vida.

- ✓ Ayudar al paciente que el mismo encuentre la solución a su problema por medio de técnicas dadas por su terapeuta.
- ✓ El cliente debe ser responsable en el seguimiento de su tratamiento para así solucionar su problema.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

En psicoterapia existen diversos modelos entre los cuales encontramos los siguientes, el modelo psicodinámico, hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico, al que nos referiremos, aunque abarca también a otros "disidentes" del psicoanálisis como Adler y Jung. El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objétales (Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud, etc.). Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (*M.Klein, Mahler y J.Bowlby*). Una tercera línea intenta de aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (Fromm, Recaman, Sullivan, Chut y Cerner). Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, *Fromm*, Erikson, etc). Una quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, aplica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (*Mann, Sifones, Mallan, Davalo y Stripper*). Otra sexta línea retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J.Lacan y su tesis del Inconscient estructurado como un lenguaje. Por último, una sexta línea la más actual, intenta de acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva (*Erdelyi, Peterfreund, Volví, Arieta, etc.*). La nota común es la diversidad.

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a 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" (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico).

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcado por varios hechos históricos. Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Los modelos sistémicos van unidos a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950-1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. Los orígenes remotos de la psicoterapia cognitiva se remontan a la filosofía estoica y el budismo. La máxima de Epíteto "Los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de estas" recoge uno de los primeros modelos cognitivos del hombre. El budismo por su parte de la realidad como construida por el pensamiento y las valoraciones como generadoras de pasiones que pueden generar sufrimiento.

2.4.6 Formas de psicoterapia

La Psicoterapia se basa en la creencia del potencial de cambio del ser humano: Siempre somos capaces de cambiar, a cualquier edad. El cambio es algo a lo cual tendemos a tener miedo y, entonces, nos aferramos a seguir igual, o a enmascaramos los problemas a través de "anestésias" como por ejemplo las drogas. El problema es que así no hacemos más que agudizar el sufrimiento. Por ello se dan momentos en la vida en que necesitamos apoyo, e intentar cambiar las cosas con la ayuda de un profesional es la mejor opción que podemos tomar.

Aunque existen muchas formas de psicoterapia aquí vamos a tratar los más comunes. De hecho, el término psicoterapia se ha aplicado más en ámbitos como el psicoanálisis o la terapia

humanista, mientras que se ha utilizado el término "psicología clínica" para designar la labor terapéutica de los psicólogos cognitivo-conductuales. Son formas de terapia que provienen de modelos psicológicos diferentes, que difieren en sus teorías y en sus formas de intervención, pero cuyos fines son equiparables: el bienestar físico y mental del individuo o grupo.

2.4.6.1 Psicoterapia psicodinámica

El psicoanálisis se basa en la teoría psicoanalítica postulada por el conocido neurólogo vienés Sigmund Freud entre finales del siglo XIX y principios del XX, y que ha ido reactualizándose. De una forma quizá demasiado sintética, concibe nuestro psiquismo como algo dinámico.

Esta teoría postula que, muchas veces, lo que no nos permite vivir tranquilos son traumas del pasado "escondidos" en el inconsciente, y que debemos hacer conscientes para ser superados.

Es la famosa terapia del diván, de la introspección, de la asociación libre. Se le pide al paciente que diga todo lo que piensa sin omitir el más mínimo detalle, por muy insignificante o ridículo que parezca, porque todo tiene un sentido, incluso los sueños. De esta forma se hace una reconstrucción de lo vivenciado desde la infancia más temprana, ya que esta perspectiva pone mucho énfasis en la influencia de esta etapa en nuestro bienestar emocional presente. Esto provoca que sea un tipo de terapia bastante extenso en el tiempo. Si se elige esta forma de terapia, se debe ser abierto y honesto. También ser paciente con el proceso, el cual podría ser difícil, especialmente al inicio. Este tipo de terapia requiere compromiso y requiere que se participe activamente. Revise esto con su compañía de seguros para asegurarse de que se le pagarán estos servicios. Es un enfoque particular de psicoterapia que utiliza conceptos psicodinámicos y un estilo de comunicación que, dependiendo de la modalidad, hace más o menos uso de la asociación libre y de la abstinencia del terapeuta. La terapia psicodinámica se deriva del psicoanálisis, del cual surge como modificación para una mayor brevedad, por medio de la focalización de la intervención en ciertos conflictos destacados en la condición actual del consultante.

En el campo de la técnica terapéutica, todas las corrientes psicodinámicas coinciden en la importancia del fenómeno de la transferencia/contratransferencia como elemento fundamental para el análisis, y se usa como principal herramienta "curativa" a la interpretación, que es la única que permite hacer consciente lo inconsciente y colocar el conflicto psíquico en un lugar desde el cual pueda ser reaprendido y trabajado por el paciente a través del insight y la elaboración.

Características de la psicoterapia psicodinámica

Son aquellas derivadas del método psicoanalítico creado por Sigmund Freud.

- En la teoría dinámica la mente no se ve como una pizarra pálida al nacimiento sino dotado del potencial biológico para desarrollar estructura psíquica dado un ambiente adecuado.
- El cambio terapéutico depende del grado en que el paciente logra hacer consciente los procesos inconscientes que subyacen a la patología.
- Dependiendo del tipo de terapia, el cambio se puede lograr a través de la interpretación de la transferencia o, en los enfoques de psicoterapia breve, a través del análisis de las situaciones del presente (extratransferencial).
- Se estima necesario establecer un determinado tipo de relación, el cual estaría enmarcado dentro de un contexto psicoanalítico o "setting", el cual facilitaría o impediría el establecimiento de una neurosis transferencial.
- El terapeuta debe utilizar la atención flotante para establecer una comunicación de inconsciente a inconsciente con el paciente.
- En los momentos oportunos intervenir verbalmente a través de interpretaciones de lo dicho por el paciente en función de posibles contenidos inconscientes.
- El analista debe procurar mantener su anonimato, adoptar una actitud neutral y relativamente distante, promover en el paciente una situación de frustración y establecer un vínculo.
- Prestan especial atención a los efectos de la relación terapeuta-paciente; en el caso del terapeuta, el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta en relación con el paciente se denomina *contratransferencia*.

- Los psicoanalistas dinámicos conceden un papel capital a las experiencias infantiles en el desarrollo de la psicopatología.
- Las experiencias negativas con los progenitores producirían un conflicto cognitivo inconsciente que sería repetido en determinadas situaciones interpersonales (transferencia).
- Transferencia

El paciente transfiere al terapeuta aspectos de una relación importante pasada. Esto incluye los sentimientos, pensamientos u defensas que el paciente experimentó en la relación pasada. Se cree que la transferencia ayuda al paciente a superar conflictos con el fin de que se pueda llevar a cabo el cambio permanente. A través de este proceso, el paciente desarrolla conocimiento de sí mismo y entendimiento en las relaciones actuales y de la niñez. Después el paciente puede responder en términos de lo que realmente está pasando en lugar de lo que sucedió en el pasado.

✓ Contratransferencia

La contratransferencia se refiere a los sentimientos emocionales conscientes e inconscientes del terapeuta hacia el paciente. Esto incluye los pensamientos y sentimientos del terapeuta dirigidos hacia el paciente. El terapeuta utiliza la forma de cómo se siente para entender cómo se siente el paciente.

2.4.6.1 Tipos de psicoterapias

Para poder brindar un indicado tratamiento al paciente en el área psicológica se utilizan distintas psicoterapias a continuación las describimos.

I Psicoanálisis

El psicoanálisis es la disciplina que se dedica al estudio del inconsciente, entendiendo por inconsciente a aquel que hace locuras y no se piensa mucho sus decisiones. 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. Asimismo, 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.

II 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 empresa 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

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 huida 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 Psicoterapia de Apoyo

Es general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación recorriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica con estos abordajes.

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico – enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié, en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intenta reforzar las defensas del “ego” del paciente.

Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los sitios de vida más desadaptadas. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y terapeuta.

En general este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica entrante. Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas en la resolución de nuevas situaciones.

2.4.6.2 Terapias conductistas

La terapia conductista cognitiva (TCC) se define como “terapia activa”, ya que se basa en un proceso científico y en la teoría de aprendizaje para comprender y tratar algunos problemas psicológicos. Fobias, bulimia, adicciones... La terapia conductista cognitiva o TCC es cada vez más recomendada para tratar algunos comportamientos perjudiciales del día a día.

En un sentido literal, la terapia cognitivo-conductual es un término donde se engloban la terapia cognitiva compatible con la terapia de conducta, como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

Ya que dentro de la Terapia de conducta se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y la "conducta problema". En este sentido, las estrategias "cognitivo-conductuales" que no están directamente inmersas en la Terapia de conducta suelen ser criticadas por la necesidad de más fundamentación teórica, ya que la psicología cognitiva y la psicología conductual presentan algunos axiomas incompatibles entre sí.

..

Como funciona la terapia conductista

La TCC es un tratamiento de corta duración que consta de entre 8 y 20 sesiones individuales (una a la semana). El número de sesiones dependerá del tipo de problema. De problema y de la dedicación del paciente. Cada sesión dura entre 50 y 60 minutos

El objetivo del tratamiento es que el paciente y el terapeuta colaboren para identificar los

patrones de pensamiento y de conducta que están causando problemas, y para planificar un método estructurado de antemano con los objetivos prácticos acordados.

El éxito de la TCC dependerá de la participación activa del paciente en todo el proceso, por lo que se realizará una entrevista inicial que le permita decidir si desea continuar con la terapia. También permite al terapeuta juzgar la dedicación del paciente y decidir si este tipo de terapia es adecuado o no.

