

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



Bajo rendimiento escolar debido al maltrato infantil, detectado en niños que asisten a la Fundación Cristiana para niños, en San Juan Comalapa

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Angélica Verónica Juchuña Quina

Chimaltenango, julio 2013

Bajo rendimiento escolar debido al maltrato infantil, detectado en niños que asisten a la Fundación Cristiana para niños, en San Juan Comalapa

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Angélica Verónica Juchuña Quina (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, julio 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: Angélica Verónica Juchuña Quina
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 **Angélica Verónica Juchuña Quina** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana





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

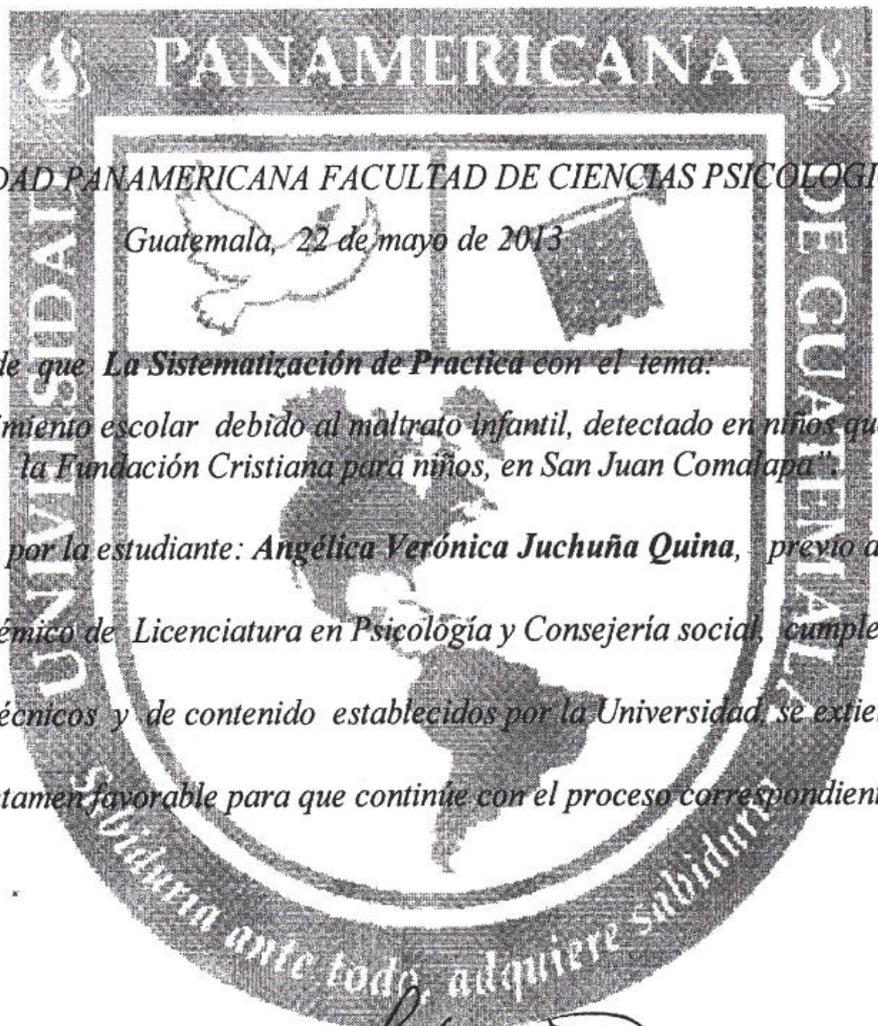
En virtud de la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida en la Fundación Cristiana para niños CFCA de San Juan Comalapa, Chimaltenango**, presentado por la estudiante.

Angélica Verónica Juchuña Quina

Quien se identifica con número de carné 0805561 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



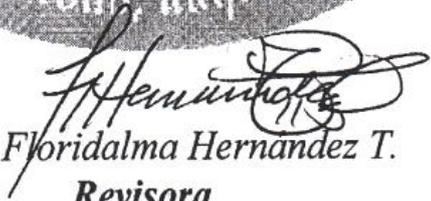
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,

Guatemala, 22 de mayo de 2013

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

“Bajo rendimiento escolar debido al maltrato infantil, detectado en niños que asisten a la Fundación Cristiana para niños, en San Juan Comalapa”.

Presentada por la estudiante: Angélica Verónica Juchuña Quina, 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.
Revisora

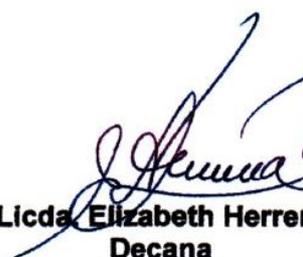


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"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 "**Bajo rendimiento escolar debido al maltrato infantil, detectado en niños que asisten a la Fundación Cristiana para niños, en San Juan Comalapa**", presentado por: **Angélica Verónica Juchuña Quina** 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	
Marco de referencia	1
Capítulo 2	
Referente teórico	4
Capítulo 3	
Referente metodológico	106
Capítulo 4	
Presentación de resultados	119
Conclusiones	146
Recomendaciones	147
Referencias	148
Anexos	150

Resumen

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer lo realizado en la fase de la práctica profesional dirigida, realizada en la Fundación Cristiana para niños de San Juan Comalapa. Durante el tiempo estipulado se trabajó en la atención de casos, los cuales presentaron diversos problemas.

Se dieron informes mensuales, conforme instructivo de la universidad, presentándolos a la coordinador para su respectivo visto bueno, así también se presentó una planificación general de las actividades a realizar.

Se hace una descripción de la institución, donde se realizó la práctica, su misión, visión y los objetivos. Los problemas más comunes que presentaron los pacientes son: maltrato infantil, violencia intrafamiliar, estrés, enuresis y depresión, cada caso se tuvo la oportunidad de atenderlo y estudiarlos para darle solución inmediata.

Se presentan los logros, las limitaciones y las conclusiones a que se llegó, dando a conocer los resultados cuantitativos presentados con gráficas.

Así también se presentan las capacitaciones que se dieron a grupos de personas con el objetivo primordial de ayudar para vivir mejor y tener buenas relaciones interpersonales con su familia y otras personas que están a su alrededor.

Se utilizaron temas de apoyo, haciendo un análisis de los mismos, entre ellos la psicopatología, los métodos de Psicodiagnóstico y las psicoterapias más utilizadas, los cuales se presentan en el referente teórico.

Introducción

El informe es una evidencia de lo que se realizó en la práctica profesional dirigida, previo a optar el título de Licenciatura en Psicológica y Consejería Social, la práctica se realizó en la Fundación Cristiana para niños del municipio de San Juan Comalapa.

Dicha fundación tiene la finalidad de extender su cobertura a los grupos poblacionales más postergados y ayudar a los niños y a los jóvenes en su desarrollo de vida, para cumplir con los criterios de solidaridad, subsidiariedad, equidad y calidad para una mejor educación, salud desarrollo de los apadrinados. Propiciando su desarrollo integral.

Se atendió a la población de dicho municipio niños, niñas, mujeres y hombres. La fundación entre sus objetivos principales tiene contemplado dar un servicio eficiente a la población de San Juan Comalapa.

Durante la práctica dirigida se atendieron varios casos uno de los casos más comunes que se da dentro de la fundación es el maltrato infantil, ya que la mayor parte de los niños y adolescentes manifiestan que sus padres están separados y tienen problemas familiares, todos estos problemas repercute en la vida diaria de los niños y adolescentes. Y por tal razón los niños y adolescentes no rinden en sus estudios a causa de los problemas de los padres.

Viendo todo lo sucedido se realizaron terapias de parejas, terapias de grupo, terapia individual. En este espacio de terapia individual la persona encuentra un respiro que le permite conocerse mejor y entender lo que necesita. Buscamos que descubra sus posibilidades y poder enfrentarse a los problemas cotidianos con mayor confianza y seguridad.

El objetivo logrado durante la práctica dirigida, se vio como los niños y adolescentes expresaban sus problemas sin miedo alguno. Y comentaban que la vida continúa a pesar de los problemas que tienen en sus hogares.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

El presente capítulo recopila a través de la información institucional una breve descripción de La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos, del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango, donde se realiza la práctica, profesional dirigida del 5to. Año de la carrera de psicología y consejería social, la cual fortaleció la experiencia y conocimientos en la aplicación de técnicas en la atención de casos.

1.1. Descripción de la institución

La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos es una fundación dedicada a la atención y apadrinamiento de niños, jóvenes y ancianos. También tiene como base el llamado del evangelio a servir a los pobres. Fue fundada en el año 1994, con un mínimo de beneficiarios, principalmente del área rural y urbana de escasos recursos. La mayor parte de beneficiarios inicia con niños y niñas, viendo la necesidad de que las personas de la tercera edad, eran desamparadas y poco atendidas, se empieza a involucrarlos y beneficiarlos. Así mismo los niños apadrinados fueron creciendo y por tal razón ahora la conforman jóvenes. Dicha Fundación tiene diferentes sedes en varios municipios del país, contando con una sede central en San Lucas Tolimán, Sololá. Durante estos años se han desarrollado diferentes metodologías, una es el involucrar a padres de familia en las diversas actividades, para el desarrollo integral.

1.2. Misión

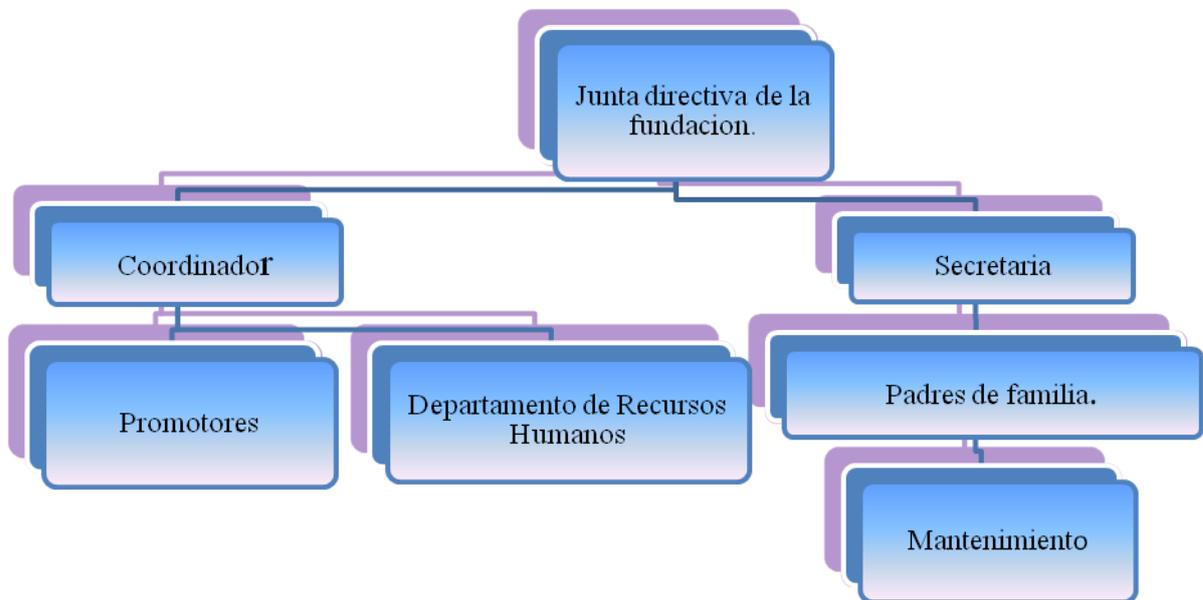
La Fundación Cristiana para Niños y Ancianos, es una organización laica sirviendo a los pobres, “A través del apadrinamiento de niños y ancianos, establecemos relaciones y respeto

mutuo y apoyo, al mismo tiempo concientizamos a nuestro país de las necesidades y donde de los pobres y también de la misión de entrega de la iglesia”.

1.3. Visión

“Crear una comunidad de compasión a través de un alcance personal”.

1.4. Organigrama de la Fundación Cristiana para Niños y Ancianos



1.5 Objetivo

Una relación de respeto mutuo entre cada padrino y persona apadrinada es central a la misión de CFCA. Relaciones de respeto mutuo requiere la aceptación de la igualdad de toda persona. La igualdad de la persona viene de si igualdad esencial y es reflejada en relaciones sin prejuicios de religión y otros que son multiculturales, reciprocas y de engrandecimiento.

1.6. Población que atiende

Niños, jóvenes, ancianos y padres de familia, de diversos municipios de Guatemala, especialmente comunidades indígenas.

1.6.1. Descripción de la población que atiende

Jóvenes y señoritas entre 12 a 25 años, niños de 3 a 11 años y ancianos de 55 años en adelante. Con una situación económica precaria. Especialmente del área rural de los municipios de Guatemala. Sin olvidar a las personas de escasos recursos del área urbana, ya que también se sufren las mismas condiciones.

1.7. Planteamiento del problema

Debido al bajo rendimiento escolar, debido al maltrato infantil detectado en niños que asisten a la Fundación Cristiana para niños y ancianos en San Juan Comalapa. Frecuentemente, provoca en los niños, inseguridad, timidez, bajo autoestima, etc. Por lo que es necesario darles un apoyo emocional a través de atención psicológica, tanto a ellos como a sus familias.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

A continuación se presenta la base teórica en la que se ha sustentado la práctica profesional dirigida, en la cual se fundamenta el informe final, se presenta el tema inicial investigado sobre bajo rendimiento escolar, debido al maltrato infantil; sin embargo actualmente ha despertado gran interés en la sociedad ayudar a los niños que sufren este tipo de maltrato por lo que se hizo necesario investigar más sobre ello. Así también se presentan temáticas importantes y básicas para la aplicación de los principios de las diferentes teorías terapéuticas.

2.1 Bajo rendimiento escolar debido al maltrato infantil

El bajo rendimiento escolar debido al maltrato infantil es un problema de carácter universal que se da constantemente en la sociedad. Los niños que sufren de maltrato infantil suelen mostrar desórdenes postraumáticos y emocionales. Muchos niños experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad.

Todos estos fenómenos del trato inadecuado hacia los niños influyen en el rendimiento escolar, son evidentes, tal es el caso de alteraciones de la salud e incluso la muerte. De estas consecuencias, se subrayan situaciones con base al análisis de sus efectos en el aspecto psicológico de los niños: su desarrollo y su aprendizaje escolar.

2.1.1 Maltrato infantil

Se define en general como maltrato físico a cualquier lesión física producida en el menor (hematomas, quemaduras, fracturas u otras lesiones) mediante piquetes, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios. En la definición del maltrato infantil es necesario resaltar el carácter intencional, nunca accidental, del desafío o

de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño con el propósito de lastimarlo o injurarlo. Un niño es considerado como maltratado cuando se trata de un menor de menos de 18 años cuya salud física o mental, o su seguridad se encuentran en peligro debido a acciones, omisiones o negligencia de la madre, el padre u otras personas responsables de su cuidado.

El maltrato infantil ocurre cuando un adulto causa o amenaza con producir daño en el plano físico, emocional, sexual, así como abandono o negligencia en los cuidados del niño o niña.

Niño maltratado es toda persona que se encuentran en el periodo de la vida comprendido en el nacimiento y el principio de la pubertad, que es objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con el niño.

No existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Sin embargo, lo más aceptado como definición “es todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de un maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico o un maltrato sexual”. Esta definición está en concordancia con la existente en el manual de psiquiatría DSM-IV TR.

Son diversas las definiciones que se han acuñado en torno al maltrato infantil o con relación a los menores maltratados: así, se encuentran las dadas por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, o bien las expresadas por investigadores individuales o grupos de investigación.

2.1.2 Antecedentes del maltrato

El maltrato a los niños/as es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos, sin embargo es en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño, cuando se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas. La investigación norteamericana sitúa el comienzo de la sensibilización mundial cuando investigadores como Kempe, Silverman, Steele, y otros, en 1962 etiquetaron el llamado Síndrome del niño maltratado.

Un factor que ha contribuido al maltrato de los infantes es considerar que son adultos en miniatura para insertarlo al trabajo laboral a temprana edad, esto ocurre en nuestro país como en otros países pobres.

La violencia ejercida sobre los menores existe desde los albores de la historia humana, y la ideología tradicional los ha considerado como una propiedad más de los adultos (Wolfe, 1987) o como un adulto en miniatura sometido a las exigencias de producción económica, como ocurre en nuestro país y, en general, en los países de bajo recursos. "Lo que ha contribuido a ocultar tal maltrato. Por lo común, cuando el tema es abordado, se despiertan respuestas emocionales, lo que impide un análisis científico comprometido de sus componentes psicosociales para contribuir a su prevención y erradicación". El abordaje científico del maltrato físico y de la negligencia se inicia en el mundo anglosajón con la descripción del llamado "síndrome del niño/a maltratado", descrito ampliamente por Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver (1962). A partir de entonces. Se ha delineado progresivamente la dinámica de la violencia familiar ejercida sobre el niño/a, originándose una gran cantidad de trabajos sobre este tema en diversos países del mundo.

El maltrato a los niños es un mal tan antiguo como la humanidad misma. Un ejemplo bíblico, esta vez extraído del nuevo testamento, es la matanza ordenada por Herodes a todo niño menor de dos años que había en Belén y todos sus alrededores.

Otras civilizaciones cometían atrocidades contra los niños como medida de control de la población tal es el caso de los chinos que tenían como límite tres hijos y arrojaban el cuarto a los animales salvajes.

En la actualidad, siguen sucediendo numerosos casos en los niños que son sometidos a todo tipo de vejaciones, ejemplo de esto, es lo que acontece hoy día en Etiopia, donde los pies y piernas de algunos niños son deformados con el fin de que puedan mendigar con mayor éxito.

Durante la época del dictador Rafael Leonidas Trujillo, se cometieron brutales sucesos como la Matanza de los haitianos de 1937, según refiere Luis F. Mejía, citado por Juan ML. García (1983), 15,000 personas entre hombres, mujeres y niños fueron asesinados clavándoles la bayoneta en el corazón. Los niños, por su parte, eran lanzados contra los árboles, siendo en general perseguidos las niñas con la misma crueldad que las mujeres y los hombres.

La primera acción legal en defensa del niño abusado se llevó a cabo en 1874 en la ciudad de Nueva York, invocando la ley que ya existía sobre la protección de los animales. La niña Mary Ellen, de solo cuatro años pudo recibir ayuda para librarse de sus padres adoptivos que la golpeaban constantemente porque el tribunal determinó que formaba parte del reino animal (Marcovich, 1978).

Luego en el 1971, surgió El Síndrome del Niño Golpeado, que se refiere al maltrato físico, que fue estudiado en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, por el Dr. D. Kempe, pero ya el Dr. Tardieu, catedrático de la Universidad de París lo había mencionado por primera vez en 1968, basado en sus estudios de autopsias de 32 niños que fueron golpeados hasta la muerte (Kempe H., 1979).

Entre los años 1968 y 1970, se comienza un extenso movimiento de concientización y el estudio de los maltratos contra los niños de Estados Unidos que culmina con leyes que sancionan este delito en muchos estados de esa nación y la creación de programas comunitarios preventivos con amplio financiamiento estatal. Se desarrollan estos programas en los Estados Unidos, Europa pero su difusión en otros países de América, África y Asia se debe en gran parte, a la efectiva labor de la "Sociedad Internacional

2.1.3 Clasificación del maltrato infantil

1. El maltrato físico. Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionados por adultos (padres, tutores, maestros, entre otros; que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas, entre otros.

2. La negligencia o abandono. La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

3. El maltrato emocional. Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas

comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño, éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales.

4. El maltrato sexual. Es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima.

Las formas más comunes de maltrato sexual son: el incesto, la violación, la vejación y la explotación sexual. También incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño y la exposición de órganos sexuales a un niño.

El maltratador habitualmente es un hombre (padre, padrastro, otro familiar, compañero sentimental de la madre u otro varón conocido de la familia). Raramente es la madre, cuidadora u otra mujer conocida por el niño.

- a. Maltrato emocional o psicológico: Es una de las formas más sutiles pero también más existentes de maltrato infantil. Son niños o niñas habitualmente ridiculizados, insultados regañados o menospreciados. Se les somete a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia. Se les permite o tolera uso de drogas o el abuso de alcohol. Si bien la ley no define el maltrato psíquico, se entiende como tal acción que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones suficiente para afectar la dignidad, alterar su bienestar e incluso perjudicar su salud. Actos de privación de la libertad como encerrar a su hijo o atarlo a una cama, no solo pueden generar daño físico, sino seguro afecciones psicológicas severas. Lo mismo ocurre cuando se amenaza o intimida permanente al niño, alterando su salud psíquica.

2.1.4 Lugar y modo en que se presenta el maltrato al niño

En el hogar, la mayoría de los casos de maltrato infantil ocurren dentro de la familia. Cuando la familia tiene vínculos estrechos con otro pariente, tales como los abuelos, la condición de un niño puede salir a la luz por la intervención de estos.

La posibilidad de encontrarse con una relación de maltrato. El abuso sexual y el maltrato físico se revelan al médico general o al pediatra. El maltrato emocional rara vez se presenta de este modo, en gran medida porque surge la duda acerca de la persona apropiada en quien puede confiar un pariente.

Aquellos profesionales que visitan familias, tales como trabajadores de salud y trabajadores sociales, pueden llegar a sospechar el maltrato infantil, pero rara vez son elegidos para confiarles tal revelación. Esto se debe con frecuencia, a que visitan hogares a partir de que surgen preocupaciones iniciales sobre las aptitudes del padre dentro de la familia. Tales padres muchas veces provienen de hogares en los que se abusó de ellos; ven a los especialistas como adversarios más que como apoyo, ya que a sus colegas los recuerdan en asociación con las tensiones de su propia infancia.

En la clínica o guardería. Los niños de menos de cuatro o cinco años de edad con frecuencia a revisiones físicas y de crecimiento. Cuando se les cría en un entorno de creencias, es posible que desde época temprana se les coloque en una guardería. La cuidadosa observación de estos niños puede llevar a la detección de maltrato infantil, pero nunca resulta fácil decidir cuándo el desarrollo de un niño se ve comprometido como consecuencia del maltrato. Cuando las lesiones no accidentales están presentes, resulta menos difícil, pero dichos casos constituyen una minoría.