En esta sesión, se pide al paciente que describa a grandes rasgos sus problemas específicos y los objetivos que desea alcanzar. Esta información sirve de base para planificar las siguientes visitas, incluidos los objetivos del tratamiento y las tareas.

Una parte fundamental del tratamiento son los ‘deberes’, diseñados por el paciente con ayuda del terapeuta. Pueden consistir en material de lectura o en tareas específicas que concedan al paciente la oportunidad de poner a prueba y practicar las técnicas aprendidas, o de exponerse gradualmente a las situaciones temidas.

Algunas de las técnicas de TCC más comunes son la puesta en entredicho de las creencias irracionales sustituyéndolas por otras alternativas, la eliminación del pensamiento, la exposición gradual, los ejercicios de reafirmación personal y de destrezas sociales y las técnicas de relajación.

I Terapia racional emotiva

Se basa en la idea que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias del individuo y de la interpretación de la realidad. “Los acontecimientos influyen en nuestras emociones, pero son nuestras exigencias y falsas necesidades lo que nos perturba emocionalmente” *Albert Ellis (2), Grieger R, Manual de Terapia Racional Emotiva.*

Albert Ellis es el principal precursor de la TRE. Proviene de la corriente psicoanalítica, también fue conductista y se inició esta nueva forma de intervención en 1955. No sólo es una técnica sino que llega a proponer una filosofía racional-emotiva, una filosofía práctica de la vida; un agnóstico estricto pensaría como él lo hace

Cual es la metodología la T.R.E

- A. Los pacientes llegan a la consulta con un acontecimiento activador (un hecho)
- B. Tienen algunas o muchas creencias disfuncionales (erróneas)
- C. Tienen sentimientos y emociones disfuncionales (erróneas)
- D. Desde la consulta se cuestionan estas creencias
- E. y se muestran alternativas positivas a estas creencias
- F. La finalidad de esta intervención se conseguir sentimientos mas sanos

II Terapia cognitiva

La verdadera diferencia entre la terapia cognitiva y la cognitivo-conductual radica en el nivel de inferencia y enfoque teórico de partida, manteniendo cada uno distintos axiomas. El enfoque cognitivo considera que dentro del proceso cognitivo pueden localizarse explicaciones sobre la conducta basadas en la propia cognición. Desde el enfoque cognitivo-conductual (muy especialmente el conductual) la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos (dentro de la mente). Se mantienen por tantos distintos axiomas de

partida. Además, la práctica clínica suele presentar muchas semejanzas con independencia del enfoque teórico de partida, dada una realidad social común.

La terapia cognitiva, como aplicación de la psicología cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención) y desde un punto de vista intrapsíquico (entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras). Por ejemplo, ha sido fructífero en la creación de test/cuestionarios en este sentido, con múltiples aplicaciones de diversa índole.

La terapia de conducta, sin embargo, no se centra en el proceso mental, sino en la conducta (entendida ésta como una acción de ajuste interdependiente con el medio y no tan sólo una respuesta motora). Por esta razón la terapia de conducta no encaja con interpretaciones intrapsíquicas que sí tiene la terapia cognitiva, ya que desde este modelo tan sólo el ambiente determina la conducta; de modo que los conceptos cognitivos ayudarían a entender la conducta, pero no podrían explicarla.

En realidad, resulta complejo diferenciar cuando una técnica cognitiva es independiente a la terapia de conducta, ya que comparten un método científico por parte de la psicología. De hecho, las intervenciones cognitivas suelen tener consecuencias conductuales y a la inversa, como opinan prestigiosos autores de ambos enfoques; por lo que la principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares (por ejemplo *Albert Bandura* con su Teoría del Aprendizaje Social o *Aaron T. Beck* con su famosa Terapia Cognitiva). Incluso la reestructuración cognitiva ha sido investigada desde la terapia de conducta con importantes aportaciones teóricas y prácticas, entendiéndola como el moldeamiento de la conducta verbal.

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La concepción implica que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de si mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el autocontexto.

Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

- 1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- 3) examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica.

El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación. Generalmente la terapia consta de 15 o 20 sesiones una vez a la semana.

Esta es una idea somera de la básica concepción terapéutica cognitiva, es claro que partiendo de estas premisas primordiales muchos desarrollos se han experimentado y continúan haciéndolo.

III Terapia grupal

Espacio de reflexión grupal acerca de los problemas vitales comunes que provoca vivir con una enfermedad crónica. La tarea está centrada en de ajuste y cambio de las conductas que no se

adapten a las nuevas circunstancias que plantea la enfermedad, logrando un mejor manejo social de la misma.

El grupo psicoterapéutico proporciona una experiencia grupal de cohesión y apoyo, brindando una oportunidad de intercambio entre iguales. La experiencia de la enfermedad exige revisar viejas creencias y adquirir nuevas habilidades sociales.

El Grupo Taller persigue una doble función:

- ✓ psicoterapéutica, con el objetivo de elaborar el conflicto personal y social que la situación de enfermedad plantea, y
- ✓ educativa didáctica, transmitiendo información sobre la naturaleza de la enfermedad, e instruyendo en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento activo que permitan integrar como parte de la vida la experiencia de enfermedad.

El modelo de psicoterapia grupal que propongo es al mismo tiempo una experiencia emocional y correctiva. Está orientado por la sintomatología y centrado en el comportamiento, con el fin de recuperar y mantener un rendimiento psicosocial apropiado.

Preferentemente los grupos serán heterogéneos, formados por pacientes diagnosticados con diferentes enfermedades crónicas.

El terapeuta selecciona personas (usualmente de 5 a 10) que se pueden beneficiar con su participación en una terapia de grupo. El propósito de las reuniones es conversar con los demás de manera espontánea y honesta. El terapeuta sirve como guía, para que en la conversación se traten los temas más significativos para los participantes.

No todos los grupos se parecen. Varía el énfasis de uno a otro. Por ejemplo, algunos grupos se dedican principalmente al desarrollo interpersonal -pues la mayoría de lo que se aprende viene de los intercambios entre los miembros. Otros grupos se enfocan en las formas de ser y pensar de cada miembro en sí mismo -cómo controlar los pensamientos negativos, como hacerle frente a las fobias, como aliviar la ansiedad asociada con ciertas situaciones.

2.4.6.3 Terapias humanistas

La psicoterapia humanista trabaja con las experiencias presentes, el sentimiento proveniente de la complejidad de las situaciones y sus dificultades. La terapia tiene como objetivo, la conceptualización del proceso de tratamiento en curso. Se toman las sensaciones del presente inmediato de naturaleza orgánica, y se guía la conceptualización. Este conjunto de sensaciones es fuente de significados y permite al paciente, formar conceptos y referirse a ella.

Esta psicoterapia se basa en la experiencia, en el autodesarrollo, la evolución, el aprendizaje y el relacionamiento del hombre. Se centra en cambiar el eje del hacer a la valoración del ser, dando lugar a los significados y prevalencia a la experiencia.

Se busca una reconstrucción del proceso vital del paciente, partiendo de la relación paciente-terapeuta, haciendo una reconstrucción del proceso vital.

Se asocia la psicoterapia humanista con fundamentos filosóficos y metodológicos de carácter fenomenológico.

Edmund Husserl (1859-1938) consideró la fenomenología como sistema filosófico coherente, pero este término había sido empleado anteriormente por *Hegel*, y también por *Brentano* en sus reflexiones. Pero la fenomenología es entendida generalmente como un movimiento filosófico que reúne distintos desarrollos heterogéneos. Estos desarrollos no poseen contenidos similares o conceptos, sino que se conectan a través de la metodología investigativa.

Husserl, estaba desconforme con el método científico positivista aplicado al estudio del mundo externo y la realidad psicológica. Para él, el mundo y el ser humano concebidos por la ciencia de principios del siglo XX, se alejaba totalmente de la experiencia que los individuos tienen de sí mismos y de su entorno. Considera que los procesos psíquicos son intencionales, porque están ligados a sucesos u objetos de la realidad exterior.

II 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.

✓ 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.

✓ 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 sufriendo. 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 dialogo 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.

✓ 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.

✓ Aplicabilidad 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, 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 Logoterapia

La logoterapia psicoterapia que 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.

✓ 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 mediante la fuerza de oposición.

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".

✓ Aplicabilidad 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 codependencias, entre otras.
- Adicciones.

III Análisis transaccional

El análisis transaccional es un sistema de psicoterapia individual y social que se engloba dentro de la psicología humanista propuesto por el psiquiatra Eric Berne en los años 1950 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro Juegos en que participamos.

Busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el tercero para buscar y recibir

cuidados, tanto en nuestra interacción con los demás, como también en nosotros mismos, creciendo en el logro de una personalidad integradora.

Además de psicoterapia, el análisis transaccional es aplicable en crecimiento personal, educación, enfermería, trabajo social, desarrollo organizacional y en otras actividades en las cuales las personas interactúan entre sí.

Es una teoría de la personalidad neofreudiana que retoma por los conceptos de ello, yo y superyó y se concentraba en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales.

Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes en lugar de solamente entenderlos. Para este fin, el introdujo uno de los aspectos más importantes del análisis transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente para buscar el cambio específico que el cliente deseara.

El objetivo es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones.

Berne afirma que todos los seres humanos manifiestan tres estados del yo, definidos como sistemas coherentes de pensamientos y sentimientos manifestados por los correspondientes patrones de conducta. Asegura que estos tres estados se refieren a fenómenos basados en realidades verdaderas.

Conclusiones

- ✓ En la actualidad las personas padecen muchos problemas emocionales por ejemplo ansiedad, depresión, estrés postraumático etc., estos problemas necesitan ser atendidos por un especialista de la salud mental para que ayude a cambiar conductas y pensamientos negativos y el paciente pueda vivir una vida mas equilibrada.
- ✓ Es importante saber que el cliente debe aceptar que tiene un problema y que el terapeuta solo lo guiara y le dará técnicas que lo ayuden a encontrar la solución a su problema.
- ✓ La diferencia entre la terapia cognitiva y la cognitivo-conductual radica en el nivel de inferencia y enfoque teórico de partida, manteniendo cada uno distintos axiomas
- ✓ La terapia humanista trata mas al paciente como ser humano para poder solucionar el problema que presenta, trabaja con las experiencias presentes, el sentimiento proveniente de la complejidad de las situaciones y sus dificultades.
- ✓ La logoterapia ayuda al paciente a que exprese la voluntad de su sentido para que pueda curar su problema.
- ✓ La terapia racional emotiva ayuda al paciente a que cambie sus ideas irracionales por racionales.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el siguiente capítulo se dan a conocer los programas de las actividades que se realizaron durante la realización de la práctica Profesional Dirigida del quinto año de la licenciatura en Psicología y consejería sosa, así mismo los programas de los casos atendidos en la Organización Mi Especial tesoro ubicada en Chimaltenango.

3.1 Programa del curso de práctica Profesional Dirigida

I. 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. Indicadores de logros

- Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
- Elabora y aplica programas de salud mental.
- Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas
- Atiende a comunidades en riesgo
- Da capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos

IV. Contenido temático del curso

- Planificación de programas de aplicación de la Psicología
- Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
- Aplicación de técnicas de intervención clínica en
- Psicodiagnóstico
- Detección y atención de casos
- Capacitación en salud mental
- Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
- Atención a comunidades de riesgo
- Detección de situaciones de resiliencia
- Creación de programas y proyectos

V. 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 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.
- 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.

VI. Formas/Técnicas/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	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:	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

I FASE Del 21 de enero al 28 de abril

		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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos • Visita al centro de práctica , acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de resumen del libro • La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos • Entrega de Planificación Día sábado 6/02 Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Panel foro • Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de lectura Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Inicio de práctica lunes 1 de Marzo • En centro de práctica: Investigación marco de • Referencia • Observación de actividades • Integración en actividades del centro de práctica. • Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y revisión Valor 5 puntos

Continuación. I FASE Del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Referente metodológico • Detección y atención de casos en centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Referente metodológico • En centro de práctica: Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, Entrevistas, etc. • Registro de casos/ Formularios, etc. • Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc. • Discusión de casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y revisión del Marco de referencia. Valor 5 puntos • Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).
<ul style="list-style-type: none"> • Marco de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Marco de Referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y revisión Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y discusión de formas • De Psicoterapia: • -Psicoterapia psicoanalíticas • -Psicoterapias Humanistas • --Psicoterapias Conductistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones y aplicaciones • Prácticas • Laboratorios • Investigaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos • Entrega de Informes Mensuales / cada mes • Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)

II FASE Del 6 de mayo al 26 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de actividades primer grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos
<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de Historias Clínicas Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) Discusión de casos/ llevar caso principal al aula 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de 5 historias clínicas completas Valor 5 puntos Participación
<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de técnicas de intervención clínica en Psicodiagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación del tema de Psicodiagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de tema Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> Psicopatologías encontradas durante la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición, análisis y discusión 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y selladas
<ul style="list-style-type: none"> Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro

III FASE Del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de Problemas sociales en áreas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales 	<ul style="list-style-type: none"> 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)
<ul style="list-style-type: none"> Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> Primera revisión de informe final 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de Informe Final 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de primera parte del Informe Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> Segunda revisión de informe final 	<ul style="list-style-type: none"> Correcciones 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de segunda parte del Informe Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> Tercera y última revisión de informe final 	<ul style="list-style-type: none"> Correcciones 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos

3.3 Planificación de actividades por mes del centro de práctica

Lugar:

Alumna practicante: Olga Arias

Mes: enero y febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener aceptación en el lugar de práctica por medio de la carta de solicitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de elaboración de carta por catedrática 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • El alumno practicante obtiene aceptación en el lugar de práctica por medio de la carta de práctica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucciones para la elaboración de planificación de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Pizarrón 	<ul style="list-style-type: none"> • El alumno logra la elaboración de la planificación de la práctica
<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar sobre entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Panel foro de la entrevista psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa de alumnos 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Preguntas orales 	<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos adquieren conocimientos sobre la entrevista psiquiátrica

Mes de marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener lugar para realizar la práctica • Lograr la autorización de la planificación presentada por director • Identificar la problemática principal del centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al centro de práctica para acuerdos Administrativos • Presentación de planificación al centro de práctica autorizado • Diagnóstico institucional • Investigación de problemática principal en el centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista directa con director • Entrevista con directa con director • Observación del centro de práctica • Entrevistas • Observación 	<ul style="list-style-type: none"> • Libreta de apuntes • Lapicero • Humanos • Humanos • Hojas • Guía de diagnóstico institucional • Humanos • Hojas • Lapiceros 	<ul style="list-style-type: none"> • El alumno practicante obtiene la aceptación para la realización de su práctica • Se logra la aprobación de la planificación presentada • Conoce la organización del centro de práctica, y sus necesidades principales para apoyar en casos clínicos.

Mes de abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Concluir la elaboración del referente metodológico • Reflexiona sobre como apoyar á los casos a tratar • Concluir la elaboración de formularios 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de referente metodológico • Inicio de detección de casos • Elaboración de formulario para casos • Aplicación de pruebas proyectivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase magistral • Entrevistas • Dinámicas • Juegos • Clase magistral • Interpretación de resultados de test aplicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Marcador • Hojas • Pizarrón • Humanos • Globos • Pizarrón • Marcador • Humanos • Pizarro • Marcador • Lápiz 	<ul style="list-style-type: none"> • El alumno obtiene lineamientos para la elaboración del referente metodológico • Selecciona los casos de más importancia para tratar • Realiza la elaboración de formularios de casos • Adquiere conocimientos para solución de problemas

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Concluir la elaboración del marco de referencia • Conocer las diferentes formas de psicoterapias que hay • Obtener información del desempeño del practicante • Adquirir conocimientos para solucionar casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de marco de referencia • Discusión de formas de psicoterapia • Visitas de evaluación • Presentación de casos principales en el aula 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase magistral • Investigación • Entrevista con el director • Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón • Marcador • Humanos • Internet • Humanos • Hojas • Lapicero • Pizarrón • Marcador 	<ul style="list-style-type: none"> • Concluye la elaboración del marco de referencia • Identifica las diferentes formas de psicoterapias que hay • Se obtiene información del desempeño del practicante • Adquiere conocimientos para la solución de casos principales

Mes de junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conocimiento del tema a investigar • Lograr conocimientos para tratar las diferentes patologías en el centro de práctica • Explicación de los diferentes temas a tratar 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación del tema de psicodiagnóstico • Discusión en clase de la psicopatologías encontradas en el lugar de práctica • Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación • Mesa redonda • Charlas • Exposiciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Libros • Humanos • Pizarrón • Marcador • Cañonera • Laptop • Hojas • Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquiere conocimiento del tema psicodiagnóstico • Define como tratar las diferentes patologías en el centro de práctica • Apoya solucionar dudas de los diferentes temas a tratar

Mes de julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none">• Concluir la elaboración del proyecto de salud mental• Concluir la práctica	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de proyecto de salud mental• Clausura en el centro de práctica	<ul style="list-style-type: none">• Concluir con casos• Reunión con director	<ul style="list-style-type: none">• Laptop• Cañonera• Pizarrón• Humanos	<ul style="list-style-type: none">• Elabora el proyecto de salud mental• Concluye con la práctica

Mes de agosto y septiembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los logros y resultados expresados en tablas de la práctica • Presentación del informe final • Presentación de la segunda parte del informe de práctica • Presentación de la parte final del informe de práctica • Entregar informe final de práctica • Informar sobre logros y resultados del proyecto de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de gráficas y tablas • Elaboración de informe final • Correcciones del informe final de práctica • Tercera y última revisión del informe final • Entrega del informe y examen final • Aplicación del proyecto de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades vivenciales durante la práctica • Redacción • Revisión por catedrática • Revisión por catedrática • Calificación final por catedrática • Entrega de informe de resultados del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación • Investigación • Entrevistas • Humanos • Lapicero • Hojas • Lapicero • Humanos • Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseña las tablas de resultados y logros obtenidos durante la práctica • Presentar la primera parte del informe final de práctica • Presenta la segunda parte del informe de práctica • Presenta el informe final de práctica • Elaboración de informe final de práctica • Informa sobre los logros y resultados sobre el proyecto de salud mental

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

Durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida se llevo acabó entrevistas, evaluaciones psicológicas se atendieron a niñas y adolescentes que han padecido abuso sexual, también se llevo acabó charlas donde se trataron temas como autoestima, el respeto, la comunicación y la responsabilidad etc.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Se logro brindar apoyo psicológico a niñas y adolescente de la Organización Mi Especial Tesoro.
- ✓ Se logro fomentar que las niñas y adolescentes tuvieran mejor comunicación con sus padres.
- ✓ Se logro que las niñas y adolescentes atendidas mejoraran su estado emocional.
- ✓ Se logro mejorar los problemas de aprendizaje que presentan algunas niñas.
- ✓ Se logro establecer empatía con las niñas y adolescentes atendidas.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ Tiempo para dar continuidad a los casos atendidos.
- ✓ Lugar adecuado para atender a niñas y adolescentes.
- ✓ En algunos casos la impuntualidad de las niñas y adolescentes atendidas a la terapia.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ Se logro resultados satisfactorios con las terapias brindadas a las niñas y adolescentes atendidas.
- ✓ Se logro dar orientación a las niñas y adolescentes en las charlas dadas.
- ✓ Se atendió a niñas y adolescentes entre las edades de 7 a 18 años.
- ✓ Se dio el apoyo psicológico a las niñas y adolescentes que lo solicitaban.
- ✓ Se logro cumplir con lo que requería la organización atención psicológica de calidad.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda dar seguimiento a los casos no concluidos.
- ✓ Se recomienda que los padres de las niñas y adolescentes también reciban terapia.
- ✓ Se recomienda que se les brinden mas charlas para que las niñas mejoren su autoestima.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (Presentación de Historias Clínicas)

Historia clínica

Caso No.1

I. Datos generales

Nombre:	M.J.L.C
Sexo:	Femenino
Edad:	12 años
Religión:	Evangélica
Escolaridad:	5°.grado
Ocupación:	Estudiante
Estado civil:	Soltera

II. Motivo de consulta

Indica la encargada de la niña que desde hace tres meses la niña se siente desganada no quiere estudiar y cuando le dicen que apoye en los que oficios de la casa se pone llorar y que a llegado al punto de no querer comer porque dice que extraña a su hermana mayor.