En la escuela. El abuso contra escolar origina considerables problemas para el reconocimiento del maltrato. Los niños con mayores riesgos vienen de familias en las que aquellas que sustentan la autoridad son considerados sospechosos. Los maestros dedican mucho de su tiempo y sus habilidades en ganar la confianza del alumno y esto requieren hacer amistad con ellos. Mientras mayores son los niños, estos se toman más reservados acerca de sus cuerpos, de ahí que la enfermedad escolar y el oficial médico de la escuela que tengan una importante responsabilidad en el reconocimiento de la evidencia física del maltrato.

Aunque los maestros son los primeros en sospechar del abuso, nunca resulta fácil observar lesiones físicas cuando los niños se mudan de ropa. El comportamiento de los menores sin embargo, sigue patrones relacionados con la edad y con los que el maestro está familiarizado. El comportamiento anormal o divergente puede ser síntoma más importante del maltrato infantil y el maestro es el profesional mejor ubicado para sospechar de este.

Otro tipo de maltrato infantil es el llamado **Síndrome de Münchausen** que, consiste en inventar una enfermedad en el niño o producirla por la administración de sustancias y medicamentos no prescritos.

Generalmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de 3 años). Los signos y síntomas aparecen solamente en presencia de la madre (habitualmente el perpetrador del maltrato), son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico. Este síndrome presenta una mortalidad entre 10-20%, y su impacto a largo plazo puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales y conductuales.

Además se debe incluir el maltrato prenatal, definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativos y patológicamente en el embarazo, parto y repercuten en el feto. Tales como: rechazo del embarazo, falta de control y seguimiento médico del embarazo, negligencia personal en la alimentación e higiene, medicaciones excesivas o no prescritas, consumo de alcohol, drogas y tabaco, exposición a radiaciones, y otras.

En los últimos tiempos se habla de maltrato institucional, que consiste en cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño.

Cada uno de estos tipos de maltrato infantil presentan indicadores físicos y conductuales en el menor maltratado, así como indicadores conductuales y actitudes del maltratador, lo cual ayuda en su diagnóstico.

2.1.5 Indicadores del maltrato infantil

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de

atención es a lo que llamamos indicadores, ya que nos pueden indicar una situación de riesgo o de maltrato. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos por si solos no son suficientes para demostrar la existencia del maltrato sino que además debemos considerar la frecuencia de las manifestaciones, como, donde y con quien se produce. Esos indicadores no siempre presentan evidencias físicas sino que pueden ser también conductas difíciles de interpretar.

Algunos de los indicadores, entre otros que se pueden dar son:

En el niño:

- Señales físicas repetidas (moratones, quemaduras, mordeduras).
- Niños que están sucios, malolientes, con ropas inadecuadas, etc.
- Cansancio o apatía permanente (se suelen dormir en las aulas). Conductas agresivas y rabietas severas y persistentes.
- Relaciones hostiles y distantes.
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso).
- Conducta sexual explícita, juegos y conocimientos inapropiados para su edad.
- Conducta de masturbación en público.
- Niño que evita ir a la casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patios o alrededores).
- Tiene pocos amigos en la escuela.
- Muestra poco interés y motivación por las tareas escolares.
- Después del fin de semana vuelve peor al colegio (triste, sucio).
- Presenta dolores frecuentes sin causa aparente.
- Problemas alimenticios (niño muy glotón o con pérdida del apetito).
- Falta a la clase de forma reiterada sin justificación.
- Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual.
- Presenta conductas antisociales: fugas, vandalismo, pequeños hurtos entre otras.
- Intento de suicidio y sintomatología depresiva.
- Regresiones conductuales (conductas muy infantiles para su edad).
- Relaciones entre niños y adultos secretos, reservados y excluyentes.

- Falta de cuidados médicos básicos.

Entre los padres:

- No parecen preocuparse por el niño.
- No acuden nunca a las citas y reuniones del colegio.
- Desprecian y desvalorizan al niño en público.
- Sienten a sus hijos una propiedad (puedo hacer con mi hijo lo que quiera porque es mio).
- Expresan dificultades en su matrimonio.
- Recogen y llevan al niño al colegio sin permitir contactos sociales.
- La escasa relación personal
- Los padres siempre están fuera de la casa (nunca tienen tiempo para...).
- Compensan con bienes materiales afectivos que mantienen con sus hijos.
- Abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas).
- Trato desigual entre los hermanos.
- No justifican las ausencias en clases de sus hijos.
- Justifican la disciplina regida y autoritaria.
- Ven al niño como malvado.
- Ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen Explicación.
- Habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño.
- Son celosos y protegen desmesuradamente al niño.

El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores. Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que señalamos a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y maltrato entre sus posibles causas:

- Las ausencias reiteradas a clase.
- El bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración.

- La depresión constante y la presencia de conductas autoagresivas o ideas suicidas.
- La docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos.
- La búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente
- Las actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuadas para la edad.

2.1.6 Causas del maltrato infantil

"Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social (Wolock y Horowitz, 1984); el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación a los menores a su cargo (Larrance, 1983); el modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres (Polansky, 1985); el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil (Crittender, 1993); y por último el modelo de afrontamiento del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias (Hilson y Kuiper, 1994)".

En la actualidad el modelo etiopatogénico que mejor explica el maltrato infantil, es el modelo integral del maltrato infantil. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este modelo factores compensatorios que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros.

La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil. Entre los factores

compensatorios se señalan: armonía marital, planificación familiar, satisfacción personal, escasos sucesos vitales estresantes, intervenciones terapéuticas familiares, apego materno/paterno al hijo, apoyo social, buena condición financiera, acceso a programas sanitarios adecuados, etc. Entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de maltrato, disarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padre no biológico, madre no protectora, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, etc.

Un niño puede estar sufriendo malos tratos cuando se dan estas circunstancias:

- Cambios repentinos en su conducta habitual.
- Problemas físicos que no reciben atención de sus padres.
- Se muestra ansioso y expectante como si algo malo fuera a pasar.
- Absentismo escolar injustificado.
- La familia se interesa poco por el proceso escolar del hijo y no acude al colegio
Cuando se le llama.
- Los padres niegan que el niño tenga problemas y a la vez lo desprecian por su conducta.
- La familia exige al niño metas inalcanzables para su capacidad. - Los padres o adultos a su cargo le ridiculizan frecuentemente los niños no miran a la cara a la gente o hablan mal de casi todo el mundo.

El maltrato al niño es más común en las familias que sufren estrés. La pobreza aumenta la probabilidad del maltrato, sobre todo si la familia no cuenta con otra fuente de apoyo social (amigos, parientes, servicios comunitarios). He aquí otros factores capaces de aumentar la probabilidad del maltrato y del abandono: baja escolaridad de los padres,

desempleo, maltrato de sustancias, condiciones de apiñamiento y de vivienda pobre, problemas conyugales y otros factores que pueden ocasionarle gran estrés a la familia.

2.1.7 Consecuencias

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el maltrato físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia, severidad y cronicidad de estas secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.
- Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales.
- El uso o no de la violencia física.
- Relación del niño con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. Así como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicósomáticos.

En escolares y adolescentes se encuentran: fugas del hogar, conductas auto lesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal.

2.1.8 El maltrato infantil y el rendimiento escolar

El rendimiento escolar se define como el nivel de conocimiento de un alumno medido en una prueba de evaluación de resultados de aprendizaje. Intervienen además del nivel intelectual, variables de personalidad (extroversión, introversión, ansiedad) y motivacionales, cuya

relación con el resultado de aprendizaje. no siempre es lineal, sino que esta modulada por factores como nivel de escolaridad, sexo, aptitud. (Cortez Bohigas, Ma del Mar. Diccionario de las Ciencias de La Educación.)

Este nivel de comprensión se mide expresado en una nota numérica que obtiene un alumno como resultado de una evaluación que mide el producto del proceso enseñanza aprendizaje en el que participa (Oscar Retana Bonilla)

El rendimiento escolar es alcanzar la máxima eficiencia en el nivel educativo donde el alumno puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimentales.

Se diagnostica trastorno del aprendizaje cuando el rendimiento académico del individuo ya sea en lectura, calculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, los problemas de aprendizaje interfieren significativamente en el rendimiento o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, calculo o escritura; de aquí que relacionamos como afectan el maltrato ya sea físico o psicológico en la vida escolar del niño o niña en su proceso de adquisición de conocimientos.

Una de las características más notables de los desórdenes emocionales en los niños es su variabilidad, la cual se refleja en el amplio rango de problemas de conducta, emocionales y de relaciones sociales.

En niños atendidos en grupos diferenciales diagnosticados dentro de la categoría "problemas de aprendizaje" entendida como retraso en el rendimiento escolar que no reúne requisitos para constituir un "trastorno", pero que puede darse coherentemente con este, un 40,1% de los niños se asignó al subgrupo "perturbaciones emocionales" (Bermeosolo y Pinto 1996). No es raro que un niño o un adolescente respondan con frecuencia a los criterios de más de un trastorno y que en él se sumen una serie de factores de riesgo. Asimismo, se pueden distinguir varias subcategorías dentro de cada uno de estos trastornos:

- a) Retraso mental: Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior, con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa).

- b) Trastornos del aprendizaje: estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad.
- c) Trastorno de las habilidades motoras: incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizada por una coordinación motora que se sitúa circunstancialmente por debajo de lo esperado dadas las edades cronológicas del sujeto y la medición de la inteligencia.
- d) Trastorno de la comunicación: estos trastornos se caracterizan por deficiencia del habla o el lenguaje.
- e) Trastorno generalizados del desarrollo: estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.
- f) Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador: este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. También se incluyen en este apartado: el trastorno disocial se caracterizan por un patrón de comportamiento que violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el trastorno negativista desafiante se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye dos categorías no específicas; trastornos con déficit de atención con hiperactividad no especificada y trastorno del comportamiento perturbador no especificado.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y la niñez: estos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos.

- g) Trastornos de Tics: estos se caracterizan por tics vocales o motores. El trastorno de ansiedad: es uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional. Cuando se habla de trastornos de ansiedad, es para referirse a trastornos psíquicos que implican niveles excesivos de emociones negativas tales como nerviosismo, tensión, preocupación, temor y ansiedad.

Numerosos factores impiden el desarrollo de adecuadas relaciones sociales en los estudiantes con problemas de aprendizaje: déficit en el procesamiento de la información, inmadurez, distracción, hiperactividad, baja autoestima, dificultad para expresar los sentimientos, sumados al aislamiento y al rechazo que sufren tanto de sus compañeros de curso como de sus profesores por su bajo rendimiento. Generalmente este rechazo social ocurre en todos los años de enseñanza, lo que afecta sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida.

Los factores de riesgo del estudiante incluyen déficit cognitivos, del lenguaje, atención frágil, escasas habilidades sociales, problemas emocionales y conductuales. Los factores de riesgo de la escuela se refieren a aquellas características, circunstancias específicas ligadas a los docentes y administrativos como los prejuicios y las bajas expectativas de rendimiento, la inhabilidad para modificar el currículo, la falta de recursos y la carencia de estrategias de enseñanza adecuadas, la estructura, el clima organizacional y los valores del sistema escolar.

La conducta descriptiva que el estudiante presente puede variar considerablemente de acuerdo a la naturaleza del problema que lo afecte, al tamaño del curso, a la materia que se esté enseñando y al tipo de escuela.

2.1.9 Dificultades de aprendizaje

Las dificultades de aprendizaje se clasifican en Problemas Generales de Aprendizaje y Trastornos Específicos de Aprendizaje.

Problemas generales de aprendizaje:

- I. Se manifiesta un retardo general de todo el proceso de aprendizaje, observándose lentitud, desinterés, deficiencia en la atención y concentración, afectando el rendimiento global. Estas características se presentan en niños con un desarrollo

normal y con inmadurez en el área cognitiva o verbal, lo que provocaría una lentitud para aprender.

También es posible ver estas manifestaciones en niños con retardo mental, dificultades auditivas severas y alteración en la psicomotricidad. Alumnos de Aprendizaje Lento. Son alumnos que presentan dificultades para seguir un ritmo de aprendizaje normal, por presentar problemas a nivel de memoria, junto con una menor capacidad de atención a estímulos verbales y de expresión, y dificultades para evocar y recuperar la información aprendida.

Estos alumnos no estarían en la categoría de retardo mental, ni tampoco presentarían un TEA, ni alteraciones en su desarrollo sensorial o afectivo. Este grupo está constituido por niños con un desarrollo más lento y con un ritmo crónico de aprendizaje más bajo que el resto de sus compañeros, Bravo 1994.

Caracterización educacional de los niños de Aprendizaje Lento. (Bravo, 1994)

1. Lentitud para procesar la información escolar y para seguir el ritmo de aprendizaje del resto de sus compañeros.
2. Inadecuación entre el nivel de desarrollo de sus estructuras cognitivas y el grado de complejidad de los contenidos escolares.
3. Baja motivación para aprender, acompañada de una baja autoestima.
4. Inadecuación entre sus habilidades psicolingüísticas y el lenguaje utilizado por el profesor.

En cada etapa, el sistema viejo se hace parte del nuevo, tal como el entendimiento correcto del mundo de los niños se mueve parte de los datos originales que el pensamiento operacional formal.

2.1.10 Desarrollo de las competencias emocionales en la escuela

Los alumnos que poseen trastornos de exteriorización, como desórdenes de la conducta, los cuales incluyen a menudo dificultades para manejar la rabia, la irritabilidad y una falta de afiliación con otras personas, y aquellos con trastornos de interiorización, particularmente depresión y ansiedad, presentan déficit en la inhibición de la agresión y un exceso de focalización interna de la tristeza y/o de la culpa, como muestra de sus dificultades para

regular sus emociones. Estos alumnos generalmente muestran un uso inadecuado o disfuncional de sus habilidades emocionales.

La competencia emocional y social es la habilidad para comprender, manejar y expresar los aspectos emocionales de nuestra propia vida de tal manera que seamos capaces de manejar las tareas cotidianas como el aprender, el establecer relaciones interpersonales y sociales, resolver los problemas de cada día y adaptarnos a las complejas demandas del crecimiento y del desarrollo. Incluye varios aspectos tanto de la comprensión y de la expresión emocional como del manejo de la experiencia emocional interna y de la conducta expresiva.

La competencia en la expresión emocional incluye el uso apropiado y correcto de la expresión facial. La competencia en el aprecio emocional incluye el reconocimiento y la comprensión tanto de la expresión corporal como de la experiencia emocional interna y la de los demás y una correcta apreciación de aspectos emocionales relevantes en el contexto social.

Los alumnos que poseen una alta competencia emocional conocen tanto sus emociones como las de los demás; las expresan en forma adecuada y pueden controlarlas durante sus actividades cognitivas y sociales de manera tal que les facilitan la ejecución de dichas actividades. Por lo tanto, la fortaleza y la debilidad en competencia emocional en los estudiantes pueden predecir su éxito en las interacciones sociales y en otros ámbitos tales como el rendimiento escolar, particularmente cuando las circunstancias requieren el manejo de las emociones y/o adecuadas relaciones sociales. Muchos investigadores actualmente creen que para contar con el rendimiento cognitivo en su total potencial es necesario considerar conjuntamente los aspectos emocionales, motivacionales y evolutivas del pensamiento.

Las alteraciones en las habilidades sociales, inseparables del desarrollo emocional, afectan la conducta y el aprendizaje en la escuela, lo que se traduce en bajo rendimiento y riesgo de fracaso y de deserción. Cada vez se otorga mayor importancia a una gestión eficaz a través del sistema educacional para que se produzca el éxito académico y social del estudiante, considerando que el buen rendimiento es un factor fundamental en la permanencia de los alumnos en la escuela.

La naturaleza del trabajo académico es fundamental en el proceso de escolarización e incluye tanto el diseño de la instrucción como el contenido del currículo. Una instrucción pobremente diseñada puede reforzar ciclos de fracaso en alumnos que necesitan especialmente de

enseñanzas bien estructuradas, e instrucciones explícitas y certeras para poder tener éxito en el aprendizaje. Dentro de este grupo están incluidos los alumnos con una historia escolar de bajo rendimiento, y aquellos con problemas para aprender por déficit en la memoria inmediata, lenguaje, atención, alteraciones emocionales, conductuales, etc.

Dado que la relaciones interpersonales y sociales positivas son un factor importante para la permanencia de los estudiantes en la escuela, aunque tengan dificultades en sus vidas, hace necesario que tanto docentes como alumnos aprendan a convivir en la comunidad educativa, tanto con aquellos con éxito social y académico como con los que presentan problemas en su rendimiento y en sus relaciones interpersonales y sociales.

La debilidad en la competencia emocional es en parte responsable de la intolerancia, la discriminación y la falta de apoyo que afecta a muchos estudiantes en la escuela. Cada vez con mayor frecuencia se observan en algunos estudiantes signos claros de alteraciones emocionales provocados por las exigencias de la vida cotidiana.

En la escuela la conducta agresiva emerge de manera sorprendente, tanto por su complejidad como por su heterogeneidad, ya que aún bajo tratamiento, los niños y adolescentes con alteraciones emocionales no experimentan el mismo patrón o intensidad de la sintomatología; las reacciones pueden variar en cuanto a la duración, persistencia y fluctuación a lo largo del tiempo.

Los docentes aprenden a conocer sus emociones como las de los demás, cuando conocen sus emociones las expresan en forma adecuada y pueden controlarlas durante las actividades cognitivas y sociales de modo que las favorezcan y pueden constituir una gran ayuda para la convivencia satisfactoria en la institución escolar.

2.1.11 Criterios de exclusión en los casos de trastornos de aprendizaje

Otra cuestión que suele ser motivo de preocupación con respecto a la definición de los trastornos del aprendizaje está relacionada con la exclusión de aquellos niños cuyos problemas de aprendizaje se deben fundamentalmente a ciertas discapacidades sensoriales y motoras, alteraciones emocionales o una situación de desventaja sociocultural.

El grado de discapacidad necesario para dicha exclusión es discutible. Así mismo, no siempre resulta fácil determinar cuál es el trastorno primario. Así pues, con relación a los problemas de aprendizaje las alteraciones emocionales pueden ser trastornos primarios o secundarios. Se ha prestado especial interés a la exclusión de niños que se encuentran en un entorno ambiental desfavorable.

Lógicamente, puede considerarse que estos niños están discapacitados para el aprendizaje siempre y cuando los déficit en los procesos psicológicos sean el trastorno primario. No obstante, esta distinción es difícil de establecer y, por tanto, es difícil distinguir entre algunos casos de TA y la existencia de un rendimiento insuficiente debido a otro tipo de causas, como por ejemplo la falta de motivación.

2.2 Psicopatología

Se conoce como psicopatología a la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual. La psicopatología, en psicología, estudia los problemas de la conducta, conciencia y comunicación, considerados como procesos patológicos de la vida psíquica. Es también denominada psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas.

El término psicopatología puede ser usado en dos sentidos:

Etimológicamente *psique*: alma o razón. *Patho*: enfermedad, *logia*: o *logos*, que significa cátedra o ciencia.

1.- Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como enfermedades o trastornos mentales.

2.- Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma, precursor o perteneciente a una enfermedad o trastorno.

2.2.1 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 domino 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 y los *cos*, 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 cuasi divino) 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 siglo 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 demonológicas 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. A fines del S. XVII se produjo 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 enfatiza el papel de la herencia y la degeneración hereditaria en el origen de las neurosis.

Charles Féré 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 nacional, 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 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, debió ser considerada como una ciencia social.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

Existen explicaciones sistematizadas acerca de lo que es normalidad y anormalidad que refleja las distintas orientaciones en el marco de las cuales se producen. La posibilidad de que la normalidad y anormalidad pueden describirse por medio de un modelo sociocultural, resulta una sugerencia proveniente de la antropología y poco familiar en el marco de la psicopatología. Esta perspectiva visualiza los conceptos de normalidad y anormalidad como relativas, variantes de sociedad a sociedad, pues siempre se vinculan al contexto y si bien se consideran generales en el sentido de estar presentes en todo colectivo, son conceptos no universales, ya que se moldean en función de los valores de cada cultura en particular.

Aunque el modelo sociocultural de la normalidad y anormalidad no es una herramienta de evaluaciones o de diagnóstico formal, como lo son el modelo estadístico y clínicos, sirve para recordar que la conducta es siempre una función parcial del contexto en el que se desarrolla. El modelo legal se centra fundamentalmente en la explicación de la anormalidad, Fue elaborado desde la normatividad jurídica que gobierna a los estados. Se originó debido a la necesidad social de un mecanismo de definición consensual del trastorno mental, sobre todo en aquellos casos en que ante las cortes se realizaban juicios de casos criminales. Sin

embargo, ninguna de las definiciones de este criterio ha resultado adecuada para solucionar la amplitud de la problemática que se presenta al partir justicia al criminal que presenta algún trastorno mental. Desde este modelo la normalidad se ancla a lo permitido, legal y desaprobado.

El modelo ideal, considera que la normalidad es un estado de salud mental positivo, de funcionamiento individual y social efectivo, y no simplemente la ausencia de enfermedad mental, Este modelo señala para la normalidad lo que utópicamente debería de ser, lo perfecto, lo completo, lo óptimo, mientras que para la anormalidad deja lo no deseable, lo imperfecto, lo incompleto, lo peor. Por situarse en dos extremos excluyentes este modelo se considera impreciso al no evaluar una amplia gama de estados que se producen entre los dos polos de oposición.

El modelo estadístico encara los conceptos de normalidad u anormalidad en términos cuantificables que pueden expresarse numéricamente, la conducta de una persona se enmarca en una serie de puntuaciones y de pruebas psicológicas, las cuales revelan un rango promedio, de la puntuación alcanzada, el sujeto es evaluado y se observa si su conducta es normal o anormal. Los aspectos más sólidos e importantes del modelo estadístico, según sus adeptos, es que permite llegar a juicios similares acerca de la normalidad y anormalidad de una persona o grupo, aun en el caso de que partan de diferentes posiciones teóricas.

Se valoriza la confiabilidad consistencia y precisión exactitud en la medición y se define bajo la calificación de normal, lo que realiza la mayoría de las personas, la media, lo común, lo cercana lo frecuente, reservando para la anormalidad lo extraño lo raro desviado, extremo y lo poco frecuente.