No desea estar con más gente porque le dan deseos de llorar y se aísla para recordar a su hermana de la demás gente.

III. Historia del problema actual

M. C. es una niña que ha sido muy maltratada por su madre quien desde muy pequeña la golpeaba con mucha frecuencia y le han quedado cicatrices en su carita.

M.C. y su hermana crecieron en el hogar de la señora que le dio trabajo a su mamá, debido a que ella obtuvo la custodia de las dos niñas a raíz de la denuncia que realizó a las autoridades donde informó del maltrato constante que les daba la mamá.

Sin embargo no recibieron el amor y cuidado que ellas necesitaban, por el contrario recibieron maltrato verbal y físico por parte de la señora.

Su hermana J.C. de 15 años pidió salir de esa casa e ingresar a un hogar de adolescentes y se separaron porque ella ingresó a este Ministerio Mi Especial Tesoro donde vive actualmente ella y su hermana mayor siempre se han llevado muy bien.

IV. Factores precipitantes

Indica la paciente que se siente mal desde que la separaron de su hermana mayor ya que ella siempre la cuidaba para que no le pasara nada.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación ha afectado tanto a su hermana mayor como la relación que tiene con las demás niñas en el hogar y amigas de estudio provocando que nadie quiere jugar con ella.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Indica la paciente que actualmente cursa el quinto año de primaria y que nunca se había separado de su hermana mayor ya que ella la cuidaba porque su madre no lo asía solo las maltrataba, que a su padre lo mataron en un asalto, la paciente dice que se siente demasiado triste por lo que llora y se aleja de los demás niñas del hogar no tiene apetito

VII. Historia médica

No padece ninguna enfermedad que requiera medicamento solo tuvo un ingreso al hospital por que la madre le pego muy fuerte y le lastimo un dedo por lo cual estuvo 2 días bajo observación medica.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente esta compuesta por la madre, una hermana mayor y ella conoció a su padre pero murió cuando tenia 8 años, vivía actualmente con la señora que le dio trabajo a su mamá ya que ella la golpeaba mucho y que tiene tíos por parte de mamá pero no se pueden hacer cargo de ella y de su hermana.

IX. Examen mental

La paciente presenta un estado físico sano, es delgada posee cicatrices en su rostro debido a los golpes que le daba la madre, su vestuario es adecuado a su edad. Presenta una actitud negativa de rebeldía, tiene un estado de animo depresivo por la separación con la madre, esta orientada en tiempo y espacio controla sus impulsos, posee capacidad de insight, su proceso de comportamiento posee coherencia con lo que habla y piensa y esta viviendo.

X. Criterios diagnósticos

Desgano, no duerme bien, aislamiento, bajo rendimiento escolar, malas relaciones personales, comunicación deteriorada con la encargada del hogar donde esta actualmente , falta de la figura paterna, no tiene apetito, padece de insomnio se mantiene triste.

XI. Diagnóstico multiaxial

EJE	Nombre del trastorno	Código	Criterios de Diagnostico
EJE I	Trastorno depresivo mayo único	F32.1	desgano, no duerme ,aislamiento bajo rendimiento escolar, comunicación deteriorada, tristeza
EJE II	Sin DX	Z03.2	
EJE III	Sin DX		
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		Fallecimiento de un miembro de la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, sobreprotección de los padres.
EJE V	EEAG 50		Síntomas graves: <ul style="list-style-type: none">• Cualquier alteración en la actividad social, laboral o escolar.

XII. Pronóstico

El pronóstico para este trastorno es favorable, si lleva el tratamiento adecuado y se le da seguimiento.

XIII: Plan terapéutico

- ✓ Se utilizara la terapia cognitiva conductual
- ✓ Primera entrevista
- ✓ Autoestima
- ✓ Terapia individual se trabajo el perdón
- ✓ Terapia familiar se trabajo la comunicación en la familia, apoyo mutuo, comprensión.

Caso No. 2

I. Datos generales

Nombre: J. C.Z.
Sexo: Femenino
Edad: 15 años
Religión: Evangélica
Escolaridad: Sexto primaria
Ocupación: Estudiante
Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

La paciente indica que desde hace 9 meses padece un temor excesivo e irracional a las situaciones sociales, que se pone ansiosa por esto y que por eso evita estar en contacto con las demás personas esta situación a hecho que tenga bajo rendimiento escolar que nadie quiera estar con ella por lo cual le preocupa mucho esta situación.

III. Historia del problema actual

J.C.Z. llegó al hogar por solicitud del juzgado de la niñez después de haber recibido la denuncia por ella donde informó que ya no aguantaba el maltrato físico y verbal que le daba su padrastro, quien constantemente le pegaba con cables de carro que usaba en su trabajo por ser mecánico.

Cansada del maltrato de su padrastro y la falta de apoyo de su madre quien siempre defendía y le creía a su esposo, J.C.Z. buscó ayuda con su maestra de la escuela quien se daba cuenta de los golpes que presentaba en su cuerpo y

aunque la maestra habló con su mamá para que evitara el maltrato que le daba el padrastro, ella lo defendió diciendo que ella era una niña muy rebelde y por ese motivo era que él le pegaba.

El juzgado al recibir la denuncia decidió sacar a J.C.Z. inmediatamente de su casa y enviarla a este hogar para ser protegida y cuidada por el maltrato que padeció con su padrastro no quiere ver a nadie pues cree que la demás gente le hará lo mismo.

IV. Factores precipitantes

La paciente indica que comenzó a sentir un miedo terrible a su padrastro pues le pegaba, y desde entonces no quiere tener contacto con las demás personas.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Debido a la situación ha sido afectada su relación social, académica familiar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente indica que actualmente cursa el sexto primaria que antes cuando no tenía padrastro la relación con la madre era más constante y que ella no le tenía miedo a nadie pero cuando llegó su padrastro y la comenzó a maltratar desarrollo el miedo irracional.

La paciente refiere que es un poco retraída y que teme que haga algo malo cuando esta con muchas personas, que extraña mucho a su papá el cual la abandono, que siempre ha vivido con la madre pero que ahora vive en el hogar lo cual le agrada pues no la golpean más.

VII. Historia médica

No toma ningún medicamento y nunca ha sido hospitalizada.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente esta integrada por la madre, padrastro y un medio hermano de dos años tiene una tía por parte de mamá pero nunca tiene contacto con ella vive en casa propia y es de escasos recursos.

IX. Examen mental

El estado físico de la paciente es de apariencia enferma, esta muy delgada, su vestuario es adecuado a su edad, presenta algunas cicatrices por los golpes en sus piernas, brazos. se distrae con facilidad durante la entrevista, muestra ansiedad, su estado de conciencia es de alerta durante la entrevista, su estado de animo es de miedo asaltado, memoria reciente, posee fluidez de pensamiento y esta orientada en tiempo y espacio, posee capacidad de insight,

X. Criterios diagnósticos

Temor excesivo, evita contacto con las demás personas, ansiedad al contacto social, angustia, comunicación deteriorada con la madre, falta la figura paterna.

XI. Diagnóstico multiaxial

EJE	Nombre del trastorno	Código	Temor excesivo, evita contacto con las demás personas, ansiedad al contacto social, angustia, comunicación deteriorada con la madre, falta la figura paterna.
EJE I	Trastorno de ansiedad social	F40.1	
EJE II	Sin DX	Z03.2	
EJE III	Sin DX		
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		Fallecimiento de un miembro de la familia, disciplina inadecuada, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, sobreprotección de los padres.
EJE V	EEAG 70		Síntomas leves <ul style="list-style-type: none">• Cualquier alteración en la actividad social, laboral o escolar.

XII. Pronóstico

Su pronóstico es favorable si se le brinda el tratamiento adecuado y se le da seguimiento.

XIII. Plan terapéutico

- ✓ Se utilizara la terapia cognitiva conductual
- ✓ Primera entrevista
- ✓ Observación
- ✓ Técnica de de sensibilización
- ✓ Moldeamiento de pensamiento negativo por positivo

Caso No. 3

I. Datos generales

Nombre: L. O.
Sexo: Femenino
Edad: 18 años
Religión: Evangélica
Escolaridad: Segundo básico
Ocupación: Estudiante
Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Indica la maestra de la paciente que se ha dado cuenta por medio de las lecturas que leen en clase que Leslie tiene dificultad para leer por lo cual la refirió con la psicóloga suplente de el hogar, para que le brinde apoyo adecuado, y que esta misma situación ha hecho que baje en sus promedios escolares no percibe muy bien cuando se le habla este problema se ha venido dando desde hace cinco meses.