El modelo clínico es una expresión mixta de los modelos ideal u estadística cuya especialización se ha desarrollado en el terreno de diferentes disciplinas que estudian la salud mental. Este modelo contempla las capacidades individuales dentro del contexto social y remoto aspecto funcionales de la conducta que derriban en una forma concreta para diagnosticar lo normal o anormal.

En ese modelo la normalidad se asocia con lo funcional, la adaptación, el equilibrio, dejando a la anormalidad la disfuncional el desequilibrio y la desadaptación, estados que no pueden cohabitar para que la situación sea definida en el marco de la normalidad.

El modelo médico es uno de los más fuertes en la explicación de la normalidad y anormalidad, sobre todo en el campo de la salud mental, la piedra angular es considerar a la normalidad como un estado de salud y equiparar a la anormalidad con un estado de enfermedad. Este modelo que deriva sus conceptos de la biología que pone énfasis en correlatos fisiológicos, estímulos la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos de diagnosticar.

Estos esfuerzos en particular orientaron cambios en las representaciones tradicionales construidas en torno a la reputación de las ocupaciones relacionadas con la salud mental. Estos cambios permitieron ampliar los criterios para la definición de las profesionales en este marco y de esta la especialización pone fin a un ciclo de prácticas que atribuía los empleos de hospitales psiquiátricos a aquellos que no encontraban ocupación en ningún otro lugar.

No obstante, algunos críticos desaprueban el modelo médico por considerar que es el responsable del sistema de diagnóstico “oficial” que se practica actualmente y que encontramos resumido en el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales (última versión, DSMIV-R).

2.2.3 Trastornos de estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son una categoría de problemas de salud mental que incluyen todos los tipos de depresión y de trastorno bipolar. También reciben el nombre de trastornos afectivos. Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan o exhiben los mismos síntomas que los adultos.

Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre son capaces de expresar cómo se sienten. Hoy en día, los médicos e investigadores creen que los trastornos del estado de ánimo en los niños y adolescentes siguen siendo uno de los problemas de la salud mental que se diagnostica con menos frecuencia. Los trastornos del estado de ánimo en los niños los pone en riesgo de sufrir otros trastornos (más a menudo trastornos de ansiedad, comportamiento perturbador y trastornos de abuso de sustancias) que pueden persistir mucho después de haber solucionado los episodios de depresión iniciales.

I. La depresión en la infancia

El término "depresión" hace alusión a tres conceptos relacionados: un síntoma, un síndrome y un trastorno. Por un lado, el término "depresión" hace alusión a un síntoma, la tristeza o el estado de ánimo deprimido, y como tal está presente en la mayor parte de los trastornos psicopatológicos y en otras condiciones médicas. De hecho, el sentirse triste o "deprimido" es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos y los niños no son ajenos a este sentimiento.

Sin embargo, estos estados de ánimo bajo tan frecuentes en cualquier niño y adulto deben diferenciarse de la tristeza o del estado de ánimo deprimido entendidos como síntoma. Por otro lado, la depresión también hace referencia a un síndrome, es decir, a un conjunto de síntomas relacionados que aparecen y desaparecen conjuntamente y que suele estar formado por los síntomas de tristeza, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, enlentecimiento psicomotor, insomnio, ideas de suicidio, falta de apetito, pérdida de peso, y dificultad para concentrarse.

Es un síndrome que en muchos casos se encuentran en los niños, especialmente acompañadas a otros trastornos mentales (p. ej., trastornos obsesivos-compulsivos, de ansiedad por separación) y a muchas enfermedades médicas (p. ej., cáncer). Finalmente, el término depresión alude también a un trastorno, es decir a un síndrome depresivo para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración (p. ej., los síntomas aparecen la mayor parte del día, casi cada día, durante un período mínimo de 2 semanas), gravedad (p. ej., el síndrome incluye al menos cinco síntomas y éstos provocan un malestar clínicamente significativo), curso o historia natural (p. ej., los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa) y disfuncionalidad (p. ej., los síntomas provocan deterioro social, escolar), y, además, se han descartado algunas posibles causas (p. ej., enfermedades médicas, ingestión de medicamentos o drogas, duelo, esquizofrenia).

En definitiva, es casi seguro que todos los niños han estado alguna vez tristes en su vida y, es posible, que algunos de ellos hayan experimentado alguna vez un síntoma de depresión, pero es mucho más improbable que hayan sufrido un síndrome depresivo o un trastorno depresivo tal y como se definen clínicamente.

Actualmente, la opinión más consensuada es que la fenomenología básica de la depresión es siempre la misma en cualquier edad, pero que ésta modifica la frecuencia de algunos síntomas y la expresividad sintomatológica de la mayoría. Así, se definen los mismos tipos de depresión que en los adultos y sólo se matizan ligeramente la frecuencia de algunos síntomas y sus características. Por ejemplo, en los niños síntomas tales como las afecciones somáticas o el retraimiento social pueden ser particularmente frecuentes, mientras que síntomas como el enlentecimiento psicomotor o la hipersomnia son menos corrientes que en la adolescencia o en la edad adulta.

Los dos tipos más comunes de depresión en los niños son el trastorno depresivo mayor y el trastorno sistémico. El trastorno depresivo mayor (a veces denominado depresión unipolar) se caracteriza por la presencia la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, de estado de ánimo triste o irritable, o de pérdida de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Además, durante ese período el niño también experimenta al menos otros cuatro síntomas de una lista de siete que incluye cambios de apetito o peso (o incapacidad para conseguir el peso apropiado para su edad), cambios en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnia) y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Cuando la aparición de estos síntomas no se ha producido por el efecto directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas, o no se explica mejor por la muerte reciente de un ser querido, y cuando tales síntomas se experimentan con un intenso sufrimiento e interfieren con la capacidad para estudiar, jugar o salir con los amigos y, en general, con el funcionamiento cotidiano del niño, estamos ante la presencia de un trastorno depresivo mayor. No todos los niños con trastorno depresivo mayor padecen de todos los síntomas y con la misma duración. La gravedad de los síntomas varía según el niño y también puede variar con el tiempo. Algunos padecen de unos pocos síntomas, otros tienen muchos; algunos experimentan tales síntomas durante semanas, otros durante meses.

El trastorno distímico o distimia es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas depresivos no tan incapacitantes como los del trastorno depresivo mayor, pero que, sin

embargo, son muy prolongados, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño. En concreto, la distimia en los niños se caracteriza por la presencia durante un período mayor a un año de un estado de ánimo triste o irritable prácticamente a diario y la presencia adicional de al menos dos de los siguientes seis síntomas: baja autoestima, pesimismo o desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el patrón de sueño, falta de energía o fatiga, y dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Estos síntomas pueden variar en intensidad a lo largo de los años o incluso desaparecer durante períodos breves de tiempo que no suelen durar más de dos meses.

Los trastornos depresivos infantiles no son problemas pasajeros que desaparecen con el tiempo. En la edad infantil, si no hay un tratamiento adecuado, la duración media de un trastorno distímico es de cuatro años, mientras que la de un episodio de depresión mayor es de siete a nueve meses (Birmaher y cols., 1996; Craighead, Curry y McMillan, 1994).

Es más, aunque aproximadamente el 90% de los episodios de depresión mayor remiten antes de que transcurran dos años desde su inicio, éstos tienden a recurrir. Así, por ejemplo, el 69% de los niños con trastorno depresivo mayor desarrollan antes de cinco años otro episodio depresivo mayor, siendo este porcentaje de 76% entre los niños que padecen un trastorno distímico, entre los cuales, además, el 69% experimentan posteriormente una doble depresión, es decir, la presencia simultánea de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor (Craighead y cols., 1994; Kovacs y cols., 1994).

De hecho, entre el 40% y el 70% de los niños deprimidos presentan otro trastorno simultáneo, estimándose que el 20-50% tienen dos o más trastornos adicionales. Los trastornos adicionales más frecuentes que acompañan al trastorno depresivo mayor, amén del trastorno distímico, son los trastornos de ansiedad, los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbado, y los trastornos por consumo de sustancias (Kovacs, 1996).

Un dato significativo que indica la gravedad de los trastornos depresivos en la infancia es que la depresión es uno de los principales factores de riesgo del suicidio.

Las investigaciones actuales estiman que el 72% de los niños deprimidos entre 7 y 17 años tienen ideas de suicidio, aunque sólo unos pocos llegan a realizarlo, fundamentalmente aquellos que presentan elevados niveles de ira y una cierta edad, ya que el riesgo es menor en los niños más pequeños que en los adolescentes (Myers y cols., 1991).

En resumen, la depresión, como trastorno, afecta a todos los aspectos de la vida cotidiana de un niño y conlleva cambios importantes en su forma de sentir, de pensar y de comportarse, así como cambios físicos. Estos cambios no indican falta de carácter o una debilidad personal; la depresión no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Sin embargo, la inmensa mayoría de los niños que padecen de depresión puede mejorar con el tratamiento adecuado.

I.1 Causa la depresión infantil

Aunque las causas de la depresión son complejas y pueden variar de un niño a otro, hoy se conocen diversos factores que incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle una depresión. Algunos de estos factores son biológicos, otros son ambientales y otros psicológicos y, generalmente, las causas de la depresión incluyen una combinación de todos ellos ya que, de hecho, parecen existir procesos de interacción entre ellos.

Para algunos investigadores y profesionales la mayoría de las depresiones se producen por desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores (las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), especialmente por una reducción en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina. No obstante, esta explicación no resuelve del todo la cuestión del origen de la depresión ya que plantea a su vez la pregunta de cuál es la causa de esos desarreglos bioquímicos.

La investigación ha demostrado que estos desarreglos pueden ocurrir en respuesta a factores ambientales como los acontecimientos estresantes, especialmente los acontecimientos que supongan la pérdida de algo que el niño considera importante. Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres por muerte o separación, la muerte de un abuelo, el cambio de colegio, el fracaso escolar, el rechazo social, las malas notas o una enfermedad grave pueden precipitar un episodio depresivo en un niño. Sin embargo, todo los niños, tarde o temprano, se ven sometidos a alguno de estos acontecimientos y, aun así, sólo un 5-10% de los niños desarrollan una depresión.

Una posibilidad es que ciertos niños hayan heredado una predisposición biológica a un mal funcionamiento de los mecanismos de regulación de los neurotransmisores que hace que sea

más fácil que cualquier acontecimiento estresante, por leve que sea, desencadene desequilibrios en los niveles de serotonina, norepinefrina o dopamina. De hecho, en algunas familias el trastorno depresivo mayor se presenta generación tras generación. Sin embargo, no todos los niños que tienen la predisposición genética para la depresión la padecen y ésta también puede afectar a niños que no tienen una historia familiar de depresión.

Otra posibilidad es que ciertos niños tengan una predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión que habrían adquirido a lo largo de su vida por el tipo de educación, ambiente familiar o social, aprendizajes y circunstancias vitales que habrían experimentado. Esta vulnerabilidad psicológica facilitaría que esos niños sufran más acontecimientos estresantes, y que su impacto sea más adverso y duradero. Entre los factores psicológicos de vulnerabilidad identificados destacan las actitudes disfuncionales, el estilo atribucional negativo y el déficit en habilidades sociales y de solución de problemas.

Las actitudes disfuncionales (o creencias irracionales) son creencias que establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la propia valía (p. ej., "si no hago las cosas siempre bien seré un inútil y mis padres y mis amigos no me querrán", "si alguna vez disgustas a un amigo no puedes ser feliz").

Las actitudes disfuncionales favorecen la aparición de la depresión porque es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del niño por cumplir tales condiciones (todos los niños cometen alguna vez fallos y siempre hay algún amiguito a quien, con razón o sin razón, no caen bien), de forma que estas actitudes facilitan que tales acontecimientos cotidianos se vivan como estresantes y que conduzcan a pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo, el mundo y el futuro ("soy un inútil", "los niños de clase no quieren ser mis amigos y se ríen de mí" y "nunca tendré amigos") o, lo que es lo mismo, a una baja autoestima, indefensión y pesimismo, lo que a su vez provocará el resto de síntomas depresivos.

Igualmente, la tendencia a pensar que la causa de todos los acontecimientos negativos que les ocurren está en ellos mismos, que esa causa afectará a todo lo que hagan y que no cambiará (estilo atribucional depresivo; p. ej., "me han suspendido en "mates" por mi culpa, porque soy un torpe y todo me sale mal y nunca podré aprobar nada"), facilita que, cuando tales acontecimientos suceden, provoquen desesperanza e indefensión y, por ende, depresión.

Finalmente, un déficit en el repertorio de conductas que los niños necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas (habilidades sociales y de solución de problemas), favorece que el niño no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes y que, por tanto, el estrés perdure, se intensifique, y que se desencadene una depresión incluso ante un estrés inicialmente muy leve.

Por ejemplo, la falta de habilidades sociales podría conducir a un niño que se hubiera cambiado recientemente de colegio a situaciones de rechazo social o de aislamiento social en su nuevo colegio y, por consiguiente, a un incremento de las experiencias negativas (p. ej., burlas, críticas) y a un descenso o ausencia de reforzadores positivos sociales (p. ej., falta de comunicación) y, finalmente, a la depresión. En este sentido, numerosas investigaciones han demostrado que los niños deprimidos presentan un déficit de habilidades sociales y, de hecho, dicho déficit es uno de los mejores predictores de la aparición posterior de depresión (Kupersmidt y Patterson, 1991).

En resumen, hoy se cree que ciertas características específicas (factores de vulnerabilidad o diátesis) de algunos niños hacen a éstos más propensos a una depresión tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes, bien crónicos o bien puntuales. Por ejemplo, aunque se encuentran tasas más altas de depresión entre los niños con enfermedades crónicas como cáncer o diabetes, no todos los niños que padecen dichas enfermedades llegan a sufrir un trastorno depresivo.

A su vez, la vulnerabilidad frente a determinados acontecimientos ambientales variaría según la edad. Los niños entre 0 y 6 años se verían más afectados por acontecimientos que tienen lugar en el seno familiar y que están relacionados directa o indirectamente con el apego. Así, la investigación empírica ha constatado de forma repetida que las condiciones negativas de la familia.

Están asociadas de forma importante a la depresión infantil. Entre estas condiciones cabe destacar: la depresión de los padres; las malas relaciones matrimoniales; las malas relaciones entre padres e hijos, especialmente las derivadas de un apego o vínculo afectivo adulto-niño mal establecido o roto por abandono, muerte o institucionalización, y las derivadas de actitudes coercitivas por parte de los padres que impiden a los niños desarrollar su propia

autonomía y que establecen metas inalcanzables para los hijos en función de expectativas poco realistas; las malas relaciones entre los hermanos; la existencia de normas inadecuadas de crianza, y la ruptura familiar bien por divorcio o por fallecimiento de algún miembro de la familia.

Por su parte, los niños entre 7 y 12 años empezarían a verse afectados también por acontecimientos extra familiares como, por ejemplo, acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar (p. ej., fracaso escolar, malas notas), la interacción con compañeros (p. ej., aislamiento social, rechazo, cambio de colegio) o la competencia en deportes y juegos. Por ejemplo, investigaciones recientes (Moreno y cols., 1995, 1996) han descubierto que el fracaso escolar o las malas notas es uno de los acontecimientos estresantes más frecuentes entre los niños españoles y se encuentra asociado de forma significativa con la aparición de sintomatología depresiva.

I.2 Tratamientos que existen para la depresión infantil

Existen varios tratamientos para la depresión infantil, tanto psicológicos como farmacológicos, aunque sólo algunos de ellos presentan hoy en día garantías científicas suficientes sobre su eficacia. Los resultados de un reciente estudio meta-analítico de Michael y Crowley (2002) permiten concluir que el tratamiento de primera elección para la depresión infantil es, actualmente, el psicológico, en particular, las terapias conductual y cognitiva, y ponen de relieve que no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico en la depresión de los niños.

La terapia conductual se centra fundamentalmente en aumentar el número de actividades placenteras que el niño depresivo realiza y en reducir sus experiencias vitales negativas mediante el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. La realización de las actividades placenteras no sólo elevan el estado de ánimo debido a su carácter de reforzadores positivos, sino también porque distraen al niño de sus rumiaciones cognitivas negativas y combaten directamente el retraimiento, la pasividad y el sedentarismo asociados con los episodios depresivos.

Para ello, y mediante protocolos de entrenamiento que incluyen juegos y tareas dentro y fuera de las sesiones, se establece un programa progresivo de actividades placenteras dirigidas a

objetivos y se enseña al niño estrategias y habilidades para afrontar las situaciones de estrés y solucionar los problemas que están relacionados con su depresión.

En concreto, en un programa conductual se enseñan al niño habilidades sociales, estrategias para manejar los sentimientos de ira, hostilidad, rabia o ansiedad (p. ej., mediante relajación, actividad física, por medio del dibujo o la escritura), habilidades de autorreforzamiento (presentarse reforzadores positivos uno mismo contingentemente con la realización con éxito de una conducta deseada), habilidades para la toma de decisiones basadas en un análisis de costes y beneficios, estrategias para dividir un problema grande en pasos más pequeños y manejables, etc.

El objetivo fundamental de la terapia cognitiva es cambiar las actitudes disfuncionales y los pensamientos negativos que sobre sí mismo, el mundo y el futuro tienen los niños con depresión. Esta clase de terapia va más allá del simple "poder del pensamiento positivo" (como tratan de hacer creer muchos libros de auto-ayuda que pueblan las librerías).

Para ello, a lo largo de la terapia se utilizan técnicas de modelado cognitivo, de entrenamiento en autoinstrucciones positivas y de reestructuración cognitiva que, mediante juegos y tareas para realizar dentro y fuera de la consulta, pretenden que el niño aprenda a identificar sus pensamientos negativos, a entender la conexión entre estos pensamientos y los sentimientos y comportamientos sintomáticos que presenta, a evaluar los datos a favor y en contra de tales pensamientos y a sustituirlos por interpretaciones más razonables. En definitiva, la terapia cognitiva trata de ayudar al niño a pensar de una forma más adaptativa para que así pueda mejorar su estado de ánimo, motivación y comportamiento.

Habitualmente, los programas de tratamiento psicológico para la depresión infantil suelen combinar tanto la terapia conductual como la cognitiva, y, además, una parte muy importante de los mismos se dirige a los padres pues como ya se dijo, los niños hasta los 12 años dependen mucho del comportamiento de éstos.

Los objetivos concretos de estas intervenciones con los padres se centran en enseñarles (a) métodos positivos para disciplinar y manejar la conducta de sus hijos, (b) habilidades personales para el control de sus propias emociones de ira y hostilidad, (c) procedimientos para aumentar la autoestima de los niños, (d) habilidades para escuchar empáticamente a sus hijos, y (e) habilidades para planificar actividades recreativas para la familia que estén

pensadas para el niño y que se realicen con ellos, de manera que así se incremente el nivel de actividad del niño y se refuercen las conductas no depresivas del niño.

El tratamiento farmacológico de la depresión se basa fundamentalmente en la utilización de los fármacos denominados antidepresivos. Estos fármacos ejercen su acción aumentando los niveles cerebrales de serotonina, norepinefrina, dopamina y otros neurotransmisores. Existen diversos tipos de antidepresivos en función de los mecanismos bioquímicos por los cuales consiguen aumentar los niveles de neurotransmisores y en función de sus efectos secundarios e inocuidad. En los niños, se han utilizado los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS).

Mientras que la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales para la depresión infantil ha sido corroborada por los resultados de varios estudios controlados y está fuera de toda duda, la eficacia de los fármacos antidepresivos es todavía objeto de debate. En contraste con lo que ocurre en el campo de la depresión adulta donde la terapia farmacológica ofrece muy buenos resultados y es considerada tratamiento de primera elección, su eficacia para la depresión infantil no ha sido aún establecida bien porque los datos demuestran que sus beneficios no son superiores respecto a un fármaco placebo o bien porque los datos son escasos, contradictorios y limitados.

II. Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es una grave enfermedad del cerebro. También se llama enfermedad maníaco-depresiva. Los niños que sufren del trastorno bipolar experimentan cambios inusuales en su estado de ánimo. A veces se sienten muy felices y “animados” y son mucho más activos que de costumbre. Esto se llama manía. Y a veces los niños que tienen trastorno bipolar se sienten muy tristes y “deprimidos” y son mucho menos activos que de costumbre. Esto se llama depresión.

El trastorno bipolar no es lo mismo que los altibajos normales que experimentan todos los niños. Los síntomas bipolares son más potentes. La enfermedad puede hacer que a un niño le resulte difícil desempeñarse bien en la escuela o llevarse bien con sus amigos y familiares. La enfermedad también puede ser peligrosa. Algunos jóvenes que sufren del trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse. Los niños y adolescentes que sufren del trastorno bipolar deben recibir tratamiento. Con ayuda pueden mejorar y llevar vidas exitosas.

II.1 Síntomas

Los síntomas que presentan los niños diagnosticados con trastorno bipolar difieren de los del adulto. El adulto oscila entre la manía y la depresión, mientras que la mayoría de niños no desarrollan la manía, sino tienden a tornarse depresivos.

Los niños con trastorno bipolar pueden manifestar diversos síntomas, entre ellos: terrores nocturnos y disfunciones en el sueño, problemas de conducta, ansiedad por separación, desafío a la autoridad, irritabilidad, cambios bruscos de humor, comportamientos depresivos, peligrosos o de precocidad sexual, así como hiperactividad, agitación y alucinaciones. Los niños con esta patología suelen ser niños impulsivos, difíciles y disconformes y también pueden presentar problemas de aprendizaje y déficit de atención.

Los expertos recomiendan que ante la presencia de uno o más síntomas, se consulte a un psiquiatra infantil o “paidopsiquiatra” para que éste realice el diagnóstico correspondiente e instale un tratamiento temprano, en caso de resultar positivo. El tratamiento deberá integrar de forma coordinada la parte terapéutica, la farmacológica y la psicoeducativa.

El diagnóstico del trastorno bipolar debe incluir una evaluación profunda que tome en cuenta los síntomas del niño, su relación familiar y su historial clínico. Si el trastorno bipolar no se trata o se trata inadecuadamente, puede propiciar un aumento en los síntomas y consecuentemente el desarrollo de otros trastornos de la personalidad.

II.2 Causas

Causas de los trastornos bipolares en los niños podrían ser el resultado de un desequilibrio químico en el cerebro, especialmente en los neurotransmisores que regulan las endorfinas (sustancias químicas responsables de los estados de ánimo positivos), o una experiencia que les cambie la vida. Los pequeños pueden exhibir un comportamiento pasivo y/o violento. Los síntomas del trastorno bipolar durante la infancia son variados y dependen principalmente de la rapidez de los cambios de humor y la gravedad de la enfermedad.

Pueden aparecer trastornos del sueño, tristeza persistente, hiperactividad, gran inquietud, problemas para controlar la ira, niveles altos de ansiedad, impulsividad, etc. El trastorno

bipolar puede ir unido a una serie de problemas sociales y problemas de aprendizaje. Muchas veces este problema viene acompañado de otros trastornos psiquiátricos como la atención con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Esto hace que sea muy difícil para los niños poder interactuar con compañeros y adultos por igual.

II.3 Efectos

El trastorno bipolar se diagnostica con mayor frecuencia en niños y adolescentes. Aproximadamente el 20% de todos los pacientes bipolares experimentan su primer episodio durante la adolescencia. Desafíos en el diagnóstico incluyen diferenciación de agregar y otros trastornos del comportamiento infantil. La intensidad y gravedad de los cambios de humor y no provocados estallidos comportamientos crean indebidas de sufrimiento para los niños y sus familias.

II.4 Tratamiento

A pesar de que no hay cura para la enfermedad bipolar, en la mayoría de los casos el tratamiento puede estabilizar el humor y permitir el manejo y control de los síntomas.

Un buen plan de tratamiento incluye medicación, monitorización estrecha de los síntomas, educación acerca de la enfermedad, psicoterapia para el paciente y la familia, reducción del estrés, buena nutrición, ejercicio y sueño regular y participación en una red de apoyo. La respuesta a la medicación y al tratamiento varía. Hay factores que contribuyen a un mejor resultado:

- ✓ Acceso ha cuidado médico competente
- ✓ Diagnóstico y tratamiento temprano
- ✓ Adherencia a la medicación y al plan de tratamiento
- ✓ Un ambiente, tanto en el colegio como en casa, flexible y poco estresante
- ✓ Una red de apoyo formada por familiares y amigos
- ✓ Hay factores que complican el tratamiento:
- ✓ Falta de acceso ha cuidado médico competente
- ✓ Lagunas temporales entre el inicio de la enfermedad y el tratamiento

- ✓ No tomar medicación prescrita
- ✓ Ambiente, tanto en el colegio como en casa, inflexible y estresante
- ✓ La comorbilidad de otros diagnósticos
- ✓ El uso de sustancias tales como drogas ilegales o alcohol

La buena noticia es que con un tratamiento apropiado y apoyo en casa y en el colegio, muchos niños con la enfermedad bipolar consiguen una reducción significativa de la gravedad, frecuencia y duración de los episodios de la enfermedad. Con educación acerca de su enfermedad (al igual que se ofrece a niños con epilepsia, diabetes y otros), aprenden a manejar y monitorizar sus síntomas mientras crecen.

El papel de los padres en el tratamiento

Al igual que en otras enfermedades crónicas tales como diabetes, epilepsia y asma, los niños y adolescentes con trastorno bipolar y sus familias necesitan trabajar estrechamente con su médico y otros profesionales sanitarios. Tener a la familia al completo involucrada en el plan de tratamiento del niño, puede reducir la frecuencia, duración y gravedad de los episodios. También puede ayudar a mejorar la habilidad del niño para funcionar con éxito en casa, en el colegio y en la comunidad.

II.5 Psicoterapia

Además de visitar a un psiquiatra infantil, el plan de tratamiento para un niño con enfermedad bipolar normalmente incluye sesiones de terapia regulares con un trabajador social clínico, un psicólogo o un psiquiatra que ofrece psicoterapia. La terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y grupos de apoyo multifamiliar son parte esencial del tratamiento para niños y adolescentes con trastorno bipolar. Un grupo de apoyo para el niño o adolescente con este trastorno puede ser beneficioso, a pesar de que existen pocos.

Necesidades educacionales para un niño con trastorno bipolar

Un diagnóstico de la enfermedad bipolar significa que el niño tiene su salud significativamente afectada (igual que en la diabetes, epilepsia o leucemia) y que requiere control médico continuado. El niño necesita y tiene derecho a adaptaciones en el colegio para beneficiarse de su educación. La enfermedad bipolar y las medicaciones utilizadas para

tratarla pueden afectar en la asistencia del niño al colegio, la atención y concentración, sensibilidad a la luz, ruido y estrés, motivación, y energía necesaria para el aprendizaje. El rendimiento del niño puede variar mucho en diferentes momentos del día, la estación y el año académico.

El personal de educación especial, los padres y profesionales deberían formar un equipo para determinar las necesidades educacionales del niño. Se hará una evaluación en el colegio, incluyendo tests psicoeducacionales. Las necesidades educacionales de un niño con enfermedad bipolar varían dependiendo de la frecuencia, gravedad y duración de los episodios de la enfermedad. Estos factores son difíciles de predecir en un caso concreto. Las transiciones a nuevos profesores y nuevas escuelas, la vuelta al colegio después de vacaciones o las ausencias, y el cambio a nuevas medicaciones son épocas donde generalmente hay aumento de los síntomas en niños con enfermedad bipolar. Los efectos secundarios de la medicación que pueden ser problemáticos en la escuela incluyen aumento de la sed y de la necesidad de orinar, somnolencia excesiva o agitación, e interferencia en la concentración. La ganancia de peso, fatiga y tendencia a recalentarse y deshidratarse fácilmente afecta a la participación del niño en las clases de gimnasia y otras clases.

Estos factores y cualquier otro que afecte a la educación del niño deben identificarse. Debe redactarse un plan (llamado Plan Educacional Individualizado, IEP) para adaptarse a las necesidades del niño. El IEP debería incluir adaptaciones para periodos en los que el niño está relativamente bien y adaptaciones disponibles para el niño en caso de recaída.

Las adaptaciones específicas deberían estar respaldadas por una carta o llamada telefónica del médico del niño al director de educación especial en la escuela. Algunos padres ven necesario contratar a un abogado para obtener los servicios y adaptaciones que la ley exige en escuelas públicas para niños con problemas de salud similares.

2.2.3.1 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es parte normal en la vida diaria de la mayoría de las personas. Tiene la útil función de mantener motivadas a las personas para hacer el esfuerzo de superar situaciones amenazantes.

También es una experiencia común que la ansiedad haga a las personas tener un mal desempeño y por lo tanto convertirse en desventaja. En la ansiedad se da una reacción de supervivencia. El organismo sufre cambios fisiológicos que elevan los niveles de excitación, facilitan la mejor ejecución para aumentar las oportunidades de sobrevivir, ya sea para quedarse y pelear contra la amenaza, o para emprender una huida rápida: el mecanismo de pelea o huida.

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

I. Los trastornos fóbicos

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

a) La fobia social

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

b) La fobia simple

En esta fobia, el objeto de temor casi siempre está claramente definido: temor a arañas, pájaros, serpientes, ratones, sangre, espacios cerrados; a las alturas o a viajar en avión. Estar frente al objeto temido produce la respuesta de ansiedad, pero en cualquier otro momento el nivel de ansiedad de la persona es normal. La fobia simple rara vez es incapacitante.

II. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico es una forma de ansiedad más severa que la que manifiesta en el trastorno de ansiedad generalizada y consiste en ataques recurrentes de pánico: períodos limitados de temor extremo e incomodidad. Los ataques de pánico pueden durar pocos minutos y, en raras ocasiones, varias horas. Por lo general ocurren de manera inesperada.

Las personas que sufren del trastorno de pánico son presa de ataques de ansiedad (pánico) que aparecen de manera repentina e imprevista.

II.1 Síntomas

Experimentación de ansiedad en forma de accesos, una vez por semana y a veces con más frecuencia. Las preocupaciones con respecto a los ataques terroríficos crean un estado general de ansiedad. Las víctimas desarrollan temores intensos a las circunstancias en donde se ha presentado el pánico y realizan gran esfuerzos por evitar esas situaciones.

II.2 Tratamiento

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué

efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil.

Con frecuencia, las personas creen que han “fallado” un tratamiento o que el tratamiento no les funcionó, cuando, en realidad, el tratamiento no se suministró por un periodo adecuado de tiempo o fue administrado incorrectamente. En ocasiones, las personas deben tratar varios tipos diferentes de tratamientos, o combinaciones de los mismos, antes de que puedan encontrar uno que les funcione.

III. Trastorno Obsesivo Compulsivo

La gente que tiene una perturbación obsesiva compulsiva se encuentra tiranizada por ideas recurrentes e indeseados (obsesivo) o por acciones de la misma naturaleza (compulsiva). Las obsesiones y compulsiones no poseen un propósito constructivo, son muy angustiantes y perturban su vida. Con frecuencia, los síntomas eran visibles desde la infancia.

III.1 Síntomas

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

III.2 Tratamiento

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

IV. Trastorno por Estrés Postraumático

Condición debilitante que sigue a un evento de terror, frecuentemente las personas que lo sufren tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella.

Aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de acontecimientos estresantes y extremadamente traumáticos y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan peligro real para su vida o cualquier amenaza para su integridad física. El individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida.

IV.1 Síntomas

El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, sensaciones de desapego o enajenación frente a los demás. Restricción de la vida afectiva. Dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto.

2.2.3.2 Trastorno de la alimentación

Los trastornos de la alimentación son enfermedades crónicas y progresivas, se manifiestan a través de la conducta alimentaria, sin embargo, engloban una gama muy compleja de factores psicológicos y emocionales entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-

imagen corporal, hay un gran temor a subir de peso y la autoestima está supeditada a la percepción de una buena imagen corporal.

El término "trastornos alimentarios" se refiere a una variedad de trastornos. La característica común de todos los trastornos alimentarios son los comportamientos anormales de alimentación. Los trastornos alimentarios son problemas serios de salud mental y pueden poner en peligro la vida. Los principales trastornos de alimentación son: Anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia, comer compulsivo. Tienden a aparecer durante la adolescencia porque en esta etapa la preocupación por el aspecto físico aumenta.

I Anorexia

La anorexia consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan. A continuación rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico. Las personas afectadas pueden perder desde un 15 a un 50 por ciento, en los casos más críticos, de su peso corporal. Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización del cuerpo.

I.1 Síntomas

Esta patología se caracteriza por una pérdida significativa de peso provocada por el enfermo y por una percepción errónea del propio cuerpo. En consecuencia, los problemas endocrinos se hacen evidentes en un espacio de tiempo relativamente corto. Los principales síntomas que determinan la aparición de la enfermedad son los siguientes:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la edad y talla del enfermo.
- Miedo al aumento de peso o a la obesidad incluso cuando el peso se encuentra por debajo de lo recomendable.
- Percepción distorsionada del cuerpo, su peso y proporciones.
- Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos en las mujeres (amenorrea). Los anoréxicos pueden experimentar una serie de síntomas muy variados: estreñimiento, amenorrea, dolor abdominal, vómitos, etc.

I.2 Causas

Su causa es desconocida, pero los factores sociales parecen importantes. Aunque hay muchos factores socioculturales que pueden desencadenar la anorexia, es probable que una parte de la población tenga una mayor predisposición física a sufrir este trastorno, independientemente de la presión que pueda ejercer el entorno. Por ello existen de factores generales que se asocian a un factor desencadenante o cierta vulnerabilidad biológica, que es lo que precipita el desarrollo de la enfermedad.

- ✓ La propia obesidad del enfermo.
- ✓ Obesidad materna.
- ✓ Muerte o enfermedad de un ser querido.
- ✓ Separación de los padres.
- ✓ Alejamiento del hogar.
- ✓ Fracaso escolares.
- ✓ Accidentes.
- ✓ Sucesos traumáticos.

I.3 Tratamiento

Los objetivos globales del tratamiento son la corrección de la malnutrición y los trastornos psíquicos del paciente. En primer lugar se intenta conseguir un rápido aumento de peso y la recuperación de los hábitos alimenticios, ya que pueden implicar un mayor riesgo de muerte. Pero una recuperación total del peso corporal no es sinónimo de curación. La anorexia es una enfermedad psiquiátrica y debe tratarse como tal. El tratamiento debe basarse en tres aspectos:

Detección precoz de la enfermedad: conocimiento de los síntomas por parte de los médicos de atención primaria y de los protocolos que fijan los criterios que el médico debe observar.

Coordinación entre los servicios sanitarios implicados: psiquiatría, endocrinología y pediatría.

Seguimiento ambulatorio una vez que el paciente ha sido dado de alta, con visitas regulares.

Las hospitalizaciones suelen ser prolongadas, lo que supone una desconexión del entorno que puede perjudicar el desarrollo normal del adolescente. Por ello son aconsejables, siempre que se pueda, los tratamientos ambulatorios.

II Bulimia

Las personas que padecen bulimia son incapaces de dominar los impulsos que les llevan a comer, pero el sentimiento de culpa y vergüenza tras ingerir muchos alimentos les lleva a una purga (vómitos autoinducidos o empleo de laxantes o diuréticos o ambos), regímenes rigurosos o ejercicio excesivo para contrarrestar los efectos de las abundantes comidas.

Los bulímicos tienen cerca de 15 episodios de atracones y vómitos por semana y, en general, su peso es normal, por lo que resulta difícil detectar la enfermedad. En un solo atracón pueden llegar a consumir de 10.000 a 40.000 calorías.

II.1 Síntomas

Generalmente las personas que padecen bulimia han sido obesas o han realizado numerosas dietas sin control médico. Tratan de ocultar los vómitos y las purgaciones, por lo que la enfermedad suele pasar desapercibida durante mucho tiempo. Los síntomas típicos de un cuadro de bulimia son los siguientes:

Atracones o sobreingesta de alimentos: El enfermo come una gran cantidad de alimentos en un espacio de tiempo muy corto. No tiene control sobre la ingesta y es tal la ansiedad que cree que no puede parar de comer. Para prevenir el aumento de peso y compensar el atracón o el exceso de las comidas se provoca vómitos, utiliza laxantes, diuréticos, fármacos, o recurre a otros medios que le permitan controlar el peso, como la práctica abusiva de actividades deportivas.

Los ciclos de atracones y vómitos se manifiestan un mínimo de dos veces por semana. La autoestima del enfermo es baja y la identifica con su cuerpo.

Asimismo, se producen otros cambios físicos y emocionales (depresión, ansiedad) que manifiestan el desarrollo de la enfermedad. Los bulímicos se ven gordos, incluso cuando su peso es normal; se avergüenzan de su cuerpo y lo rechazan, por lo que intentan hacer dieta en todo momento. A pesar de todo, la ingestión compulsiva a escondidas o durante la noche es una de las principales características de esta patología. Pueden llegar a gastar una gran cantidad de dinero en comida o recurrir a la que ya hay en casa, que comienza a desaparecer misteriosamente de la despensa. No sienten ningún placer al comer ni preferencias en cuanto al tipo de alimentos, sólo buscan saciarse. Intentan evitar los lugares en los que hay comida y procuran comer solos. Su comportamiento suele ser asocial, tienden a aislarse, y la comida es su único tema de conversación. Además, la falta de control sobre los alimentos les produce grandes sentimientos de culpa y vergüenza.

En cuanto a los signos físicos que evidencian la enfermedad se encuentran la debilidad, dolores de cabeza; hinchazón del rostro por el aumento de las glándulas salivales y parótidas, problemas con los dientes, mareos, pérdida de cabello, irregularidades menstruales, y bruscos aumentos y reducciones de peso, aunque generalmente no sufren una oscilación de peso tan importante como la que se manifiesta en la anorexia. La bulimia puede ir acompañada de otros trastornos como la cleptomanía, el alcoholismo o la promiscuidad sexual.

Consecuencias clínicas:

- ✓ Arritmias que pueden desembocar en infartos.
- ✓ Deshidratación.
- ✓ Colon irritable y megacolon.
- ✓ Reflujo gastrointestinal.
- ✓ Hernia hiatal.
- ✓ Pérdida de masa ósea.
- ✓ Perforación esofágica.
- ✓ Roturas gástricas y pancreatitis.

II.2 Causas

En el origen de esta enfermedad intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que desvirtúan la visión que el enfermo tiene de sí mismo y responden a un gran temor a engordar. El enfermo de bulimia siempre se ve gordo, aun cuando su peso es normal, pero no puede reprimir sus ansias de comer. Generalmente la bulimia se manifiesta tras haber realizado numerosas dietas dañinas sin control médico. La limitación de los alimentos impuesta por el propio enfermo le lleva a un fuerte estado de ansiedad y a la necesidad patológica de ingerir grandes cantidades de alimentos.

Hasta el momento se desconoce la vulnerabilidad biológica implicada en el desarrollo de la enfermedad y son más conocidos algunos factores desencadenantes relacionados con el entorno social, las dietas y el temor a las burlas sobre el físico. Muchos de los factores coinciden con los de la anorexia, como los trastornos afectivos surgidos en el seno familiar, el abuso de drogas, la obesidad, la diabetes mellitus, determinados rasgos de la personalidad y las ideas distorsionadas del propio cuerpo.

III.3 Tratamiento

Las dos aproximaciones al tratamiento son la psicoterapia y los fármacos. Es mejor que la psicoterapia la realice un terapeuta con experiencia en alteraciones del apetito, pudiendo resultar muy eficaz. Un fármaco antidepresivo a menudo puede ayudar a controlar la bulimia nerviosa, incluso cuando la persona no parece deprimida, pero el trastorno puede reaparecer al interrumpirse la administración del fármaco.

En virtud de la gravedad se puede recurrir a un tratamiento ambulatorio o a la hospitalización. En primer lugar se trata de evitar los vómitos, normalizar el funcionamiento metabólico del enfermo, se impone una dieta equilibrada y nuevos hábitos alimenticios. Junto a este tratamiento, encauzado hacia la recuperación física, se desarrolla el tratamiento psicológico con el fin de reestructurar las ideas racionales y corregir la percepción errónea que el paciente tiene de su propio cuerpo. El tratamiento también implica la colaboración de la familia, ya que en ocasiones el factor que desencadena la enfermedad se encuentra en su seno. La curación de la bulimia se alcanza en el 40 por ciento de los casos, si bien es una enfermedad intermitente

que tiende a cronificarse. La mortalidad en esta enfermedad supera a la de la anorexia debido a las complicaciones derivadas de los vómitos y el uso de purgativos.

2.3 Psicodiagnóstico

El término “psicodiagnóstico” partió del ámbito médico-psiquiátrico, en el que el médico asumía el papel del actual psicólogo. Se utilizó por primera vez en 1921 como título del libro *Psychodiagnostik* (Rorschach). Se trataba de una monografía sobre la técnica de interpretación de manchas de tinta sin formas determinadas.

Si realizamos una traducción prácticamente literal de la palabra se aproximará a “conocer a fondo el alma”. A lo largo de la historia del psicodiagnóstico, el contenido de la “*psykhé*” (alma) ha ido variando a medida que ha ido avanzando y evolucionando la psicología como ciencia. En definitiva, del estudio del alma (sustancia) se pasó a la mente (conjunto de fenómenos de la experiencia), de la mente a la conducta, y finalmente a la integración de lo mental con lo comportamental.

Las primeras definiciones de Psicodiagnóstico provienen de una tradición médica, e identifican las alteraciones psicológicas como signos de enfermedad o trastorno orgánico que se detectan a través de pruebas cualitativas de interpretación libre.

Estas son sus principales características según Pelechano:

- ✓ Término acuñado por Rorschach, de tradición médica y sustancialista, en el que los síntomas no tiene valor en sí mismos, sino que adquieren sentido al formar parte de la enfermedad subyacente.
- ✓ Tipo de conocimiento entre *doxa* y *episteme*, es decir, entre la opinión y la ciencia, una suerte de “arte” en el que la experiencia personal y el modo de encadenar los conocimientos puede ser aprendido.
- ✓ Predomina lo cualitativo y la experiencia personal del psicodiagnosticsador, frente a los aspectos cuantitativos.
- ✓ Además de dar cuenta del estado actual del individuo, se trata de pronosticar o predecir acerca del futuro.

- ✓ Tipo de actuación en el que predomina la observación y registro, no el tratamiento ni la intervención directa.
- ✓ Se refiere fundamentalmente a los aspectos negativos y conductas patológicas.
- ✓ Se trata de un acercamiento individualizado: los síntomas pueden significar algo distinto para cada persona.

En esa primera concepción del Psicodiagnóstico no se tienen en cuenta los aspectos funcionales, ni cuantitativos. Tampoco contempla el estudio de grupos u organizaciones, ni los aspectos positivos de los individuos.

Objetivos

Entre los principales objetivos para realizar un Psicodiagnóstico están:

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

2.3.1 Antecedentes

Psicodiagnóstico es un concepto psiquiátrico referido al diagnóstico de las enfermedades, síndromes o alteraciones mentales. Este concepto, que partió del ámbito de la psiquiatría, también fue usado en psicología, donde se ha preferido cambiar por el de evaluación psicológica, quedando Psicodiagnóstico más restringido al ámbito médico.

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

El primer uso de esta palabra lo encontramos en el título de un libro de 1921 del psiquiatra suizo Hermann Rorschach: con el título Psychodiagnostik se publicaba su prueba psicodinámica conocida como Test de Rorschach, una monografía sobre interpretación de manchas de tinta.

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

Al estar vinculado en sus orígenes al psicoanálisis, el psicodiagnóstico se situó a medio camino entre la ciencia y la opinión (entre la *doxa* y la *episteme*). En esta primera etapa predomina la experiencia del investigador y lo cualitativo frente a lo cuantitativo, intentando pronosticar la evolución a partir de la observación y del registro. Todo ello se hace desde la prominencia de los aspectos negativos y las conductas patológicas, descuidando otros aspectos.

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.). 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 estudiarlo para luego poder predecir la evaluación y profesión del futuro.

2.3.2 Tipos de Psicodiagnóstico

a) Patognomónico

Se basa en detectar la presencia o ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado.

b) Estadístico

Se da la presencia de un número tal de signos que son propios de un cuadro concreto, que no es probable que se puedan dar en otro.

c) Sistemático

La elaboración de un constructo explicativo hipotético permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecidos.

d) Comprensivo

La descripción completa de la personalidad del sujeto y de sus características personales, es comparada posteriormente con las específicas y propias de los cuadros clínicos establecidos.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el Psicodiagnóstico

Se denomina psicodiagnóstico a la evaluación completa el estado mental de una persona, por lo general con el propósito de explicar un determinado padecimiento y determinar la forma más adecuada de remediarlo.