III. Historia del problema actual

Leslie es una señorita que cursa el segundo básico, indica que desde hace cinco meses ha bajado en sus calificaciones pero mas cuando son de leer, esta situación a provocado que L.O. se aislé, este triste, hasta que ya no quiera ir a estudiar.

IV. Factores precipitantes

La paciente refiere que el problema inicio desde que fue a un paseo a la playa y que cuando regreso le dolía mucho un oído. Por lo cual no quiere comer, se siente triste y no quiere ir a la escuela.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación ha perjudicado su relación con compañeras en la escuela, en el hogar y maestros.

V. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente indica que cursa el segundo básico y que desde hace cinco meses inicio, con el problema por lo cual le conto a su maestra y luego a su encargada para le ayudasen que desde pequeña a tenido dificultad para leer pero que aun así a salido adelante pero con este problema de su oído que le duele mucho sintió que empeoró su problema.

VI. Historia médica

No toma ningún medicamento y nunca ha sido hospitalizada

VII. Historia familiar

La familia de Leslie esta integrada por la mamá, papá y una hermana gemela Vivian en casa propia con sus padres pero la entregaron al hogar porque Vivian en una zona roja entonces para que ellas no se integraran a bandas o algo mas sus padres las internaron en el hogar, tienen una buena comunicación con sus padres los cuales las visitan en el hogar.

VIII. Examen mental

La paciente presenta un estado físico sano, peso normal a su edad, vestuario adecuado a su edad esta ubicada en tiempo y espacio, posee fluidez de pensamiento, estado de animo deprimido, posee capacidad de insight,

IX. Criterios diagnósticos

Dificultad para leer, padece de dolor en un oído, poca capacidad de comprensión al leer, muchos héroes al escribir

X. Diagnóstico multiaxial

EJE 3..	Nombre del trastorno	Código	Criterios de diagnostico: Dificultad para leer, padece de dolor en un oído, poca capacidad de comprensión al leer, muchos héroes al escribir
EJE I	Trastorno de lectura	F81.0	58
EJE II	Sin DX	Z03.2	
EJE III	Sin DX		
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		Fallecimiento de un miembro de la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, sobreprotección de los padres.
EJE V	EEAG 80		Síntomas transitorios: <ul style="list-style-type: none">• Cualquier alteración en la actividad social, laboral o escolar.

XI. Pronóstico

El pronóstico para este trastorno es bueno si se le brinda tratamiento adecuado y se le da seguimiento.

XII. Plan terapéutico

- ✓ Se utilizara la terapia cognitiva conductual
- ✓ Primera entrevista
- ✓ Examen médico para verificar si se lastimo el oído del cual se quejaba la paciente
- ✓ Ejercicios de lectura
- ✓ Ejercicios de memorización por medio de colores

Caso No. 4

I. Datos generales

Nombre: Y. A
Sexo: Femenino
Edad: 18 años
Religión: Evangélica
Escolaridad: Tercero básico
Ocupación: Estudiante
Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Indica la encargada que desde hace algún tiempo Jessica tiene bajo peso, le dice a las otras niñas del hogar que esta muy gorda y hace dieta dejando de comer, se deprime con facilidad y que en el estudio solo le gusta la clase de física, por este motivo la encargada de la señorita se preocupo y la mando a que le brinden apoyo psicológico.

III. Historia del problema actual

Jessica es una señorita de 18 años de edad, que estudia actualmente tercero básico, la llevo a consulta su encargada del hogar su problema inicio hace 8 meses. La paciente refiere que cuando vivía con su mamá la maltrataba mucho con palabras que le decía que era fea gorda y que por lo cual no la quería porque solo le arruino la vida. Esto ha hecho que se sienta triste, sola, y que ella a pesar de todo quiere regresar con su madre pero primero quiere llegara ser perfecta físicamente.

IV. Factores precipitantes

La paciente indica que inicio con esto desde que la separaron de la madre por el maltrato físico que le hacia.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación ha provocado bajo rendimiento escolar, deterioro social y baja autoestima en ella.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente indica que actualmente estudia el tercero básico, que se siente bien en el hogar pero que extraña mucho a la madre, a pesar de su mal trato hacia ella. Que a su padre ni siquiera lo recuerda porque murió cuando ella estaba muy pequeña por lo cual no le hace falta. Que se siente triste porque por más que trataba de quedar bien con la madre nunca lo logro que se ve gorda, fea, y piensa que nadie la quiere en el mundo y que avece piensa en morir.

VII. Historia médica

No toma ningún medicamento y solo una vez estuvo hospitalizada porque se quemó con agua caliente cocinando en el brazo derecho.

VIII: Historia familiar

La familia de la paciente esta integrada por la madre y un hermano de nueve años, alquilan donde Vivía y que su madre solo a ella la golpeaba en la casa.

IX. Examen mental

La paciente presenta un aspecto físico enfermo, pues tiene bajo peso esto esta no de acorde a su edad su vestuario es de acuerdo a su edad, tiene una cicatriz en el brazo derecho por la quemadura que padeció. Si tiene higiene personal, su estado de animo es deprimido, posee pensamientos suicidas esta orientada en tiempo y espacio, memoria reciente.

X. Criterios diagnósticos

Distorsión de su imagen corporal pues se ve gorda, baja autoestima, cree que nadie la quiere, tristeza, dependencia con la figura materna, se ve fea.

XI. Diagnóstico multiaxial

EJE 3..	Nombre del trastorno	Código	Criterios diagnósticos Distorsión de su imagen corporal pues se ve gorda, baja autoestima, cree que nadie la quiere, tristeza, dependencia con la figura materna, se ve fea.
EJE I	Trastorno de la conducta alimentaria (bulimia)	F50.2	660
EJE II	Sin DX	Z03.2	
EJE III	Sin DX		
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		Fallecimiento de un miembro de la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, sobreprotección de los padres.
EJE V	EEAG 50		Síntomas graves: <ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida • Cualquier alteración en la actividad social, laboral o escolar.

XII: Pronóstico

El pronóstico es favorable si se da tratamiento a tiempo sino puede ser desfavorable hasta el punto de causar la muerte.

XIII: Plan terapéutico

- ✓ Se utilizara la terapia cognitiva conductual
- ✓ Primera entrevista
- ✓ Psicoterapia por medio de terapia cognitiva conductual El tratamiento incluye técnicas prácticas para desarrollar actitudes saludables hacia la comida y el peso, así como un aproximamiento para cambiar la manera como una persona responde a situaciones difíciles.
- ✓ Control con una nutricionista
- ✓ Terapia familiar con la madre
- ✓ Si es necesario hospitalización

Caso No. 5

I. Datos generales

Nombre: Z. G
Sexo: Femenino
Edad: 11 años
Religión: Evangélica
Escolaridad: Segundo primaria
Ocupación: Estudiante
Estado civil: Soltera

II. Motivo de consulta

Refiere la maestra de la paciente que desde que inició a estudiar con ella esto hace 3 meses ella ve qué la niña no logra concentrarse en la clase, que se niega a hacer algo cuando le ordena, que se queja con repetición de dolor de estomago, y que le cuenta que tiene pesadillas de que se la llevan del lado del padre.

III. Historia del problema actual

Zaida es una niña que estudia el segundo año de primaria fue traída por la maestra a consulta porque llano aguanto mas su comportamiento que se niega a hacer sus tareas, se ha mostrado con resistencia al seguir ordenes, se queja de dolor de estomago constantemente y se preocupa por acontecimientos innecesarios por ejemplo que le va a pasar algo malo al padre si ella no esta con el.

IV. Factores precipitantes

La paciente indica que se siente así desde que la separaron del padre porque se siente sola y que ella lo quiere mucho.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Esta situación a provocado malestar en el padre, deterioro social, y bajo rendimiento escolar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente indica que actualmente estudia segundo grado de primaria
Que se siente sola, triste, y que por eso se porta mal en la escuela, que quizá a si la regresen con su papa pues le hace mucha falta.

VII. Historia médica

No toma ningún medicamento y nunca ha sido hospitalizada

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente esta integrada por el papá una tía y un hermano de 15 años no tiene madre porque los abandono, la relación con el padre siempre ha sido buena

IX Examen mental

La paciente presenta un estado físico sano, peso normal a su edad, vestuario adecuado a su edad esta ubicada en tiempo y espacio, posee fluidez de pensamiento, estado de animo deprimido, posee capacidad de *insight*,

X. Criterios diagnósticos

Tristeza, malestar recurrente de dolor de estomago, preocupación excesiva por el padre.

XI. Diagnóstico multiaxial

EJE 3..	Nombre del trastorno	Código	Criterios de diagnósticos Tristeza, malestar recurrente de dolor de estomago, preocupación excesiva por el padre
EJE I	S.D		142
EJE II	Trastorno de ansiedad por separación	F93.0	
EJE III	Sin DX		
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo		Fallecimiento de un miembro de la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, sobreprotección de los padres.
EJE V	EEAG 60		Síntomas moderados: <ul style="list-style-type: none">• Crisis de angustia circunstanciales• Dificultades en la actividad social, académica.• Conflictos con compañeros de escuela

XII. Pronóstico

El pronostico es favorable se brinda tratamiento adecuado y se le da seguimiento.