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 mentales deben su causa al inter juego de tres factores biológico, psicológico y social.

Funcionamientos deficitarios de áreas específicas del cerebro a causa de una configuración genética diferente que altera sea la estructura cerebral o sus delicados balances químicos o de alteraciones del sistema nervioso debido a daños posteriores al nacimiento.

Creencias rígidas sobre el mundo y/o sobre sí mismo que conducen a una forma inadecuada de interpretar la realidad y en consecuencia, a no solucionar los problemas de manera satisfactoria.

Relaciones y formas de interactuar con los demás (ya sea que pensemos en relaciones personales, familiares o en un sentido más amplio, trabajo, escuela, sociedad) en que los intentos por solucionar sus problemas tienden a empeorarlos.

Teniendo en cuenta estos tres factores es que se debe pensar en una evaluación Psicodiagnóstico.

2.3.3.1 Partes de un Psicodiagnóstico

Un Psicodiagnóstico tiene tres partes: Admisión, Administración de Pruebas y Devolución.

Admisión

Es la parte más importante para una evaluación y debe estar a cargo de una persona capaz y experimentada. Por lo general es una entrevista prolongada en la que el paciente y (llegado el caso) sus familiares cuentan inicialmente cual es el problema que observan. Luego el profesional comienza una serie de indagaciones, cubriendo todos los aspectos necesarios, con el fin de establecer una serie de hipótesis que corroborará o refutará utilizando unas pruebas o técnicas específicas.

Administración de pruebas

Un primer aspecto a tener en cuenta es la naturaleza de las pruebas. Actualmente a nivel científico sólo se recomienda el uso de pruebas validadas estadísticamente, actualizadas y adaptadas a la población para la que están siendo utilizadas. Muchas veces las pruebas no cumplen estos requisitos. Para asegurarse de ello, los pacientes tienen el derecho a indagar a sobre la naturaleza de las pruebas, su función, la forma en que han sido realizadas y la manera en que se interpretarán los resultados.

Las pruebas poseedoras de rigor científico se dividen en dos clases: a. las que indagan sobre la presencia o ausencia de conductas o pensamientos mediante cuestionarios o entrevistas dirigidas y estandarizadas y b. Aquellas que ponen a prueba diferentes funciones cognitivas

mediante pruebas específicas. Ambos tipos de pruebas se utilizan en forma combinada para un diagnóstico completo.

Los test arrojan resultados numéricos cuya utilidad depende de la capacidad interpretativa de los profesionales, con cierta frecuencia los pacientes o sus padres temen que al cuantificar los problemas que los aquejan a ellos o a sus hijos se pierda de vista su individualidad, esto sólo puede suceder si los evaluadores no son competentes o trabajan de forma masificada. La función de los números es dar un panorama claro y objetivo de toda una serie de áreas de funcionamiento de la persona que luego son analizadas en el contexto de la individualidad de cada persona para llegar a comprenderlo. Un ejemplo que suele usarse y que resulta útil es el de los estudios médicos: tener una tomografía de una persona es un dato útil para un médico a la hora de ayudar a sus pacientes, pero dos personas con la misma lesión pueden recibir tratamientos muy diferentes en función de otros factores como los resultados de otras pruebas, su edad, su historia médica, su estilo de vida, etc.

Devolución

Si la admisión es el paso más importante para que el profesional llegue a un diagnóstico, la devolución es el paso indispensable para que esto tenga sentido. Muchas veces la devolución es algo que se realiza a la ligera, cuando en realidad es fundamental.

El profesional transmite en esta instancia al paciente y su familia las conclusiones a las que ha llegado. Debe hacerlo de forma en que ellos lo entiendan, pero sin ocultar nada de información. Debe asegurarse que todos han entendido las implicaciones del diagnóstico. Posteriormente, el profesional da una serie de recomendaciones y de opciones de tratamiento, ayuda a aclarar las dudas existentes y planifica junto el paciente y/o su familia de qué manera se comenzará el tratamiento.

La devolución incluye un informe completo de lo evaluado y de las conclusiones. El informe debe incluir tanto las pruebas que se administraron como el diagnóstico al que se arribó, según los códigos establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Este informe asegura al paciente que el trabajo realizado en la evaluación podrá ser utilizado por otros

profesionales posteriormente e implica también cumplir con el derecho legal de toda persona a conocer la información que se ha obtenido sobre él.

2.3.3.2 Instrumentos del Psicodiagnóstico

I. Entrevista psicológica

La entrevista es un instrumento para obtener información relacionada con algún objetivo general o específico, desde una perspectiva teórica o práctica y desde un ámbito de acción y disciplina que produce por sí mismo un tipo de información y comunicación.

La información que busca el profesional de psicología está relacionada con el rol profesional de su disciplina que ejerce en el momento que está utilizando este instrumento de evaluación y obtención de información. El fin u objetivo que persigue con la entrevista estará definido a su vez por el ámbito laboral, jurídico, clínico, educativo, industrial, que a su vez definirá el objetivo al que va dirigida la entrevista ya sea para diagnosticar, o como parte de los instrumentos de diagnóstico, para asesorar, para seleccionar, o con fines terapéuticos.

La entrevista se definió a partir de la necesidad de encuadrarla como técnica de evaluación, en ese sentido es clásica la definición de Bingham y Moore (1924): "La entrevista es una conversación con un propósito". Se define la entrevista psicológica como: una técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento, diagnóstico y terapéuticos. En la entrevista se establece una relación directa y asimétrica con los clientes y se establecen unos objetivos que se pueden comunicar o no comunicar al cliente y que pueden ser parecidos o diferentes a los que consulta el cliente. La entrevista se desarrolla dentro de un marco determinado por el rol de psicólogo y paciente-cliente" (M. Vidal, 2011 en *La entrevista psicológica en la infancia*).

En cuanto al concepto de entrevista como método o técnica de evaluación o de tratamiento psicológico debemos destacar los siguientes criterios para considerarla entrevista psicológica:

1.- Relación asimétrica y diferentes roles: Entrevistador-Entrevistado: Psicólogo/paciente.

El entrevistador puede ser una persona o varias y el entrevistado una o varias personas a la vez o en diferentes ocasiones dentro de un contexto marcado por unas pautas que establecen los entrevistadores.

2.- Comunicación verbal y gestual de la que se obtiene información para ser evaluada.

La información verbal y gestual es evaluada para realizar el diagnóstico, asesoramiento o intervención psicológica

3.- Objetivos que conducen la entrevista

Los objetivos los propone el psicólogo y pueden o no coincidir con los del cliente-paciente, y puede comunicarlos o no al paciente-cliente según considere adecuado para obtener información

4.- El objetivo último de la entrevista psicológica es obtener información para la toma de decisiones y proponer una posible solución a la consulta por parte del paciente.

2.3.3.3 Observación

Es la técnica más antigua de todas las que se utilizan en evaluación psicológica, pero mantiene su actualidad y aun se utiliza dándonos garantías suficientes a la hora de la recogida de datos, actualmente 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:

- ✓ Sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
- ✓ Es planificada sistemáticamente.
- ✓ Es controlada previamente.

- ✓ está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

La observación podría definirse como la percepción atenta sobre algún fenómeno de la realidad a través de los sentidos sensoriales con la finalidad de llegar a un conocimiento significativo de esta.

Características de un buen observador

- ✓ Poseer “espíritu” de observador.
- ✓ Que sus sentidos sensoriales funcionen adecuadamente.
- ✓ Atención poderosa y constante.
- ✓ Ser capaz de distinguir entre un hecho objetivo y una interpretación subjetiva.
- ✓ Ser curioso y preocuparse de los detalles.
- ✓ Ser imparcial y honesto.

Ventajas de la observación

- ✓ No requiere gran infraestructura en su aplicación.
- ✓ Utilizado con aplicación entrega un gran caudal de información de un sujeto o de una gran cantidad de ellos.
- ✓ Es fácil determinar la validez de lo observado cotejándolo con la realidad.
- ✓ No es necesario de un marco estadístico matemático complejo para establecer ciertos conocimiento básicos que expliquen causalmente el comportamiento de o los sujetos.

2.3.3.4 Test psicológico

Un test es 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 éste se dejó de medir aisladamente. Se pasó entonces a hablar de diversas formas de inteligencia, 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 y los de inteligencia emocional.

Básicamente se utilizan dos tipos de técnicas: proyectivas y psicotécnicas. Las primeras evocarían cuestiones de orden subjetivo en las personas, mientras que las segundas utilizan metodología formalizada, comparable y medible (puntajes, escalas, muestras, estandarizaciones, coeficientes, etc.).

2.3.3.5 Manuales de diagnóstico

I. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

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

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

tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

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

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

Uso del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

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

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

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin ceñirse estrictamente al libro. (Por ejemplo el juicio clínico puede justificar el dx. A pesar de que sus signos y síntomas no cumplan (siempre que estos síntomas y signos persistan durante largo tiempo y no se consideren graves).

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

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

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

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

II. Clasificación estadística internacional de enfermedades décima edición (CIE-10)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

una sugerencia de carácter importante dentro del marco legal de los derechos de las y los pobladores de la nación la cual se encuentra en el capítulo XXI código Z00-Z99 de la CE 10.

III. Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)

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

Existe, por ejemplo, diferencias 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.

Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

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

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

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

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

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

índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

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

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

2.4 Psicoterapia

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

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

“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador

busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales.”

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

2.4.1 Antecedentes

Los orígenes de la Psicoterapia se remontan al siglo XIX. El período que se conoce como Modernidad, se caracterizó por un predominio de doctrinas filosóficas como: Materialismo, Mecanicismo y Funcionalismo. Todas ellas planteaban un concepto del Hombre como resultado de mecanismos estrictamente fisiológicos y mecánicos.

Esta línea de pensamiento es opuesta a lo que se conoce como Vitalismo, es decir, el predominio de los aspectos humanistas y espirituales para explicar lo humano. La Modernidad no quiere saber nada de teorías sin base empírica y ojalá que sean posibles de demostrar de manera experimental. Este paradigma colapsó con el correr del tiempo, ya que las evidencias de fenómenos sin explicación clara, crearon las condiciones para la emergencia de una nueva visión.

Esto condujo a nuevas prácticas y a un concepto del ser humano no conocido hasta ese momento. Hombre es un ser integral, dotado de cuerpo y alma. Esta nueva visión es integrativa y menos excluyente que la anterior. el hombre como un ser compuesto por una res cogitans (alma) y una res extensa (cuerpo). De esta manera, la Filosofía ya se había pronunciado acerca de una revolución del conocimiento que se llevaría a cabo en los albores del siglo XIX. Se habla de un giro notable en todas las ciencias del hombre y en especial en la Psicología.

2.4.2 Principios de la Psicoterapia

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

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

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

Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica. Kleinke trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad).

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

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

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

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

2.4.3. Competencias de la psicoterapia

Las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que su orientación teórica o técnicas de tratamiento (Lambert). La personalidad y habilidad técnica están entrelazadas.

Características deseables en el terapeuta

Según Luborsky: interés por ayudar a los clientes y la salud y competencia psicológica (no autoritarios ni rígidos). Cómo alcanzar una sólida alianza de trabajo terapeuta-cliente:

1. Revelar con palabras y gestos de apoyo hacia el deseo del cliente de conseguir sus metas.
2. Transmitir una sensación de comprensión y aceptación del cliente.
3. Desarrollar aprecio hacia el cliente.
4. Ayudarla a mantener defensas y actividades que refuercen su nivel de funcionamiento.
5. Actitud de esperanza realista.
6. Ayudar a los clientes a reconocer cuándo realizan progresos.

Kaiser (1965) propone estas características útiles del terapeuta:

1. Interés por las personas.
2. Visión teórica que no interfiere con el interés de ayudarles a comunicarse libremente.
3. Ausencia de patrones neuróticos que interfieran la comunicación fluida con el cliente.
4. Receptividad a los elementos no comunicativos del comportamiento del cliente.

Kottler (1991) establece las cualidades que resultan de mayor ayuda:

1. Inversión intensa de energía del cliente y del terapeuta.
2. Vínculos expresivos del cliente hacia el terapeuta y la colaboración activa de este.
3. Buen contacto personal (mutua comodidad, confianza, ausencia de defensas, espontaneidad y comprensión recíproca).
4. Apoyo y buena voluntad para permitir desafíos sin peligrar la estabilidad de la relación.

Albert Ellis (1985), características de un buen terapeuta:

1. Interesado vitalmente por ayudar a los clientes y enérgicamente dispuesto a trabajar para satisfacer dicho interés.
2. Acepta incondicionalmente a sus clientes como personas, mientras se enfrenta e intenta aliviar algunas ideas, sentimientos y comportamientos autoderrotistas de los clientes.

3. Confía en su propia habilidad terapéutica, y sin ser rígido o grandilocuente, cree firmemente que sus técnicas principales van a funcionar.
4. Posee un amplio conocimiento sobre terapias y prácticas terapéuticas; es flexible, no dogmáticos y científicos y, consecuentemente, están abiertos a adquirir nuevas competencias y a experimentar las mismas.
5. Eficaz en comunicar y enseñar a sus clientes nuevas formas de pensar, expresar emociones y comportarse.
6. Capaz de afrontar y aliviar sus propias perturbaciones y consecuentemente no está ansioso, deprimido, hostil, auto-disminuido, autocompasivo o indisciplinado de manera regular.
7. Paciente, persistente y trabajador en su práctica terapéutica.
8. Actúa profesionalmente y de manera adecuada en el ámbito terapéutico, pero continúa siendo capaz de mantener cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal en lo que hacen.
9. Optimista y muestra a los clientes que, independientemente de las dificultades que puedan experimentar, pueden cambiar de manera considerable.
10. No intentan ayudar a sus clientes a sentirse mejor y a vencer los síntomas presentes, sino que también ayuda a realizar un cambio actitudinal profundo que les permita mantener sus logros, continuar mejorando y evitar futuros trastornos.

2.4.4 Metas de la psicoterapia

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

✓ De la patología al afrontamiento

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

- ✓ Cambio en lugar de curación

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

- ✓ El cliente es el responsable

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

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

Las raíces de la psicoterapia se remontan hasta diferentes tipos de saberes desarrollados en la cultura occidental y procedente de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas actividades se refieren al hecho de que la vida humana es inherentemente problemática. El hombre se ve enfrentado a vivir consigo mismo y con los demás. Esta convivencia subjetiva y relacional genera problemas que suele ser clasificados como conductas anormales o desviadas socialmente. Este elemento convivencial junto con el de la anormalidad ha sido abordado de diferente manera a lo largo de la historia.

En el campo de la psicología, y a partir de las dos guerras mundiales la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. En un primer momento en la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos, y progresivamente se fue reivindicando una labor más allá de la puramente Psicodiagnóstico. La psicoterapia paso a ser un campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la orientación psicoanalítica.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación entre áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más científicas a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc.). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta. Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de reaprendizaje.

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck (1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana"(1953) llega a reexplicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje. Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca"(1958) demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (mas entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen,

reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos más subjetivos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado del modelo psicoanalítico que se considera excesivamente especulativo (aunque rico en aportaciones) y del conductista (potencialmente efectivo) que se considera demasiado reduccionista y mecanicista. Las nuevas alternativas son la psicología humanista, entre las que destaca C. Rogers, que llega a expandirse en EEUU, aunque poco en Europa; el modelo sistémico de terapia familiar (Bateson, Jackson, Haley, Minuchin, etc) y el modelo cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, etc).

En los últimos años las tendencias más actuales en el campo de la psicoterapia son: (Feixas y Miró,1993):

1ºLa tendencia a la investigación de resultados. La constatación de que la psicoterapia es más efectiva que el placebo y el no tratamiento, pero que prácticamente todos los enfoques o modelos son igualmente de efectivos.

2ºLa tendencia, impulsada sobre todo por el hecho anterior, hacia la búsqueda de modelos eclécticos e integrativos que den cuenta del hecho anterior o seleccione el tipo de terapia en función del cliente? problema? terapeuta específico. En este contexto se proponen diferentes concepciones de cómo debe de ser estos nuevos modelos, supuestamente más abarcadores de la diversidad y especificidad.

3ºLa tendencia creciente hacia la terapia breve en base a criterios de economía terapéutica y social bajo criterios de efectividad y eficiencia.

2.4.6 Formas de psicoterapia

Los principales modelos de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cinco orientaciones (Feixas y Miró1993):

- Modelos Psicodinámicos
- Modelos Humanísticos-Existenciales
- Modelos Conductuales
- Modelos Sistémicos
- Modelos Cognitivos

2.4.6.1 Terapias psicodinámicas

I.1 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.

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

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

que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar.

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

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

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

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

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

El Ello, el Yo y el Superyó

Diagrama del modelo estructural de tres instancias (Ello, Yo y Superyó) y de su superposición con el modelo espacial de la psique en la primera tópica de S. Freud (consciente, preconsciente, inconsciente).

El Ello es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.

El Superyó es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la "conciencia moral" y el ideal del yo. La "conciencia moral" se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

El Yo es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo.

El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios. Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que

le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada.

II Psicoterapia Breve y de Emergencia

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

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

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

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

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

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

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

III Psicoterapia Junguiana

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

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

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

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

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

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

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

- 1) La Sombra: Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rasgos indeseables, de los cuales uno no se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección. Hay que saber distinguir la sombra personal, de la sombra colectiva. Enfrentarse directamente con la sombra colectiva, puede llegar a ser una 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.

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

- 3) La Persona: Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo. Es como su nombre lo indica, sólo una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo estamos representando un rol, a través del cual habla la psiquis colectiva. Es necesario ver en la Terapia, hasta dónde estamos representando roles que nos han impuesto, también en relación con el grupo familiar. Así el hombre de fuerte personalidad social puede ser un niño en su casa, cuando expresa sus reacciones emocionales. Aquí hay que trabajar en la capacidad de dirigir la propia vida, tomar las propias decisiones, y cultivarse basándose en las tendencias y talentos personales.
- 3) Complejos sexuales: Anima-*Animus*: Aspecto femenino interno del hombre-Aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el ánima del hombre, como el *animus* de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica.

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

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

Como vemos, por todo lo dicho hasta ahora, se trabaja en un nivel profundo y con plena participación del interesado. El acceso al Inconsciente se realiza a través del Análisis de los sueños y del uso de la técnica "Imaginación Activa". La Regresión al pasado, a diferencia de

otras terapias, solamente se realiza cuando es necesario, y con un método apropiado para "zambullirse" y extraer el recuerdo correcto y preciso para la sanación.

Una búsqueda unilateral y exagerada de Armonía, puede indicar la 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.

Método terapéutico

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

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

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

1. El experimento de asociación de palabras que permite acceder a los complejos individuales.
2. El análisis y la interpretación de los sueños, de las visiones y de la imaginación. Ello implicaría métodos propiamente junguianos, así como la utilización de la amplificación a través de material arquetípico del simbolismo cultural e histórico

general, como ayuda a las asociaciones propias del soñante. También es propiamente junguiano el análisis de *series de sueños*, dado que el análisis de un sueño aislado puede inducir a error.

3. El estímulo de la producción espontánea del inconsciente, en forma de palabra, signo, pintura, baile, etc.
4. La imaginación activa, que permitiría comunicarse con lo inconsciente *personificando* aquellas imágenes emergentes desde un estado de introspección o meditación voluntarios.

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

IV 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.

Psicoterapia Focal

La terapia focal es para lo que a uno como sujeto le pasa, le sucede y no para lo que uno es. Aborda y busca resolver determinadas situaciones, por ejemplo, situaciones de crisis como duelos, divorcios, migraciones, enfermedades muy graves. Por eso mismo y cabe remarcar, no está indicada para por ejemplo la modificación de una neurosis obsesiva, un trastorno de personalidad o una adicción.

En esta terapia tratamos de buscar el foco de la situación, buscamos por así decirlo la temática, el dilema, la herida que es tan crucial para la persona que convoca por un período todas sus fuerzas internas.

Se trata de acompañar, guiar y potenciar las oportunidades de elaboración y crecimiento para evitar un desenlace destructivo, trágico como puede ser un suicidio, un proceso de psicotización o un proceso sordo de cronificación que estropea todo el resto de la vida del sujeto. En tanto la terapia focal viene a constituirse como una forma de prevención secundaria, puesto que actúa sobre un daño ya sucedido pero jerarquiza la prevención de un daño mayor y permanente.

Ese foco que buscamos justamente está en movimiento, pues tratamos de encontrarlo cuando ese suceso traumático está aún candente pues la persona gira alrededor de ese hecho rompiendo el equilibrio homeostático, es como dice la autora antes mencionada: “es un intruso que ha copado la vivienda del psiquismo” y utiliza sus recursos durante un tiempo”.

La psicoterapia denominada focal, consiste en tomar parte de la personalidad del paciente, la sintomatología, fundamentalmente la parte por la cual el paciente consulta como síntoma del tratamiento.

Por breve se entiende, en este tipo de terapia, a tratamientos que tienen como frecuencia una vez por semana y luego cada 15 días, y que pueden tener una duración de entre un año y dos de tratamiento (alrededor de 20-40 sesiones).

La finalidad del tratamiento en pacientes con trastornos graves que consultan por una sintomatología específica, es, no solamente ayudarlos a resolver la patología conflictiva por la cual consultan, sino fundamentalmente ayudarlos a desarrollar una estructura más sólida de la personalidad, de manera que la relación con él mismo y con los demás llegue a ser más coherente, y menos compulsiva e impredecible. Se trabaja sobre la patología motivo de consulta y el trastorno base de personalidad.

Se puede hacer un trabajo psicoterapéutico sobre dos bases fundamentales, que son:

1. fortificación de la alianza terapéutica: no se puede hacer un tratamiento psicoterapéutico si no se refuerza la alianza permanentemente.
2. resolución permanente de las reacciones transferenciales.

Las intervenciones que van a predominar van a ser:

- la exploración
- la afirmación
- la clarificación
- la confrontación

En contraposición a esto, que serían los elementos tácticos más importantes, la proporción de interpretaciones en el tratamiento es relativamente baja. La localización de las intervenciones se va a hacer en los síntomas, en las situaciones actuales en el afuera y con el terapeuta (o sea, en la relación médico-paciente).

El terapeuta tiene que descifrar las comunicaciones confusas y contradictorias. Muchas veces el paciente dice algo que ni él mismo sabe qué es lo que quiere decir, entonces el que el

terapeuta pregunte y clarifique ayuda al propio a empezar de alguna manera a encontrar relación entre vivencia y actitudes.

Los esfuerzos tácticos en dirigirse a la transferencia negativa deben ser a través o no de la interpretación. O sea, no siempre hace falta interpretarla, sino simplemente clarificarla. Además hay que empeorar las reacciones transferenciales y sobre todo mostrarles las transferencias negativas como un deterioro de la alianza y del tratamiento, como algo que está impidiendo el desarrollo de la psicoterapia, porque estas formas son consideradas como de autoagresión.

2.4.6.2 Terapias Conductistas

I Psicoterapia Racional Emotiva

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

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

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

Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo ABC, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente. La terapia involucra el entrenamiento de este para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas

estrategias que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales por el terapeuta, el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

Técnicas

- *Insight* racional emotivo: La meta principal de esta técnica es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.
- Método socrático: Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- El debate filosófico: El método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es del debate filosófico que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.
- Imaginación racional emotiva: Consiste cada vez que la gente se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, están empleando imágenes racionales emotivas, la forma más eficaz de práctica emocional.
- Autoanálisis racional: Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones causa – efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.
- Las imágenes racionales emotivas: Su base descansa en el hecho neuropsicológico de que las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- Reestructuración racional sistemática: El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término, aprendan a funcionar como sus propios terapeutas.
- Debatir creencias irracionales: Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.

- Autoexamen racional: Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus razones emocionales ante los hechos o eventos.

Aplicaciones

- Terapia individual: Está indicada para personas que tienen dificultad en hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.
- Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.
- Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

II Modificación de la conducta y terapia de la conducta

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

II.1 Caracterización de la modificación de la conducta

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

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

II.2 Técnicas de modificación de la conducta

- Refuerzo positivo

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

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

- Refuerzo negativo

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

- Modelado

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

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

- Encadenamiento

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

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

II.3 Procedimientos para reducir o eliminar la conducta

- Extinción

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

- Reforzamiento de conductas incompatibles

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

- Aislamiento o tiempo fuera

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

- Control de estímulos

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

de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella.

- Costo de respuesta o castigo negativo

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

- Práctica positiva

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

- Saciadad

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

- Castigo

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

Psicoterapia de grupo

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

III.1 Breve historia de la psicoterapia de grupo

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

Su técnica se apoya en dos pilares:

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

Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal:

- Técnicas grupales analíticas
- No directivos y terapia gestalt

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

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

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

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

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

Metas del grupo. Estas pueden tratar de lograr metas de diferentes índoles, (laborales, escolares, etc).

III.3 Propiedades de los grupos

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

Beneficios de la terapia grupal

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente:

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

III.5 Diferencia entre psicoterapia de grupo y los grupos de apoyo

La psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Esta forma de terapia es de uso muy extendido, y aceptada desde hace más de 50 años. Provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia

situación, y aprender junto con las demás personas. Se ha demostrado, mediante estudios científicos, que la psicoterapia de grupo es tan eficaz como la individual.

Al contrario de participar en un grupo de apoyo no garantiza que se sentirá mejor o vivirá más tiempo, involucran reuniones regulares donde las personas que experimentan problemas similares o transiciones de vida se reúnen para ofrecer otro tipo de apoyo y estímulo. Los grupos de apoyo se limitan comúnmente al alivio de los síntomas. Pueden no ser guiadas por profesionales.

2.4.6.3 Terapia Humanísticas

I Terapia Centrada en el Cliente

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

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

I.1 Cliente en oposición a paciente

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

I.2 Actitudes básicas para la relación de ayuda

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

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

I.3 El proceso de convertirse en persona

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

1. Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
2. Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un ambiente que no le condiciona, lo que convierte en innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.

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

I.4 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, creemos, porque el enfoque no directivo o centrado en el cliente constituye además de una técnica, aplicable a tal o cual problema, una concepción del ser humano y de las relaciones interpersonales. Por ello trasciende los linderos del consultorio para conformar una teoría sobre el "buen vivir", esto es, sobre el vivir plenamente, en constante superación, abiertos a todas las experiencias, sin miedo, con capacidad de elección y de responsabilizarnos por lo elegido.

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

II Terapia Gestáltica

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

II.1 Fundamentos de la terapia Gestalt

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

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

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

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

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y

asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

II.2 Conceptos principales

Se basa en:

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

II.3 Aplicabilidad de técnicas de la gestalt

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

- Técnicas Sorpresivas

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

✓ Entre las Principales Sorpresivas tenemos

- a) Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.

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

- **Técnicas Expresivas**

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

- ✓ **Expresar lo no expresado**

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

- ✓ **Terminar o completar la expresión**

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas

más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

✓ Buscar la dirección y hacer la expresión directa

a) Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se dé cuenta de su significado.

b) Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

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

- Técnicas Integrativas

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

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

III. Logoterapia

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.

III.1 Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, el auto distanciamiento, 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 auto distanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él. En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.

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

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

III.2 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 co-dependencias, entre otras.
- Adicciones.

Conclusiones

- Las formas de psicoterapia comprenden intercambios entre un paciente y un terapeuta, estos intercambios, buscan la comprensión del problema del paciente.
- La psicoterapia intenta curar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para manejar sus circunstancias de vida.
- La psicoterapia es un proceso de sanación del alma donde el terapeuta ayuda al paciente a utilizar sus aptitudes de manera adecuada.
- Los terapeutas deben ser entusiastas, comprensivos, interesándose por las personas de una manera estimulante, paciente, tolerante y no juzgar las actitudes del paciente.
- La terapia humanista se enfoca en el aquí y en el ahora. Estas proporcionan los medios necesarios para poder solucionar problemas emocionales.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se encuentran temas importantes que sirven como base para realización de la práctica profesional dirigida, el orden en que se llevó a cabo y los diferentes programas que se utilizaron incluyendo los cronogramas, las capacitaciones dadas con diferentes temas que se desarrollaron con los grupos de la institución.

También Sirvió para brindar apoyo psicológico adecuado a los niños de la fundación cristiana para adultos CFCA, con el propósito de ayudar y mejorar su condición de vida. Una buena planificación conlleva al éxito para la ejecución de cualquier caso clínico.

A través de la planificación, los temas se pudieron desarrollar los conocimientos adquiridos en el transcurso de clases, para tener un sistema de trabajo ordenado.

3.1 Programa de la práctica

I propósito del curso

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

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

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

II Competencias

- 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 logro

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

IV Contenido temático

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en
4. Psicodiagnóstico

5. Detección y atención de casos
6. Capacitación en salud mental
7. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
8. Atención a comunidades de riesgo
9. Detección de situaciones de resiliencia
10. Creación de programas y proyectos

3.2 Cronograma de actividades

I Fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02) 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.</p> <p>Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega de resumen del libro</p> <p>La Entrevista Psiquiátrica</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación</p> <p>Día sábado 6/ 02</p> <p>Valor 5 punto</p>
La entrevista	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	<p>Guía de lectura</p> <p>Valor 5 puntos</p>

Continuación I fase.

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>Investigación marco de Referencia</p> <p>Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal</p> <p>atendida en el Centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>Elaboración de Referente metodológico</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p> <p>Discusión de casos</p>	<p>Entrega y revisión del marco de referencia.</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>
<p>Marco de referencial</p>	<p>Elaboración de Marco de Referencia</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>

Continuación I fase.

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
<p>Análisis y discusión de formas</p> <p>De Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>-Psicoterapias Humanistas</p> <p>--Psicoterapias Conductistas</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones</p> <p>Prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p>	<p>Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Informes mensuales / cada mes</p> <p>Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas).</p>

II Fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer Grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos
Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares.	<p>Elaboración de Historias Clínicas</p> <p>Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato)</p> <p>Discusión de casos/ llevar caso principal al aula.</p>	<p>Presentación de 5 historias clínicas completas</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Participación</p>
Aplicación de técnicas de intervención clínica en Psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema Valor 5 puntos

Continuación II fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	Elaboración de Planificación y cronogramas. Ensayos en el aula. Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de capacitaciones Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y selladas
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica.	Entrega de proyecto Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales.	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto. Entrega de evidencias electrónicas del proyecto Valor 5 puntos. Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica. Profesional Dirigida	Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas.	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos

III Fase.

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Primera revisión de informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe Valor 5 puntos
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación general de práctica profesional

Fecha	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos E Instrumentos	Logros De Resultados Esperados
ENERO	Recibir información sobre la realización de la práctica profesional dirigida.	Información sobre práctica profesional dirigida. Instrucciones sobre metodología a utilizar.	Observación directa.	Lapiceros Hojas de papel bond	Comprender instrucciones.
FEBRERO	Organizar los pasos para la realización de la práctica profesional dirigida.	Entrega de planificación general. Solicitud de realización de práctica en la Fundación Cristiana Para Adultos CFCA que llena el perfil requerido.	Reuniones Discusiones	Cuadernos Computadora Entre otros.	Localización de centro de práctica. Comprensión sobre las actividades para la realización de la práctica.

Continuación de la planificación general de práctica

Fecha	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos E Instrumentos	Logros De Resultados Esperados
MARZO	Integración del profesional de la Fundación Cristiana para Adulto CFCA	Presentación al centro de práctica. Entrega de planificación general al centro de práctica.	Observación directa.	Libros Internet Computadora.	Localización de identificación de lugar de práctica.
ABRIL	Conocimiento de diferentes casos de paciente	Abordaje de casos en entrevistas, evaluación de paciente. Retroalimentación de conocimientos.	Discusión Reuniones	Paciente. Terapeuta Hojas Bolígrafos	Detección de caso.
MAYO	Con el apoyo del catedrático y terapeuta practicantes lograr una mejor intervención.	Elaboración de historia clínicas. Discusión de casos. Retroalimentación de conocimiento.	Discusiones reuniones	Catedrática Paciente Alumna Practicante.	Realizar las actividades con eficiencia.
JUNIO	Apoyo a las necesidades del centro de práctica.	Registro de evaluación de casos, diagnósticos y tratamiento.	Análisis de casos. Información.	Catedrática Paciente Alumna practicante.	Satisfacción del director del centro de práctica por el aprendizaje de la alumna.
JULIO	Uso de la psicoterapia dependiendo del caso.	Presentación y discusión de psicoterapias en casos atendidos. Actividades en el centro de práctica.	Entrevista Discusión	Paciente Alumno practicante. Director centro de práctica.	Satisfacción del paciente.

Continuación de la planificación general de práctica

Fecha	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e Instrumentos	Logros Esperados
AGOSTO	Conocer los resultados obtenidos durante el proceso de practica	Cierre de casos. Informe final de casos atendidos. Clausura y despedida de práctica.	Informe por escrito.	Papel bond Computadora Bolígrafos Libros.	Orientar al paciente de la mejor manera.
SEPTIEMBRE	Desarrollar el proyecto de salud mental abordado por el grupo de practicantes	Ejecución de proyecto de salud mental. Trabajo	Observación	Alumno practicante Textos.	Ayudar a los alumnos que tengan una salud mental saludable.
OCTUBRE	Dar a conocer el informe final por escrito sobre el viaje de salud mental.	Informe final de proyecto de salud mental. Segunda revisión del informe final de práctica profesional supervisada.	Entrega de informe por escrito.	Alumna practicante Coordinadora Paciente.	
NOVIEMBRE	Presentar un informe real incluyendo todo lo realizado durante la práctica profesional dirigida.	Tercera revisión del informe final de práctica profesional dirigida. Entrega de informe final de práctica. Examen final de práctica profesional dirigida.	Realizar el informe final por escrito.	Alumna practicante. Coordinadora de práctica.	

3.3.1 Subprograma

a) Programa de atención de casos

Introducción

Para realizar la práctica profesional dirigida se hizo una planificación sobre la atención clínica psicológica que se dará a cada uno de los pacientes, que se atienden, es necesario realizar un programa incluyendo, los objetivos, actividades y un cronograma para que el proceso terapéutico pueda mejorar su calidad.

Objetivos

Atender al paciente eficientemente y darle una mejor solución a las dificultades que presentan.

Cronograma de actividades

No. Personas que asistieron	Lugar	Fecha	actividades
35	La Fundación cristiana para Niños y Ancianos CFCA del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.	Febrero y marzo.	Se realizó una reunión breve con los diferentes grupos de padres de familia, para informarles que mi persona apoyara a los niños que tiene bajo rendimiento escolar.
25	La Fundación cristiana para Niños y Ancianos CFCA del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.	Abril y mayo	Primera entrevista con los niños que tienen bajo rendimiento escolar. Exámenes auditivos y visuales Ejercicios de lectura Ejercicios de memorización

Continuación de casos

No. Personas que asistieron	Lugar	Fecha	actividades
25	La Fundación cristiana para Niños y Ancianos CFCA del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.	Junio y julio	Atención de casos como: ansiedad por separación, maltrato intrafamiliar, maltrato infantil, somáticos, hiperactividad, hipersomnia entre otros. se utilizó la técnica Psicoterapia cognitiva conductual cambio de pensamiento he ideas irracionales Terapia familiar Test de la familia
100	La Fundación cristiana para Niños y Ancianos CFCA del Municipio de San Juan Comalapa del Departamento de Chimaltenango.	Agosto septiembre	Se realizaron capacitación a los padres de familias como: autoestima, maltrato infantil, salud mental, paternidad responsable, cada grupo de padres de familia estaba compuesta de 20 y 25 personas que recibían charla, con el fin de que ellos puedan educar a sus hijos, y no maltratarlos.

3.3.2 Programa de capacitación

Introducción

A través de las capacitaciones, puede ayudar a los padres de familia, que atraviesan problemas en su vida diaria, estas charlas ayudan a mejorar el ambiente familiar y social, considerando temas de importancia como lo es la violencia intrafamiliar, manejo adecuado del conflicto, relaciones interpersonales entre otros.

Objetivos

- Que los pacientes se conozcan y creen un clima de confianza
- Mantener la unidad del grupo
- Unificar esfuerzos para prevenir la violencia intrafamiliar para que los niños no sufran más.
- Que los pacientes se interrelacionen y se animen en el taller.
- Promover el autoconocimiento para poder manejar adecuado ante los conflictos.

Temas desarrolladas en la fundación CFCA

No. de personas capacitadas	lugar	Fecha	Tema
25	Instalaciones de la fundación	6-8-2012	Con padres prevención contra el maltrato infantil
20	Instalaciones de la fundación	10-8-2012	Con niños autoestima.
25	Instalaciones de la fundación	29-8-2012	Con padres salud mental
20	Instalaciones de la fundación	30-8-2012	Con padres paternidad responsable

Actividades

- Elaboración de agenda de trabajo
- Dinámica
- Investigación de temas
- Organización de grupo de trabajo

II Cronograma de actividades

Actividades	Horario (tiempo)
Presentación	5 minutos
Presentación de los participantes	3 minutos
Dinámica	10 minutos
Presentación del tema	40 minutos
Evaluación	12 minutos

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados que se obtuvieron de las diferentes capacitaciones dadas en la fundación, así como los logros y limitaciones, los puntos de vista, como fue la experiencia o sea en que concluye y que recomendaciones daremos a los participantes.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- Participación activa de los padres de familias
- Puntualidad
- Responsabilidad
- Satisfacción de los padres de familias
- Participación de los padres de familias que vienen de aldeas, caseríos entre otros.

4.1.2 Limitaciones

- Tiempo
- No hay quien cuide sus bebés cuando reciben terapia
- Varias personas desconocen la labor de un psicólogo
- No hay clínica adecuada para la atención

4.1.3. Conclusiones

- Se adquirió una buena experiencia en la atención de los pacientes

- A través de las terapias, el terapeuta, se preocupa más de investigar los problemas o tipos de trastornos que atraviesa el paciente.
- Es una satisfacción ayudar a los niños con sus distintos problemas.
- Es necesario conocer los diferentes trastornos, para poder ayudar en forma eficiente a los niños y a los padres de familia.

4.1.4. Recomendaciones

- Atender al paciente con mucha conciencia para satisfacción personal.
- Investigar y dominar los diferentes trastornos que existen.
- Ayudar al paciente para mejorar su autoestima
- Dar terapia al paciente de 45 a 60 minutos.

4.1.5. Muestra de cinco casos atendidos

Historia Clínica No. 1.

I. Datos generales

Nombre:	M.A.C.T
Edad:	13
Dirección:	3ra. Calle 1-22 zona 3 San Juan Comalapa
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento	Comalapa, 25 de mayo de 1999
Escolaridad:	6to. Grado primaria
Religión:	Católico
Evaluador:	Angélica Verónica Juchuña Quina
Fecha:	1 de junio de 2012

II. Motivo de consulta

Se siente deprimida, su autoestima está muy bajo, no encuentra la forma de reconciliarse con la sociedad se siente culpable de sus malos hechos, muy poca comunicación con su padre, cada quien trabaja por su cuenta.

III. Historia del problema actual

Hace dos años que se siente muy mal, a raíz de todo esto por la muerte de su señora madre, salió a trabajar para poder estudiar no tiene apoyo de su padre, dicho padre se juntó con otra señora, la niña y la señora no se llevan bien, siempre hay choques entre ellas, por lo que el papa no le pone atención a su hija, cada día se desespera, a raíz de esto acepto el trabajo que se le ofreció como tortillera de un pequeño restaurant.

IV. Factores precipitantes

La niña comenta que al empezar a trabajar creía que mejoraría la relación con su padre y su madrastra pero ha empeorado.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Este problema le afecta diariamente en vista que su padre se casó con otra señora, con la que ella no se lleva nada bien tampoco, no hay buena relación con sus hermanos cada día es un infierno para ella.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente indica que desde hace dos años empezó el problema a raíz de todo esto por la muerte de su señora madre, su padre ya no les pone atención, tiene abandonado a sus hijos, constantemente los agrede por cualquier cosa, al pasar el tiempo su padre se volvió a casar, para ella fue frustrante al saber que su padre uniría su vida con otra persona.

Al inicio la señora atendía muy bien a sus hermanos era muy atenta con toda la familia, pero al pasar los meses ella les gritaba y agredía a sus hermanitos, la paciente indica que ella al ver lo que pasaba con sus hermanitos de la misma forma le grita a su madrastra, y luego la madrastra le comenta todo a su padre, y el padre de la paciente le insulta y le dice que vaya a trabajar que ya está cansado de darle de comer, entonces la paciente decidió buscar trabajo para no ver lo que sucede en su casa y escuchar los maltratos de su padre. Luego encontró un trabajo al principio se sintió realizada con ese trabajo se sentía feliz. Su jefe es muy atento con ella la paciente indica que cuando conversa con su jefe se olvida de todos sus problemas. Ella ha caído en adulterio con su jefe abusándola sexualmente en el trabajo, su conciencia le hace sentir culpa, ella piensa que todas las personas se le quedan viendo, se siente culpable ante la sociedad.

VII. Historia medica

Se observa una tez pálida, necesita de un chequeo médico.

VIII. Historia familiar

Tiene 13 años de edad, es ya independiente, está estudiando en una escuela nacional su padre era responsable, de ella pero hace dos años que su señora madre falleció. Son cuatro hermanos ahora viven con su madrastra.

IX. Examen mental

La niña se muestra muy tranquila, se expresa con un lenguaje adecuado y entendible; su tono de voz normal, habla de sus hermanos con un afecto y dice quererlos pero no se lleva bien con su padre ni su madrastra, es muy positiva, poco alegre controla sus impulsos.

X. Criterios diagnósticos

Signos

- ✓ Un rostro pálido
- ✓ Bastante serena
- ✓ Expresión firme

Síntomas

- ✓ Soledad
- ✓ Vergüenza
- ✓ Rechazo

XI. Diagnóstico Multiaxial

Eje I	Trastorno Distímico F34.1
Eje II	Ninguno
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	

XII. Pronóstico

Este caso resulta favorable porque el paciente se somete voluntariamente a la terapia.

XIII. Plan terapéutico

Terapia cognitivo conductual

Se trabajaron los siguientes pasos para poder desarrollar la terapia.

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Manifestaciones del proceso del duelo
- ✓ Factores y conductas de riesgos en el proceso de duelo
- ✓ Manejo del proceso del duelo

Historia clínica No. 2

I. Datos generales

Nombre:	J.A.T.X
Edad:	8
Dirección:	Barrio Paxot, San Juan Comalapa
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento	Comalapa, 1 de febrero de 2004
Escolaridad:	3ro. Primaria
Religión:	Católico
Evaluador:	Angélica Verónica Juchuña Quina
Fecha:	4 de mayo de 2012

II. Motivo de consulta

El paciente a menudo le pega a sus compañeros, les quita sus pertenencias a otros niños y niñas, en varias ocasiones ha quebrado algunos vidrios de su aula, tirando piedras, a veces no quiere quedarse en la escuela hace muchos, berrinches.

III. Historia del problema actual

El paciente empezó sus problemas de conducta aproximadamente en la época en que sus padres se separaron, su padre fue a buscar trabajo a los Estados Unidos, hace tres años, acontecimiento que obligo a su madre a trabajar aún más, y a desatender a sus hijos.

IV. Factores precipitantes

La mamá del paciente refiere que la situación inicio cuando su padre se fue para los estados unidos y la mamá se vio obligado a buscar trabajo el paciente es muy rebelde.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Sus padres se separaron hace tres años, obligo a la madre a trabajar aún más y desatender a sus hijos, la madre trabaja todo el día y no tiene tiempo de acompañar a su hijo en la escuela.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Abandono la escuela hace dos meses, es desatendido por su madre, están separados con el padre, la madre refiere que nunca tuvo problemas médicas, cuenta que la maestra le había dicho que, aunque poseía una buena inteligencia, J. tiene además de mala conducta serias dificultades en leer.

La madre del paciente refiere que el niño no quiere jugar con sus hermanos a veces lo ven muy triste y deprimido, la madre del paciente dice que surgió esos cambios en el niños desde que su padre se fue para los estados unidos el paciente siempre jugaba con su padre salían a caminar siempre era el niño consentido de su padre.