XIII: Plan terapéutico

- ✓ Se utilizara la terapia cognitiva conductual
- ✓ Primera entrevista
- ✓ Cambio de pensamiento he ideas irracionales
- ✓ Terapia familiar

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Se lograron brindar capacitaciones niñas y adolescentes y a algunos padres de familia.
- ✓ Se logro que las niñas y adolescentes participaran activamente durante las capacitaciones.
- ✓ Se logro resolver dudas de las diferentes capacitaciones.
- ✓ Se logro que los padres de familia mejoraran la comunicación con sus hijas.
- ✓ Se logro captar la atención de las niñas y adolescentes en todas las actividades.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Tiempo para dar la capacitación.
- ✓ Lugar adecuado para dar la capacitación.
- ✓ Falta de apoyo de algunos padres de familia de su participación en las distintas actividades.
- ✓ Poco apoyo económico de la Organización.
- ✓ Falta de participación de algunas niñas y adolescentes en las diferentes actividades.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Se logró resultados satisfactorios en las capacitaciones impartidas.
- ✓ Se orientó en los diferentes temas expuestos tanto a niñas y padres de familia.
- ✓ Se logró establecer un plan de capacitaciones con temas que las niñas y adolescentes solicitan para el año 2013.
- ✓ Las niñas y adolescentes quedaron agradecidas por el apoyo que se les brindó tanto en terapia psicológica como en capacitaciones.
- ✓ Las autoridades de la organización brindaron apoyo en las actividades de las capacitaciones.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda seguir brindando apoyo con capacitaciones a las niñas y adolescentes para mejorar su salud emocional.
- ✓ Se recomienda que las autoridades de la Organización también participe en las capacitaciones brindadas.
- ✓ Se recomienda que las capacitaciones sea por separado para niñas y adolescentes.
- ✓ Se recomienda un lugar adecuado para dar capacitaciones.
- ✓ Se recomienda que las capacitaciones sean dadas por personal profesional.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

La autoestima

Dirigida a niñas y adolescentes de la organización mi especial tesoro ubicada en Chimaltenango.

Fecha 21 de mayo del 2012

1. Objetivos

- ✓ Que las niñas y adolescentes aprendan a valorarse como son
- ✓ Que las niñas y adolescentes aprendan a conocer el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales.
- ✓ Que los padres de familia aprendan como mejorar la autoestima en sus hijas.

5. Contenido (Breve resumen)

La autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que eres valioso (a), digno (a), que vales la pena y que eres capaz, y afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo. En lo que nos rodea, a medida que nos desarrollamos desde que somos niños, la sociedad nos enseña a poner "etiquetas" de lo que esta bien y de lo que no está, en muchos casos, sin tener en cuenta los verdaderos valores que como seres humanos debemos practicar. Aprende a ser independiente, y a no depender de los demás. Las parejas sobreviven más tiempo cuando ambos tratan de ser lo más independientes el uno del otro. La salud mental es estar sonriente, es llegar a tiempo, es evitar la tristeza, es sentirse cómodo en cualquier momento. La salud física esta relacionado con la práctica de un estilo de vida saludable: No drogas, "comer para vivir y no vivir para comer", y la práctica de un deporte sano. La risa es uno de las formas de tratamiento en algunos hospitales.

Charla 2

Presentación del tema el respeto

Dirigido a niñas y adolescentes de la Organización Mi especial Tesoro ubicada en Chimaltenango. Fecha el 19 de marzo del 2012

1. Objetivos

- ✓ Fortalecer el respeto entre las niñas y adolescente
- ✓ Eliminar ideas erróneas o negativas que tengan sobre el respeto y el abuso del mismo
- ✓ Identificar el respeto entre el abuso.

5. Contenido (Breve resumen)

El respeto consiste en el reconocimiento de los intereses y sentimientos del otro en una relación. Aunque el término se usa comúnmente en el ámbito de las relaciones interpersonales, también aplica a las relaciones entre grupos de personas, entre países y organizaciones de diversa índole. No es simplemente la consideración o deferencia, sino que implica un verdadero interés no egoísta por el otro más allá de las obligaciones explícitas que puedan existir.

A veces se confunde al respeto con alguna conducta en particular, como los buenos modales o la amabilidad, pero el respeto es algo diferente a esto, es una actitud. Esta actitud nace con el reconocimiento del valor de una persona, ya sea inherente o también relacionado con una habilidad o comportamiento. (Por ejemplo respetar el "buen juicio" de alguien en particular. Uno de los filósofos que mayor influencia ha ejercido sobre el concepto de respeto en el mundo de la academia ha sido Emmanuel Kant. En su filosofía moral este pensador sostiene que los seres humanos deben ser respetados porque son un fin en si mismos. Al ser un fin en si mismos poseen un valor intrínseco y absoluto. Por este motivo es que los seres humanos tenemos este valor tan especial, llamado por Kant la "dignidad". Otra forma importante de este concepto consiste en el respeto a uno mismo. Hay gran consenso entre los pensadores en cuanto a que esta manifestación del respeto es una habilidad esencial para vivir la vida de manera satisfactoria y llena de significado. Además, es vital para la vida en sociedad que llevamos. Por todo esto, respetémonos a nosotros mismos y a los demás.

Charla 3

Presentación del tema el éxito

Dirigido a niñas y adolescentes de la Organización Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango. Fecha 16 de abril del 2012

1. Objetivos

- ✓ Las niñas y adolescentes identifican que es el éxito
- ✓ Las niñas y adolescentes se automotiven para que tengan éxito personal
- ✓ Generar metas nuevas en la vida de las niñas y adolescentes

5. Contenido (Breve resumen)

Es importante y de gran provecho que todo niño adquiriera conocimientos y habilidades académicas para seguir desarrollándose. No se puede discutir el hecho de que una educación académica acabada es necesaria para que tengan éxito en la vida.

Sin embargo, es importante saber que, a pesar de que los padres hacen enormes sacrificios para financiar una educación académica idónea para sus hijos, ésta opción raras veces fomenta una habilidad emprendedora y de liderazgo.

Debido a su diseño y su metodología, la educación académica entrega conocimientos y habilidades necesarias para la vida, pero limita el desarrollo de la creatividad y de las cualidades individuales de cada alumno. Además provee un ambiente artificial que no le permite al alumno desenvolverse en el mundo real para aplicar los conocimientos obtenidos.

La metodología de la educación formal casi siempre es frontal, es decir el profesor dicta la materia y los alumnos aprenden a seguir sus instrucciones. El resultado es un ambiente de aprendizaje en el cual se ejerce presión sobre el alumno. Esto crea varias actitudes que van en desmedro del desarrollo de una mentalidad emprendedora y de liderazgo. Las lecciones poderosas de la presión son:

- Si hago lo mínimo requerido, voy a estar bien.
- Aprender significa hacer lo que la figura de autoridad exige
- El aprendizaje es aburrido y poco atractivo
- La entretención es cuando no tienes que aprender
- Para ser un buen estudiante tengo que estudiar los intereses de otra persona
- Si no estoy obligado a aprender, prefiero entretenerme
- Mis intereses no son importantes, los tengo que perseguir en mi tiempo libre.
- Ninguna actividad de aprendizaje es lo suficientemente importante para profundizarla, ya que la lección de la campana es: ¡guarden los cuadernos, ahora toca estudiar otra materia!

Charla 4

Presentación del tema la comunicación

Charla del tema de la comunicación dirigido a niñas y adolescentes y padres de familia de la Organización Mi Especial Tesoro ubicado en Chimaltenango. Fecha el 16 de abril del 2012

2. Objetivos

- ✓ Fortalecer la comunicación entre hijas y padres
- ✓ Identificar como es la comunicación
- ✓ Establecer la comunicación en la familia

5. Contenido (Breve resumen)

El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación. Esta consiste en el intercambio de mensajes entre los individuos.

Desde un punto de vista técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B, distante del anterior en el espacio o en el tiempo. La comunicación implica la transmisión de una determinada información. La información como la comunicación supone un proceso; los elementos que aparecen en el mismo son:

- a) Código. El código es un sistema de signos y reglas para combinarlos, que por un lado es arbitrario y por otra parte debe de estar organizado de antemano.
- b) El proceso de comunicación que emplea ese código precisa de un canal para la transmisión de las señales. El Canal sería el medio físico a través del cual se transmite la comunicación.
- c) En tercer lugar debemos considerar el Emisor. Es la persona que se encarga de transmitir el mensaje. Esta persona elige y selecciona los signos que le convienen, es decir, realiza un proceso de codificación; codifica el mensaje.
- d) El Receptor será aquella persona a quien va dirigida la comunicación; realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta los signos elegidos por el emisor; es decir, descodifica el mensaje.
- e) Naturalmente tiene que haber algo que comunicar, un contenido y un proceso que con sus aspectos previos y sus consecuencias motive el Mensaje.
- f) Las circunstancias que rodean un hecho de comunicación se denominan Contexto situacional (situación), es el contexto en que se transmite el mensaje y que contribuye a su significad.

Charla 5

Presentación del tema la responsabilidad

Dirigido a niñas y adolescentes de la Organización Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango Fecha 23 de julio del 2012

3. Objetivos

- ✓ Las niñas y adolescentes identifican sus responsabilidades
- ✓ Las niñas y adolescentes conocen que es responsabilidad personal
- ✓ Adquirir conocimiento de la responsabilidad en la familia

5. contenido breve

En la vida, la responsabilidad personal proviene de muchas fuentes previsibles e imprevisibles, e implica asociarse y participar, comprometerse y cooperar. La responsabilidad social y global requiere de todo lo antes mencionado, así

como de la justicia, la humanidad y el respeto por los derechos de todos los seres humanos. Ello conlleva prestar atención especial para asegurar el beneficio de todos sin discriminación.