VII. Historia medica

Se observan en el niño que le lloran los ojos, poco apetito, necesita de un chequeo médico.

VIII. Historia familiar

El paciente es un niño de seis años de edad, vive con su madre y sus tres hermanos, él es el último, se separaron del padre hace tres años, quien migro a los Estados Unidos, la familia del paciente pertenece a la clase baja, el niño tiene que ayudar para el sustento de su familia, al juntarse con otros niños aprenden de ellos las malas costumbres, su madre a veces se desespera con él, porque hay momentos en que no haya que hacer.

Sus hermanos no lo soportan no quieren jugar con él, dicen los hermanos que él es muy abusivo y además los agrede les araña la cara, cuando el estudiaban sus compañeros siempre se quejaban de él. Su madre ya no sabe qué hacer con él, dejo de estudiar lo único que le gusta hacer es ver televisión, cuando regresa de trabajar el niño los días martes, viernes, domingo trabaja haciendo lustres para ayudar a la madre con el sustento diario al igual que los otros tres hermanos.

Cuando el padre llama a su casa él niño no quiere hablar con su padre, empieza a llorar y de dice a su padre que se regrese.

IX. Examen mental

El niño se muestra poco alegre, se expresa con un lenguaje espontáneo, su tono de voz normal, su actitud no es aceptable su conducta es muy mala, se deprime constantemente, la madre del paciente piensa que la culpa lo tiene el padre por haberse emigrado para los Estados Unidos.

X. Criterios diagnósticos

Signos y síntomas

- ✓ Un rostro triste
- ✓ Desconsolado
- ✓ Decepcionado
- ✓ Lloro cada vez que se acuerda de su padre

XI. Diagnósticos multiaxial

Eje I Trastorno desintegrativo infantil F84.3

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problema relativo al grupo primario de apoyo

Eje V

XII. Pronóstico

El paciente es muy vulnerable al preguntarle de su padre, esto es desfavorable para el paciente, porque tiende a recordarse de lo que vivió con su padre y esto le causa mucha tristeza.

XIII. Plan terapéutico

Terapia cognitivo conductual

- ✓ Se le explica al niño que su padre está bien que él fue a trabajar para que el niño tenga una vida mejor.
- ✓ Utilizar la técnica de racional emotiva, para que el paciente cambie de idea y de conducta.
- ✓ El resto de la familia deberá recibir terapia para que el proceso de mayor efecto.

Historia clínica No. 3

I. Datos generales

Nombre:	M.D.T.C
Edad:	10
Dirección:	Simajhule, aldea de San Juan Comalapa.
Sexo	Femenina
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento	Comalapa, 5 de junio de 2002
Escolaridad:	5to. Primaria
Religión:	Católico
Evaluador:	Angélica Verónica Juchuña Quina
Fecha:	10 de agosto de 2012

II. Motivo de consulta

Tiene dificultad para hacer sus tareas la maestra le ha advertido de perder varios cursos, de continuar así, perderá el año, ella está muy preocupada no sabe que es lo que le pasa.

III. Historia del problema actual

Desde su nacimiento padece de una enfermedad del oído derecho, le hicieron algunas consultas en el centro de salud de su comunidad, un largo tiempo se le quitó el dolor. Solamente le administraron calmantes, a los cinco años nuevamente empezó con el mismo dolor y con el mismo oído, los dolores del oído le afectan. La paciente indica que no se siente bien porque sus padres la regañan mucho porque va mal en los estudios, pero ella indica que ella realiza todas las tareas al momento de dictados ella no logra escuchar lo que dicta la maestra. Sus hermanas se burlan de ella le dicen que es una tonta que no puede hacer nada y es una perdedora. La paciente constantemente se siente muy angustiada.

IV. Factores precipitantes

La paciente indica que creyó que al irse a la escuela todo cambiaría, pero ha empeorado.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación ha perjudicado la salud de ella, su relación con sus padres y sus hermanas, Empezó un tratamiento en el hospital de prociegos y sordos, fue interrumpida varias veces no podían llegar por problemas de economía y medios de transporte de condición humilde, vive en una aldea del municipio.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente indica que se siente muy triste porque piensa que sus compañeras de escuela le hacen de menos tiene baja autoestima a un no logra superarlo, la paciente indica que empezó a tener dificultades cuando su madre la despidieron de su trabajo, ella se sintió muy mal porque ella se puso a pensar que ya no iba a asistir en el hospital de prociegos y sordos, de donde sacarían el dinero para los viajes. La madre de la paciente indica que la maestra le dijo que en los cuadernos de la paciente revelan errores en dictados, frases incompletas y serias falta en la organización gramatical, de lectura, los escritos al dictado, revelan, letras malas.

VII. Historia medica

Ha asistido en un tratamiento en el hospital prociegos y sordos de Zaragoza, Se le observa una tez muy pálida, muy angustiada, necesita de un chequeo médico.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente está compuesta por siete hermanas tres hermanas mayores casadas y son ama de casa, las otras cuatro no estudian solo se dedican al tejido de cintura para ayudar a sus padres en los gastos del hogar, su padre es jornalero, su madre anteriormente trabajaba en la escuela de su comunidad como conserje. Ahora solo se dedica al oficio de la casa. La paciente tiene diez años de edad cursa el quinto primaria en una escuela pública de su comunidad, ella viven con sus padres y sus cuatro hermanas, son de condiciones humildes, su padre solamente tiene un trabajo inestable.

IX. Examen mental

La paciente se muestra muy preocupada, se expresa con un lenguaje adecuado y entendible, su tono de voz es muy triste, su apariencia es muy adecuada, habla de sus padres con un afecto y sus hermanas dice quererlos mucho, pero no se llevan bien con sus hermanas por las actitudes de ella hacia ellas. Pero aun así ella quiere mucho a su familia.

X. Criterio diagnostico

Signos y síntomas

- ✓ Un rostro pálido y triste

- ✓ Pesimista
- ✓ Se constantemente se considera tonta y estúpida.
- ✓ Inseguridad de sí misma
- ✓ Soledad
- ✓ Rechazo

XI. Diagnostico multiaxial

Eje I Trastorno de la lectura F81.0

Eje II Trastorno de la personalidad por dependencia.

Eje III Ninguno

Eje IV Problema de acceso a los servicios de asistencia sanitaria

V.

XII. Pronostico

Paciente necesita seguir con psicoterapia para lograr cambiar la perspectiva de ver las cosas que le han sucedido a través de los años.

XIII. Plan terapéutico

- ✓ Se hace uso de la terapia cognitivo conductual, aplicando la técnica racional emotiva para que la paciente cambien las ideas
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ Terapia de apoyo, con toda la familia, para brindarle nuevas esperanzas a la niña.

Historia clínica No. 4

I. Datos generales

Nombre:	G.B.M.S.
Edad:	50 años
Dirección:	2da. Calle 3-45, zona 1 San Juan Comalapa
Sexo	Femenino
Ocupación:	Ama de casa

Lugar y fecha de nacimiento:	Comalapa, 7 de marzo de 1962
Escolaridad:	2do. Primaria
Religión:	Católico
Evaluador:	Angélica Verónica Juchuña Quina
Fecha	24 de agosto de 2012

II. Motivo de consulta

Paciente refiere que no sabe qué hacer ya que su esposo la engaña y aparte de eso la trata mal, le dice palabras muy feas y ha tratado de pegarle en una ocasión.

III. Historia del problema actual

Paciente refiere que todo inició hace 3 años atrás, cuando le comentaron terceras personas que su esposo la estaba traicionando con su vecina. Ella refiere que ella confiaba ciegamente en él, nunca lo había celado, ni sufría cuando su esposo no estaba en casa, pero ahora cada vez que él sale, ella piensa que salieron a comer con la vecina, cree que él la mantiene y le compra todo lo que ella necesita.

Ella cree que eso ya no tiene solución, ya que por más que su esposo trata de explicarle de que nunca ha habido nada con nadie, ella no le cree y sufre por eso.

IV. Factores precipitantes

Paciente refiere que la situación inicio cuando escuchó comentarios de terceras personas, que indicaron que es una persona celosa, que no confía en su esposo y que lo vigila, dice haberse molestado, porque no era así. Por tal motivo empezó a analizar por qué, y decidió investigar y seguir a su esposo y a esa otra persona para ver que realmente estaba pasando. Ella refiere que desde entonces no confía en su esposo porque cree que él la engaña.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Paciente refiere, que debido a esta situación se vio en serios problemas toda la familia ya que ella sufría mucho y perdió toda la confianza que le tenía a su esposo.

Refiere paciente que sus hijos sufrieron una gran tristeza y decepción, por el problema que se dio, hasta el momento considera que ellos sufren ya que la relación de pareja, no volvió a ser como era antes de tal situación.

VI. Historia clínica antecedentes personales

La paciente indica que desde hace unos días empezó el problema con su esposo porque ellas escuchaban los comentarios de la vecindad, hablar de ella y de su esposo, y la vecina siempre pregunta por su esposo, le lleva

cosas como refacciones ella cree que la vecina y el esposo le están viendo la cara. Ella está muy angustiada ya no sabe qué hacer y los niños no le ponen atención.

VII.Historia medica

Ha estado bajo tratamiento médico, se observa una mirada triste, cansada, necesita un chequeo médico.

VIII.Historia familiar

Paciente refiere que es tercera de 6 hermanas, creció sola con su mamá y su hermana mayor, creció desamparada por parte de su papá, ya que él abandono a su mamá cuando se enteró que ella estaba embarazada.

Refiere paciente que desde muy temprana edad empezó a trabajar para poder ayudar a su mamá, ya que sus demás hermanas no lo hacían. Por la misma situación la relación con ellos no fue muy buena ya que no ayudaban para cubrir los gastos necesarios.

Paciente refiere que cuando ella era joven sufrió de una violación sexual, de la cual ella quedó embarazada y dio a luz a un niño, el cual tuvo y creció con ella.

Paciente refiere que ha estado bajo tratamiento médico, debido a que sus nervios los tiene alterados. Pero dice que lamentablemente su salud mejora solo mientras está bajo efectos de los fármacos.

Refiere padecer de reumatismo, su esposo ya no le pone atención ya no quiere saber nada de ella porque ella siempre está molesta con él, porque cree que está saliendo con su vecina, ya no soporta a su esposo esta con él por lo niños.

IX. Examen mental

La paciente se muestra muy triste, se expresa con lenguaje adecuado y entendible su tono de voz es tembloroso y vulnerable, ella piensa que su esposa la engaña porque ella ya tenía un niño cuando se casó con él. Ya no tolera más a su esposo.

X. Criterios diagnósticos

Signos y síntomas

- ✓ Un rostro triste
- ✓ Desconsolada y culpable
- ✓ Enojada y decepcionada
- ✓ Padece de hipersomnia
- ✓ Lloro cada vez que piensa en su problema

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Depresión menor

Eje II Ninguno

Eje III Reumatismo

Eje IV Afecta sus relaciones sociales, interpersonales y espirituales.

XII. Pronóstico

Paciente necesita seguir con psicoterapia para lograr cambiar la perspectiva de ver las cosas que le han sucedido a través de los años. Necesita tener el apoyo familiar para que ella se sienta segura y querida. Además si recibieran terapia de pareja ayudará a mejorar la calidad de vida de la paciente.

XIII. Plan terapéutico

Se hace uso de la terapia cognitivo conductual, aplicando la técnica racional emotiva para que la paciente cambien las ideas, por medio de la silla vacía. La familia debería recibir la terapia familiar para que el proceso de mayor efecto positivo.

Historia clínica No. 5

I. Datos generales

Nombre:	F.J.B.S
Edad:	15
Dirección:	1ra. Calle 3-34 zona 2 San Juan Comalapa
Sexo	Masculino
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Comalapa, 3 de Junio de 1997
Escolaridad:	3ro. Primaria
Religión:	Católico
Evaluador:	Angélica Verónica Juchuña Quina
Fecha:	27 de agosto de 2012

II. Motivo de consulta

El paciente refiere que está muy cansado de estar repitiendo los años escolares, ya que ha atendido dificultad para rendir en su escolaridad, esto mismo le ha causado problemas con sus padres y personas que están a su alrededor, de la misma manera ha afectado en su autoestima, porque piensa que él no sirve para nada.

III. Historia del problema actual

El paciente actualmente cursa el tercer grado de primaria, durante que inicio la primaria, el primer año perdió párvulos perdió dos años consecutivos, primero gana, segundo volvió a perder, y actualmente curso al grado de tercero primaria y refiere que tienes muy bajas notas está en la posibilidad de volver a perder, está muy angustiada no sabe que es lo que le pasa. Esto afecta su autoestima y la presión de sus padres y compañeros por la edad que tiene y los antecedentes de bajo rendimiento escolar que ha presentado durante los años atrás.

IV. Factores precipitantes

Tiene muy baja autoestima, está muy preocupado de volver a perder el grado, y también sufre de maltrato escolar de parte de sus compañeros de clase.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

Los padres de familia están muy preocupados por el bajo rendimiento de su hijo, principalmente por la edad que tiene y los años escolares perdidos. Refieren que es el único hijo que ha tenido problemas de rendimiento escolar, y que en ocasiones el apoyo para él es mínimo debido al desgaste que se tienen a nivel económico.

Sin embargo ambos padres desean que su hijo por lo menos tenga una carrera a nivel medio, porque es el sueño que tienen con sus 3 hijos.

VI. Antecedentes personales

La madre comenta que es último de los tres hijos y que al momento de nacer nació morado y ella pensó que estaba muerto, sin embargo lo resucitaron, puedo respirar y llorar, esto tardo aproximadamente 20 minutos. (Ella lo recuerda con lágrimas en los ojos)

Desde el inicio de su escolaridad no ha tenido buenas notas, sus padres le dedican tiempo para orientarlo en las tareas, pero esto no ha tenido un resultado positivo ya que ha perdido varios años, además los niños de la escuela se burlan de él, le dicen que es un haragán que no gana las clases es un perdedor y eso al paciente lo deprime. Ya no quiere asistir en la escuela. Además tiene muy poco retentiva, ha ido mejorando durante los años.

VII. Historia medica

Regularmente año con año lo llevan con el pediatra, para un chequeo general, siempre le recetan vitaminas para la memoria.

VIII. Historia familiar

El paciente es el último de los dos hermanos, tiene 15 años de diferencia entre cada uno. Los padres tienen una buena relación, los apoyan en las tareas, los acompañan en las actividades, realizan actividades en conjunto (días de campo, visitan a sus abuelos). Los padres de familia tienen una buena comunicación entre ellos y sus hijos.

El padre trabajo como policía nacional civil trabaja de 24 por 24, cuando tiene descanso los dedica a sus hijos. La esposa se dedica como ama de casa, por lo general se mantiene todo el día con ellos.

IX. Examen mental

El paciente se muestra muy tranquilo, se expresa con un lenguaje adecuado y entendible, su tono de voz normal, su mirada es muy angustiada.

X. Criterios diagnósticos

Signos y síntomas

- ✓ Es muy tímido
- ✓ No le gusta relacionarse con sus familiares
- ✓ Con sus hermanos de vez en cuando juegan, aunque los padres promueven ciertas actividades para apoyarlos.
- ✓ Bajo rendimiento escolar en el año que cursa.

XI. Pronóstico

El paciente tiene bajo rendimiento escolar actualmente, lo que hace a que exista una gran probabilidad de que nuevamente pierda el ciclo escolar, esto perjudicará en su autoestima y en su relación familiar.

XII. Plan terapéutico

- ✓ La colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- ✓ Enfoque orientado al problema y los objetivos.
- ✓ El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones en este caso el duelo.

Para ello se utilizaron las siguientes técnicas:

- ✓ Entrevista con el paciente.
- ✓ Entrevista con los familiares cercanos. (Con quienes tiene más relación).
- ✓ Elaboración del examen mental y la elaboración de la historia clínica.

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Participaron el cien por ciento los padres de familia de los niños apadrinados de la fundación CFCA.
- ✓ El tema es de interés de los participantes
- ✓ Los temas los ayudan en la vida diaria
- ✓ Demuestran satisfacción al concluir el tema
- ✓ Les ayudo para mejorar su autoestima

4.2.2 Limitaciones

- ✓ No hay salón adecuado para las capacitaciones
- ✓ escasas de equipo de sonido y tecnológica
- ✓ Materiales para los participantes

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Satisfacción de poder compartir con el grupo de padres de familia.
- ✓ Las personas son muy participativas
- ✓ Dominar bien el tema antes de impartir los cursos
- ✓ Seleccionar los temas acordes las necesidades de la comunidad

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Motivar a los padres participantes para no perder el interés
- ✓ Aprovechar el dinamismo de las personas para realizar dinámica
- ✓ Leer bastante para adquirir un conocimiento más amplio de los temas
- ✓ Analizar e investigar el tipo de cultura del lugar ya que de eso dependerá el tema a impartir.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres

Charla No. 1 de prevención contra el maltrato infantil

Objetivo

- ✓ Explicarles a los padres de familia que si insultan a los niños es una forma de maltrato verbal.
- ✓ Corregir a sus niños con palabras adecuada para no caer en lo mismo y evitar el maltrato contra los niños.
- ✓ Que los padres de familia informen a sus niños cual es la función de cada uno de para no tener problemas en el hogar así evitar los disgustos y hacer sentir mal a los niños

1. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica rompe hielo
- ✓ Lluvia de ideas
- ✓ Introducción del tema por medio de exposición
- ✓ Explicación del tema de manera magistral
- ✓ Explicación del tema por medio de videos

2. Contenido

Se denomina maltrato infantil o abuso infantil a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico.

Se distinguen cinco tipos básicos de maltrato infantil:

- el abuso físico
- el abuso sexual
- el maltrato emocional
- el abandono físico
- el abandono emocional

Maltrato infantil implica una valoración social en relación a lo que es peligroso o inadecuado para el niño. Y aquí reside precisamente la gran dificultad para definirlo, ya que hay una falta de consenso social respecto a lo que constituyen formas de crianza peligrosas e inaceptables. Resulta difícil establecer la raya de separación entre lo que es un maltrato y lo que no lo es.

Charla No. 2 Autoestima

1. Objetivo

- ✓ Conocer más de nosotros mismos y el valor que tenemos.
- ✓ Reflexionar sobre nuestra identidad como personas inmersas en una sociedad

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica rompe hielo
- ✓ Lluvia de ideas
- ✓ Introducción del tema por medio de dinámica
- ✓ Explicación del tema de manera magistral
- ✓ Realizar un dibujo de cómo es su personalidad

3. Contenido

Cada participante responde individualmente la guía ¿Cómo me veo? y después frente a un espejo, quienes voluntariamente quiere compartir con el resto del grupo, se refieren a lo que contestaron y a como se sintió pensando en los temas de las preguntas. Después se hace lo mismo con la guía ¿Cómo me siento? En el segundo plenario se fomenta la discusión crítica sobre las cualidades que se consideran típicamente femeninas y masculinas, desde las vivencias de cada participante, se recogen los aspectos centrales y se cierra con una pequeña reflexión al respecto.

Charla No. 3 La Salud mental

1. Objetivo

Propiciar espacios de convivencia para mujeres y niños de la Fundación cristiana para niños y ancianos CFCA y aprender sobre temas diversos.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo de presentación
- Introducción del tema por medio de exposición
- Videoforo sobre el tema de Salud Mental
- Explicar lo que entendieron las madres respecto a la salud mental (Telaraña)

3. Contenido

El taller de salud mental, se realizó tomando en cuenta varios puntos de vista a partir del video llamado Salud Mental Comunitaria. Ya que es importante generar nuevas metodológicas las cuales servirán para captar la atención de los participantes, así mismo genera ambiente cordial del trabajo grupal.

En cada uno de los talleres se realizaban trabajos de grupos para evaluar lo aprendido, para que seguidamente en plenaria comenten sus aportes.

La salud mental, básicamente se refiere a tener un equilibrio entre lo social, lo físico y principalmente un equilibrio en la psique. Para ello es importante partir desde varias metodologías y la participación acertada de los participantes.

Chara No. 4 Paternidad responsable

1. Objetivo

- ✓ Educar a los padres de familia para una paternidad responsable
- ✓ Capacitar para una honesta regulación de la natalidad e incrementar el gozo en su complementariedad.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- ✓ Dinámica rompe hielo de presentación
- ✓ Introducción del tema por medio dinámicas
- ✓ Desarrollo del tema de forma magistral
- ✓ Explicar lo que entendieron las madres respecto a la salud mental (Telaraña)

3. Objetivo

El taller sobre paternidad responsable, es educar a sus hijos es tratar y considerarlo como un ser único e irrepetible, aceptarlo como es, tener en cuenta sus característica psicológicas, cualidades y limitaciones.

La persona es una realidad compleja y la educación debe ser integral. es decir, que tenga en cuenta las bases psicológicas el mundo efectivo (emociones y efectos, potenciándolos y equilibrándolos), el mundo de las ideas, de la voluntad y conectar con el mundo social. Educar para ser persona supone el respetar que cada uno vaya creciendo y creciendo por sí mismo.

De la misma manera se tomó este taller para cerrar el proceso grupal con una mensaje para todos los presentes.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero de cada uno de los participantes.
- ✓ Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ No contar con un espacio privado para desarrollar las actividades programadas.
- ✓ La Universidad Panamericana no cuenta con espacios privados para realizar actividades similares.

4.3.3 Conclusiones

- ✓ 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.
- ✓ Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Realizar estas actividades de manera constante para que se tome en cuenta al terapeuta.
- ✓ Analizar de mejor manera los objetivos trazados para cada actividad, y lograrlos a cabalidad de tiempo.
- ✓ Involucrar al grupo en las distintas actividades para generar un verdadero trabajo grupal.
- ✓ Es importante mantener actividades de autocuidado durante los cinco años de la carrera de psicología.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

I Introducción

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

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

II. Justificación

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

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

III. Objetivos

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.

Específicos.