Algunos interpretan la responsabilidad como una carga y no logran verla como algo personalmente relevante. Creen conveniente proyectarla como si fuera el problema de otros. Estas personas no asumen sus responsabilidades, sin embargo, cuando se trata de sus derechos ¡son los primeros en reivindicarlos!

Una persona responsable persevera, no con terquedad, sino con la motivación de cumplir con el deber que se le asignó y permanece fiel al objetivo. Cuando hay la conciencia de ser un instrumento, o un facilitador, la persona permanece neutral y flexible en su papel. Permanece desapegada, pero con un claro entendimiento de lo que se necesita hacer. Cuando se interpreta un papel con precisión y efectividad uno se siente satisfecho y alegre por haber realizado una contribución significativa.

La responsabilidad a menudo requiere de la humildad para ayudar a superar los obstáculos creados por el ego. Por ejemplo, el que actúa con responsabilidad no se apodera ni controla los resultados. El que actúa con responsabilidad también tiene la madurez de saber cuándo debe delegarse una responsabilidad a otro. Una de las principales barreras es estar demasiado apegado a la responsabilidad. Ser excesivamente meticuloso conduce a la preocupación, las dudas y al miedo, lo cual puede tener un efecto paralizante en la toma de decisiones, dando como resultado consecuencias indeseables.

Charla 6

Presentación de tema de relaciones humanas

Dirigido a niñas y adolescentes de la Organización Mi Especial Tesoro ubicada en Chimaltenango. Fecha el 27 de agosto del 2012

1. Objetivos

- ✓ Identificar que es relaciones humanas
- ✓ Valorar a las personas
- ✓ Definir que es persona correctamente

5. Contenido (Breve resumen)

Las Relaciones Humanas son las enderezadas a crear y mantener entre los individuos relaciones cordiales, vínculos amistosos, basados en ciertas reglas aceptadas por todos y, fundamentalmente, en el reconocimiento y respeto de la personalidad humana.

Las Relaciones Públicas por su parte, buscan insertar a la organización dentro de la comunidad, haciéndose comprender, tanto por sus públicos internos como externos, de sus objetivos y procedimientos a fin de crear vinculaciones provechosas para ambas partes mediante la concordancia de sus respectivos intereses.

Permiten aumentar el nivel de entendimiento, a través de una comunicación eficaz y considerando las diferencias individuales. Disminuyen los conflictos usando en entendimiento y respeto de las diferencias y puntos de vistas de los otros reduciendo las divergencias y conflictos. Crean un ambiente armonioso con la comunicación, generando relaciones satisfactorias que permiten a cada individuo lograr la satisfacción de sus necesidades y alcanzar la realización y la felicidad. Importancia de las Relaciones Humanas

Numerosas necesidades del hombre solo pueden ser satisfechas con otros, por otros y ante otros. Debido también, a que el hombre no es autosuficiente, preciso de los demás para obtener abrigo, alimento, protección. Para que una sociedad pueda funcionar, sus componentes deben interrelacionarse y concentrarse en las tareas para las que cada uno es más apto.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Se logró fortalecer la comunicación entre los estudiantes
- ✓ Se logró el apoyo mutuo en todas las actividades
- ✓ Se logró la puntualidad en todas las actividades a realizar

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Hizo falta mas tiempo para realizar con mas tranquilidad las actividades

4.3.3 Conclusiones

- ✓ Todas las actividades se llevaron acabo con excelencia
- ✓ La colaboración de todos los participantes en las actividades a realizar fue activa
- ✓ El apoyo de las catedráticas fue de colaboración en las actividades a realizar

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda llevar a cabo con regularidad estas actividades para el apoyo de la salud mental de los estudiantes.

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 esta 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 cuidado 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

III.1 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

III.2 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.

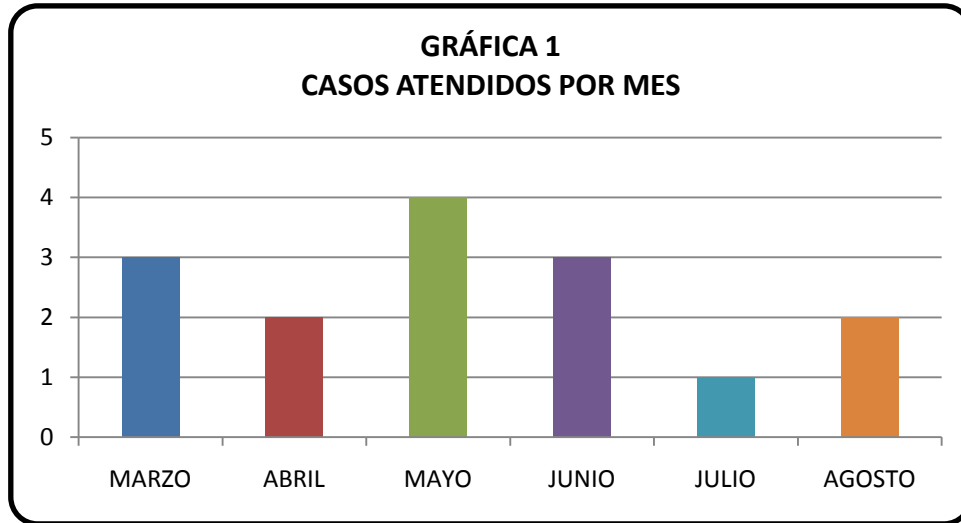
V. Programas (ver Anexos)

VI. Lecciones aprendidas

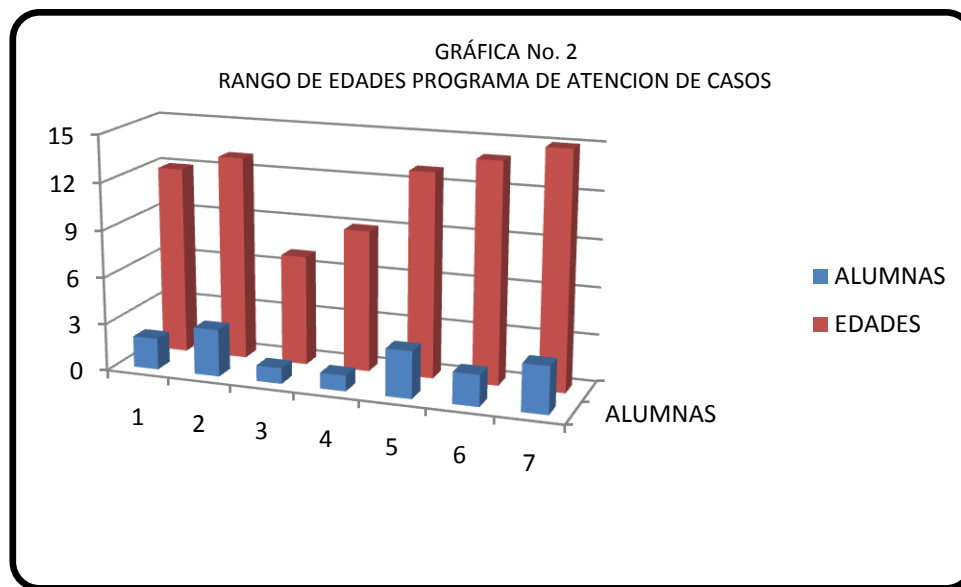
1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud 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

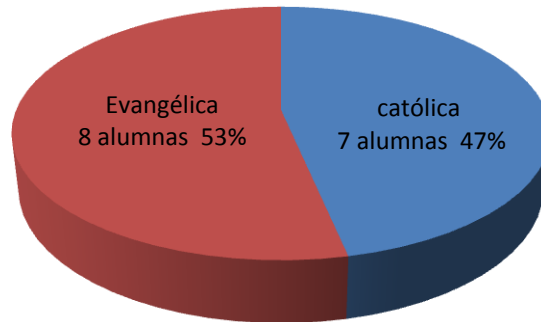


Fuente propia



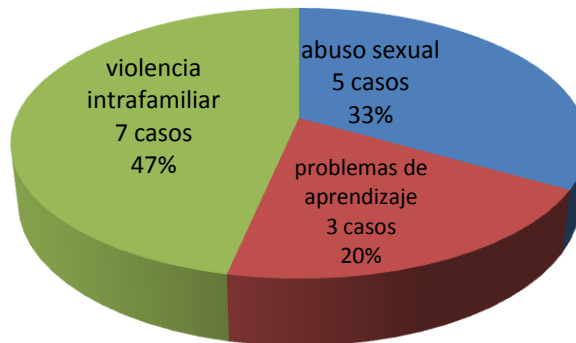
Fuente propia

Gráfica 3
Religión



Fuente propia

Gráfica 4
Principales problemas atendidos



Fuente propia

4.4.4 Anàlisis de datos

- ✓ En la gràfica 1 se observa que en el mes de mayo se atendieron mas casos y en el mes de junio un numero menor de casos.
- ✓ En la gràfica 2 se describen las edades de las niñas atendidas en el centro de pràctica.
- ✓ En la gràfica 3 se puede observar el número de niñas y adolescentes en las diferentes religiones católicas y cristiana.
- ✓ En la gràfica 4 se observa los principales problemas atendidos entre los cuales estan violencia intrafamiliar, abuso sexual y problemas de aprendizaje

Conclusiones

- ✓ Durante la práctica profesional Dirigida se atendieron diversos casos que padecían las niñas y adolescentes
- ✓ La psicoterapia debe aplicarse con diferentes técnicas al paciente para dar un mejor tratamiento
- ✓ El abuso sexual en niñas y adolescentes deja secuelas emocionales muy graves que deben ser atendidas por profesionales para evitar daños mayores.
- ✓ Los principales problemas atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida están violencia intrafamiliar, abuso sexual y problemas de aprendizaje entre otros
- ✓ La comunicación entre padres e hijos es indispensable para una buena relación en la sociedad.

Recomendaciones

- ✓ Los padres tienen la responsabilidad de fomentar la autoestima de sus hijos en la familia
- ✓ Los valores morales y espirituales deben enseñarse en la familia escuela etc.
- ✓ El amor a los hijos debe ser con respeto a su vida como ser humano
- ✓ Siempre se debe informar a los hijos sobre temas de sexualidad para que ellos aprendan a defenderse si alguien quiere abusar de ellos
- ✓ En la actualidad los padres deben hablar de sexualidad con sus hijos
- ✓ Todo el personal del centro de práctica debe recibir capacitaciones de cómo apoyar adecuadamente a las niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual.
- ✓ Que la universidad continúe, enviando estudiantes practicantes para que brinden apoyo psicológico, a la población que asiste a este centro.

Referencias

1. Masson. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR*. Editorial México
2. Barlow D. Y Durand. M.. Thomson *Psicología Anormal. Lerning*. “1a. edición México
3. Belloch A. , Sandín B.& Ramos *Manual de Psicopatología*, , F. McGraw Hill, primera edición, México
4. Kolb, L *Psiquiatría Clínica Moderna*. Prensa Médica Mexicana
5. De la Fuente Ramón. *La Patología Mental y su Terapéutica*. Fondo de Cultura Económico
6. Harry Stack Sullivan *La Entrevista Psiquiátrica*. Edit. Psique
7. José de Jesús González Nuñez *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno
8. Bellak y Small *Psicoterapia breve y de Emergencia*. Edit. Pax
9. Carl Rogers. *Terapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
10. Ellis, Albert. *Manual de la Terapia Racional Emotiva* .Volumen II Bilbao: Editorial Desclee .
11. Moreno Jacob. *El Psicodrama*. México. Ediciones Fondo de Cultura Económica

12. Craig, Grace. *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall
13. Dorch, F. *Diccionario de Psicología*. Herder
14. Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. *conductas problema en el niño anormal*. Editorial Trillas
15. Collins, Gary. *Consejería Cristiana efectiva*. Editorial Portavoz
16. M. Jacobs. *Esa Voz Interior*. Editorial Clie

Anexos

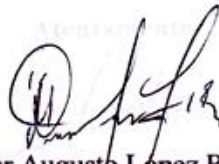
Anexo 1

Chimaltenango 27 de Agosto del 2012

Señora:
Licda Sonia Pappa
Supervisora de Práctica Dirigida.
Universidad Panamericana.
Licenciada Pappa


Por este medio hago constar: Que la alumna practicante Olga Azucena Andrade de Cutzal con el número de carné 0805554; cursante del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, sede Chimaltenango, realizó su práctica profesional dirigida desempeñando el cargo de Psicóloga en la Organización Mi Especial Tesoro, Chimaltenango, realizando un total de 350 horas de práctica, iniciando en el mes de marzo y culminándola a finales del mes de agosto del presente año.

Atentamente:



Cesar Augusto Lopez Reyes
Presidente y Representante Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro.



V. B. O.


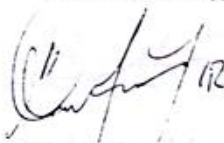
Anexo 2
Constancia de charlas

Organización Mi Especial Tesoro

Señora:
Licda. Sonia Pappa
Supervisora de Práctica Dirigida.
Universidad Panamericana.

Por este medio hago de su conocimiento que la practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Olga Azucena Andrade de Cutzal**. Realizo la charla sobre autoestima satisfactoriamente en el mes de abril del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente



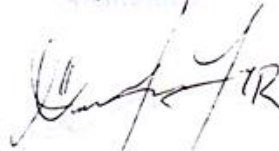
Cesar Augusto López Reyes
Presidente y Representante Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

Organización Mi Especial Tesoro

Señora:
Licda. Sonia Pappa
Supervisora de Práctica Dirigida.
Universidad Panamericana.

Por este medio hago de su conocimiento que la practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Olga Azucena Andrade de Cutzal**. Realizo la charla sobre el éxito satisfactoriamente en el mes de junio del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente



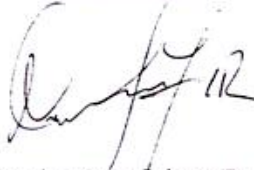
Cesar Augusto López Reyes
Presidente y Representante Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

Organización Mi Especial Tesoro

Señora:
Licda. Sonia Pappa
Supervisora de Práctica Dirigida.
Universidad Panamericana.

Por este medio hago de su conocimiento que la practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Olga Azucena Andrade de Cutzal**. Realizo la charla sobre el respeto satisfactoriamente en el mes de mayo del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente



Cesar Augusto López Reyes
Presidente y Representante Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro



Anexo 3
Formatos utilizados

Examen mental

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Ocupación _____

Fecha de aplicación _____

Edad _____

Estado civil _____

1 Aspecto general y conducta:

- a) Estado físico: sano enfermo
- b) Peso: muy delgado delgado normal gordo
- c) Vestido: adecuado inadecuado de acuerdo a su edad extravagante
- d) Presenta golpes o cicatrices: si no
En dónde? _____
- e) Higiene personal: limpio sucio

2 Actitud

Afable retraído hostil ansioso accesible evasivo autodespreciativo

3 Estado de conciencia

Alerta obnubilado confuso desconcertado

4 Estado de animo

Eufórico alegre exaltado decaído apático afecto plano

5 Actividad motora

Manerismos tics

6 Lenguaje

Circunstancialidad verborrea mutismo

7 Pensamientos

Idea suicida Ilusión ideas de referencia

8 Orientación espacial

9. Memoria

Reciente remota

10. Inteligencia

Conceptual juicio introspección

Historia clínica

Caso No.

III. Datos generales

Nombre:

Sexo:

Edad:

Religión:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil

IV. Motivo de consulta

V. Historia del problema actual

VI. Factores precipitantes

VII. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

VIII. Historia clínica y antecedentes personales

IX. Historia médica

X. Historia familiar

XI. Criterios diagnósticos

XI. Diagnóstico multiaxial

XII. Pronóstico

XIII. Plan terapéutico

Anexo 4
Actividades

Charla 1 autoestima

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Autoestima	3 minutos
Dinámica de la hoja de papel	Que es autoestima	5 minutos
Actividad de relajación	Que es el sentimiento valorativo de nuestro ser	10 minutos
Actividad con el espejo	Quien crea la autoestima	25 minutos
Actividad escribir aspectos positivos.	Características de autoestima positiva	5 minutos
Tiempo de preguntas	Acerca de la autoestima	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 2 el respeto

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	El respeto	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Cual es mi lugar	5 minutos
La papa caliente	Como es el respeto a uno mismo	10 minutos
Desarrollo del tema	El respeto	25 minutos
Contesta la siguientes preguntas	Con que se confunde el respeto	5 minutos
Tiempo de preguntas	El respeto	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 3 El éxito

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	El éxito	3 minutos
Dinámica	Quien soy	5 minutos
Escriba y defina que es éxito	Que éxitos tengo en mi vida	10 minutos
Desarrollo del tema	El éxito	25 minutos
Lluvia de ideas	Pasos para lograr el éxito	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 4 La comunicación

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La comunicación	3 minutos
Dinámica	Teléfono descompuesto	5 minutos
Cortar figuras	Como es la comunicación	10 minutos
Desarrollo del tema	La comunicación	25 minutos
Dibujar dos personas comunicándose	Comunicación efectiva	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de la comunicación	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 5 La responsabilidad

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La responsabilidad	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Carritos	5 minutos
Regar mi flor	Responsabilidad y cuidado	10 minutos
Desarrollo del tema	La responsabilidad	25 minutos
Lluvia de ideas	Responsabilidad personal	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de la responsabilidad	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 6 Relaciones humanas

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Relaciones humanas	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Narración de historia	5 minutos
Formar con rompecabezas	Una persona	10 minutos
Desarrollo del tema	Relaciones humanas	25 minutos
Definir que es relaciones humanas	Valor moral	5 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Anexo 5

Cronograma de actividades de 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	Verónica Inay y Yessica Archila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martínez, Doris Martínez, Glenda Solano 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	

VI. Anexos

“Programados para triunfar”

Agenda actividad I

Fecha: 06-10-12

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

Responsables: Glenda, Ingrid, Doris y Aracely

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 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.”

Programa de la 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 hora de laborar como psicólogo.	Angélica Juchuña. Sara Mux
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 mas adelante.	Angélica Juchuña. Sara Mux
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a si mismos para el autocuidado.	Angélica Juchuña. Sara Mux

Programa de Fogata

Actividad II

Responsables: Camila Mendoza

Janina Callejas

Nadia Awadallah

Felipe Yool

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.	Nadia Awadallah
2.	Charla motivacional	15 min.	Nadia Awadallah
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	Felipe Yool

Nombre: Película “Tan fuerte tan cerca”.

Hora: 10:00 – 11:30 P.M.

Responsables: Isa López, Jessica Mota.

Objetivo:

Promover la convivencia grupal de los estudiantes a través de la proyección de una película con el fin de fortalecer la amistad y el compañerismo ya existente.

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>	Proyección de la película “tan fuerte, tan cerca”	<ul style="list-style-type: none">-cañonera-computadora-bocinas-película

Actividad III “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 2,012

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	
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	Segundó 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









MINISTERIO CRISTIANO



“MI ESPECIAL TESORO”

MALAQUIAS 3: 17