- ✓ Compartir y convivir grupalmente para fortalecer las relaciones interpersonales.
- ✓ Aprender y aplicar algunas técnicas que promueven la salud mental en el profesional de la psicología.
- ✓ 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. Descripción del proyecto

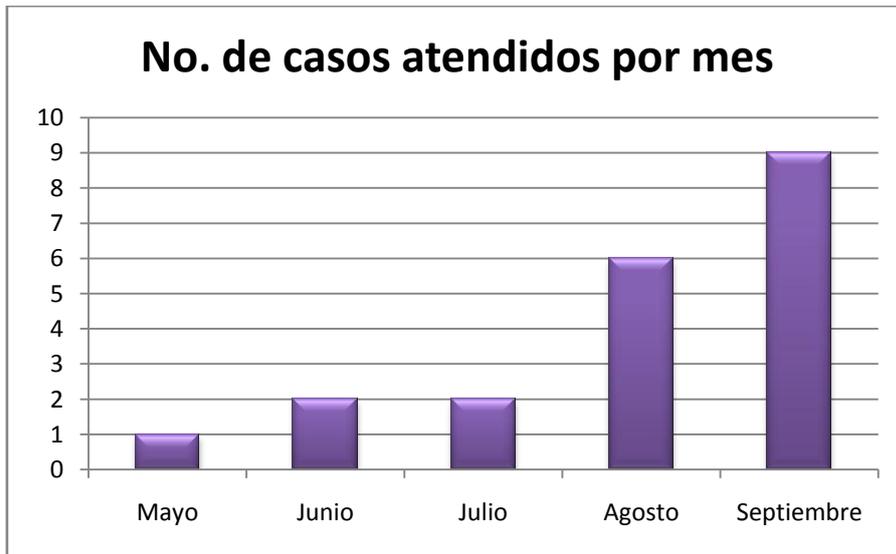
El proyecto "Fortaleciendo la salud mental del psicólogo" se realiza con el fin de que los alumnos graduandos puedan tener una salud mental adecuada al momento de egresar de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Dicho proyecto consta de una serie de actividades, incluyendo talleres, dinámicas, juegos recreativos, momentos de reflexión, entre otros; en donde los estudiantes podrán compartir con los demás integrantes del grupo y realizar diversas acciones que ayudaran a fortalecer su salud mental.

4.4. Presentación de resultados con gráficas

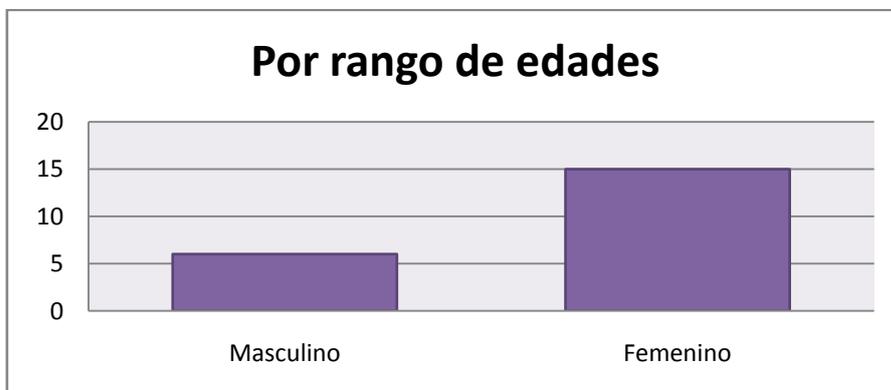
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica No. 1



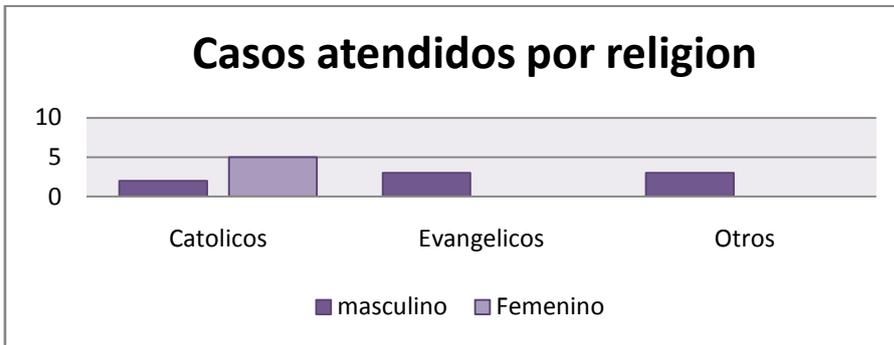
Fuente propia

Gráfica No. 2



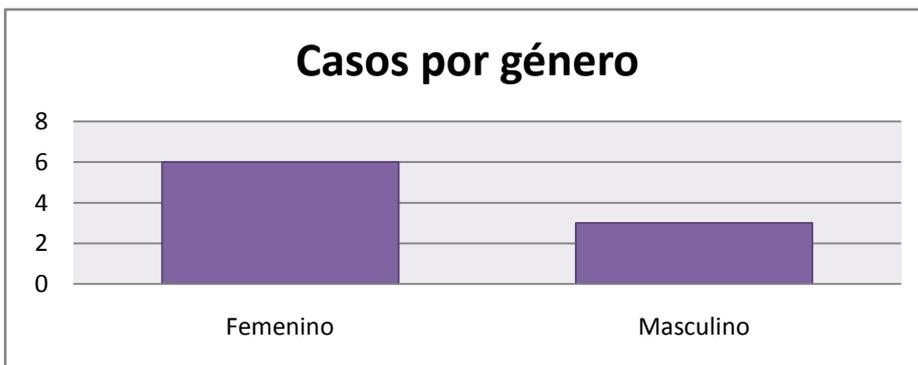
Fuente propia

Gráfica No. 3



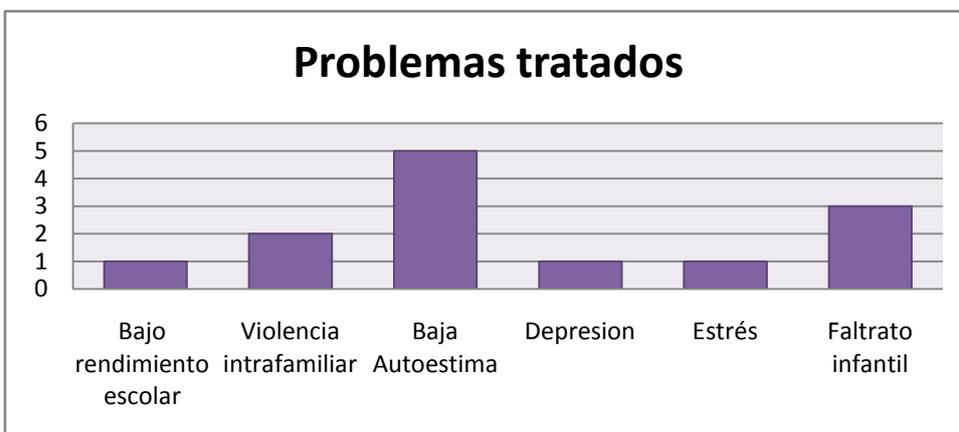
Fuente propia

Gráfica No.4.



Fuente propia

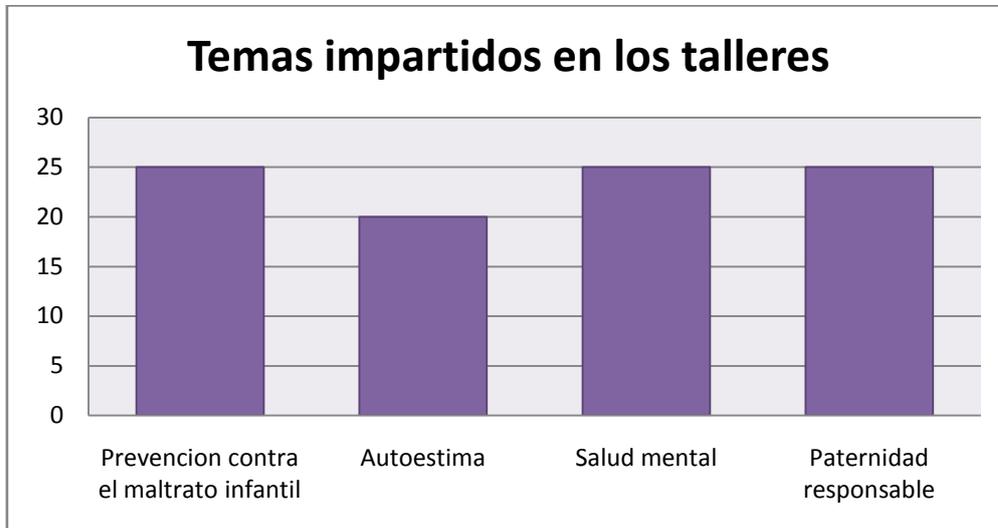
Gráfica No. 5



Fuente propia

4.4.2 Programa de capacitación

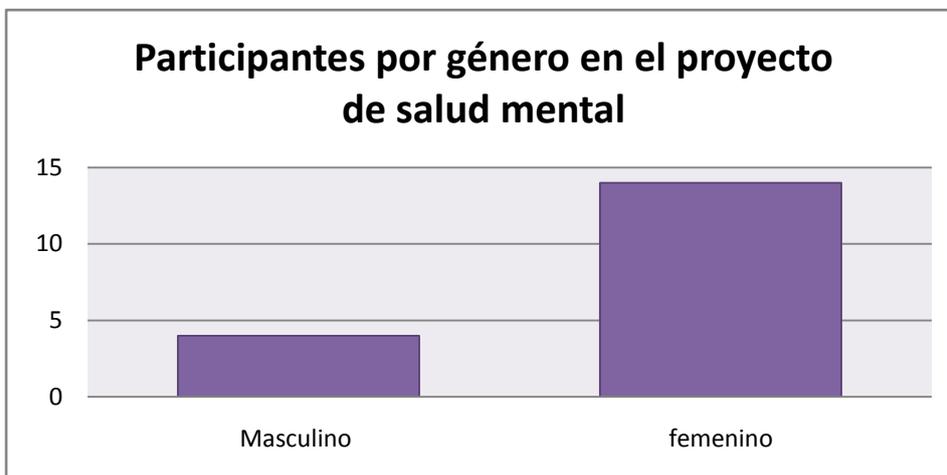
Gráfica No 6.



Fuente propia

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica No. 7



Fuente propia

4.4.4 Anàlisis de datos

a) En la gráfica 1, se encuentra el número de casos atendidos durante los nueve meses de práctica en la Fundación Cristiano para niños CFCA de San Juan Comalapa, lo cual muestra que la atención de casos fue más alta en los meses de agosto y septiembre.

b) La gráfica 2, indica las edades atendidas, las cuales esta comprendidas entre 15 años para el sexo femenino y 5 par el sexo masculino, esto señala que en la institucion brinda apoyo en su mayor parte a niños y adolescentes comprendidos entre las edades de 5 a 15 años en adelante.

c) En la gráfica 3, se refleja la religion que profesan las pesonas atendidas, 5 personas son catolicos de sexo femenino, esto implica el 50% y 2 catolicos masculinos indica el 25%, así mismo 2 evangelicos 0% y 2 que profesan otros 10%.

d) En la gráfica 4, se reflejan los casos atendidos por género que en su mayoría son femeninos con un total de seis casos, esto refiere al 60%, y tres casos femeninos lo cual indica un 40%.

e) En la gráfica 5, encontramos los casos individuales mas frecuentes trados durante el proceso de practica. cinco con baja autoestima esto refleja el 75%, el menos frecuente es la depresion, estrés, bajo rendimiento escolar.

f) La gráfica 6, encontramos lo referente a los talleres desarrollados a lo largo de la práctica, estos se realizaron una vez por mes. en el tema de prevencion contra el maltrato infantil la asistencia es de 25 personas, lo que equivale al 90% del grupo. En el tema tema de autoestima, salud mental, paternidad responsable es de 25 personas lo que equivale a un 100% de asistencia.

g) La gráfica 8, Indica que 15 personas de sexo femenino estudian la carrera de la psicologia y 4 personas de sexo marculino estudian dicha carrera. Que en porcentajes es el 85% estudiantas femeninas y 15% de estudiantas masculinos.

Conclusiones

1. La fundación Cristiana para adultos es la encargada de velar por los niños apadrinados, cuidando su salud y educación, tratando de eliminar todas las diferencias que existen en su contexto.
2. La fundación Cristiana para adultos CFCA atiende a todos los apadrinados que tienen necesidad de consulta por las diferentes enfermedades que atraviesan, con especialidades como odontología y psicología prestando como una atención de calidad.
3. Las enfermedades emocionales más comunes encontradas en los pacientes, son los problemas familiares a causa del alcoholismo, llegando a una desintegración familiar, haciendo daño a los hijos. Entre los trastornos más comunes encontrados están: la ansiedad, estrés, trastornos del sueño, de conducta y fobias entre otros.
4. En la aplicación del proyecto de salud mental se tuvo éxito, porque participaron todos los alumnos de 5to. Año de la Universidad Panamericana, experimentando un aprendizaje de organizar un proyecto y participar activamente en él.

Recomendaciones

- ✓ Atender a los pacientes con mucha ética profesional.
- ✓ Cuando se inicia la práctica profesional dirigida hay que dedicarle el tiempo necesario
- ✓ Ayudar a las personas usando técnicas con profesionalismo para que solucionen sus problemas.
- ✓ Seguir ayudando a nuestra gente del pueblo sin hacer acepción de personas.
- ✓ Capacitar a los padres sobre los derechos del niño y niña.
- ✓ Organizar a la comunidad para implementar escuelas de padres.
- ✓ Es importante establecer dentro de la fundación cristina un espacio adecuado para la realización de las terapias individuales, para que el paciente pueda sentirse en confianza y pueda desarrollarse la psicoterapia sin ningún inconveniente.
- ✓ Intercambiar experiencias e información sobre la práctica, esto ayudara a los estudiantes a enriquecer sus conocimientos.
- ✓ Fortalecer la salud mental en el estudiante practicante, ya que de esto depende la mejora de las personas, así mismo la credibilidad de las ciencias psicológicas.

Referencias

1. Aguilar, J.E. (1992). *Domina la Autoestima*. Guatemala: Editorial Árbol.
2. AragoMitjans, J.M. (1996). *Etica y valores*. Guatemala: Editorial profas URL.
3. Bravo Ortiz, M.F. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos*. España: Editorial Síntesis.
4. Cattell, Raymond y Eber, H.W. (1980). *Cuestionario de 16 Factores de la personalidad*. México: Editorial el manual moderno.
5. Engler, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. México: D.F. Editorial programas educativos.
6. Hammer, E. (1997). *Test proyectivos gráficos*. Barcelona: Editorial Paidós.
7. González Núñez, J.J. (1999). *Psicología de grupos*. México: D.F. Editorial el manual moderno S.A.
8. Kleinke, C.L. (1998). *Principios comunes en la Psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
9. Nuberg, H. (1955). *Principios del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Amorrartu.
10. Nuberg, Herman (1955). *Principios del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Amorrartu.
11. Anderson, C. y Stewart, S (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.

12. Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desórdenes de personalidad*. New York: Guilford.
13. Belloch, A y Sandisn B. (1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, España: Mcgraw-Hill.
14. Bernstein, A (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
15. Bolaños E. Maria del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”. España.

Anexos

Anexo 1

Horas de práctica



HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: ENERO, FEBRERO Y MARZO
2012

FECHAS	HORAS
30 de enero de 2012	2
20 de febrero de 2012	2
2 de marzo de 2012	3
5 de marzo de 2012	4
7 de marzo de 2012	3
Total	14 Horas

f)   
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Lic. Rodolfo Quina Salazar Licda. Sonia Pappa

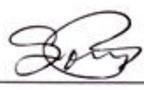


HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: DE MARZO DE 2012

FECHAS	HORAS
9 de marzo de 2012	8
12 de marzo de 2012	8
14 de marzo de 2012	8
16 de marzo de 2012	4
19 de marzo de 2012	8
23 de marzo de 2012	8
26 de marzo de 2012	8
28 de marzo de 2012	8
2 de abril de 2012	4
Total	64 horas

f) 
Vo. Bo. Director del Centro de Prácticas
Lic. Rodolfo Quina Salazar




Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: DE ABRIL DE 2012

FECHAS	HORAS
9 de abril de 2012	8
13 de abril de 2012	4
16 de abril de 2012	8
18 de abril de 2012	4
20 de abril de 2012	8
23 de abril de 2012	4
25 de abril de 2012	8
27 de abril de 2012	4
30 de abril de 2012	8
Total	56 horas

f) 
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar



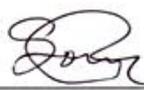
f) 
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: DE MAYO DE 2012

FECHAS	HORAS
2 de mayo de 2012	4
7 de mayo de 2012	8
11 de mayo de 2012	4
14 de mayo de 2012	8
16 de mayo de 2012	4
21 de mayo de 2012	8
23 de mayo de 2012	4
28 de mayo de 2012	8
30 de mayo de 2012	4
Total	52 horas

f)   f)
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar

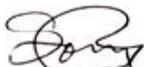

Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: DE JUNIO DE 2012

FECHAS	HORAS
1 de junio de 2012	8
4 de junio de 2012	4
8 de junio de 2012	8
13 de junio de 2012	4
15 de junio de 2012	8
18 de junio de 2012	4
22 de junio de 2012	8
27 de junio de 2012	4
Total	48 horas

f) 
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar

f) 
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: DE JULIO DE 2012

FECHAS	HORAS
2 de julio de 2012	4
4 de julio de 2012	4
6 de julio de 2012	4
9 de julio de 2012	4
11 de julio de 2012	4
13 de julio de 2012	4
16 de julio de 2012	4
18 de julio de 2012	4
20 de julio de 2012	4
23 de julio de 2012	4
25 de julio de 2012	8
27 de julio de 2012	8
Total	56 horas

f)   f)
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar


Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



**HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

MES: DE AGOSTO DE 2012

FECHAS	HORAS
3 de agosto de 2012	8
6 de agosto de 2012	8
10 de agosto de 2012	4
13 de agosto de 2012	4
17 de agosto de 2012	4
24 de agosto de 2012	4
Total	32 horas

f) 
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar



f) 
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



HORAS REALIZADAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA
MES: DE SEPTIEMBRE DE 2012

FECHAS	HORAS
3 de septiembre de 2012	8
7 de septiembre de 2012	4
10 de septiembre de 2012	4
12 de septiembre de 2012	4
17 de septiembre de 2012	4
19 de septiembre de 2012	4
Total	28 horas

f)  
Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar

f) 
Vo.Bo. Catedrática Practica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Febrero 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 14 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Enero	Información sobre la práctica profesional dirigida, instrucciones sobre la metodología a utilizar. Clases presenciales con la catedrática de práctica, información general de la práctica.				Áreas de riesgos. Redacción de carta Planificación Observación.	Ninguna

Febrero	Entrega de planificación, solicitud para realizar la práctica a la universidad, Solicitud de realización de practica en el centro que llena el perfil requerido, contacto inicial con el director del centro de práctica. Clases presenciales con la catedrática de la práctica, instrucciones sobre la planificación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Libros ➤ Cuadernos de apuntes. ➤ Bolígrafos ➤ Hojas ➤ Recursos ➤ Humanos ➤ Catedrática ➤ Estudiante. 			Entrevista Historia Clinicas Guía de observación.	
---------	--	--	--	--	---	--




 Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
 Lic. Rodolfo Quima Salazar



 Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
 Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Marzo 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 64 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Marzo	Presentación a centro de práctica. Entrega de planificación general al centro de práctica. Observación de funcionamiento del centro de práctica. Entrega de informe de la observación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitud ➤ Papel Bond ➤ Bolígrafo ➤ Computadora ➤ Impresora ➤ Humano ➤ Alumno practicante. ➤ Personal del centro de la fundación. 	Cuatro.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltrato infantil. ➤ Desintegración familiar. 	Redacción de solicitud. Elaboración de la planificación. Informe de observación. Redacción del informe.	Ninguna

		<ul style="list-style-type: none"> > Edificio > Director o/s > practicante. 				
--	--	---	--	--	--	--




 Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
 Lic. Rodolfo Quina Salazar



 Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
 Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Abril 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 56 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Abril	Abordaje de casos de entrevistas, evaluaciones de paciente. Retroalimentación de conocimientos.	Paciente Terapeuta Hojas Boligrafos	ocho	<ul style="list-style-type: none">➤ Maltrato infantil.➤ Violencia intrafamiliar.➤ Bulling	Llenado de ficha clinica. Temas de autoestima.	Factor tiempo de los pacientes.


Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar


Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Mayo 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 52 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Mayo	Elaboración de historial clínicas. Discusión de casos. Documentos de registros. Retroalimentación de conocimientos.	Catedrática Paciente Alumno-paciente Papel bond Computadora Bolígrafos	Nueve caso	<ul style="list-style-type: none">➤ Alcoholismo➤ Maltrato infantil➤ Hipersomnia primaria ➤ violación	Análisis de casos. Presentación de animaciones.	Atención a niños pequeños de parte de los pacientes.


Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar




Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Junio 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 48 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Junio	Registro de evaluación de casos, diagnósticos y tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">➤ Catedrática➤ Paciente➤ Alumno practicante.➤ Personal de la fundación CFCA.	Seis	<ul style="list-style-type: none">➤ Maltrato infantil.➤ ansiedad social	Terapia individuo. Capacitación a grupos de madres de familia.	No hay facilidad de tecnología.


Vo. Bo. Director Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar




Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

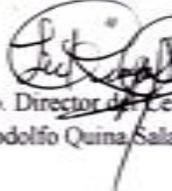
Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Julio 2012

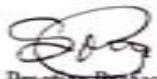
Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 56 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Julio	<ul style="list-style-type: none">➤ Presentación y discusión de casos.➤ Aplicación de psicoterapias en casos atendidos.➤ Actividades que requieren en el centro de práctica.	<ul style="list-style-type: none">➤ Paciente➤ Alumno practicante.➤ Director de la fundación.➤ Catedrática de práctica.	Cuatro	<ul style="list-style-type: none">➤ Baja autoestima.➤ Depresión➤ Emuresis	Tema de autoestima.	Ninguna.


Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar




Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

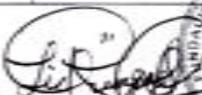
Lugar: San Juan Comalapa

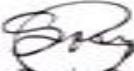
Fecha: Agosto 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 32 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
Julio	<ul style="list-style-type: none">➤ Aplicación de psicoterapias en casos atendidos.➤ Actividades que requieren en el centro de práctica.	<ul style="list-style-type: none">➤ Paciente➤ Alumno practicante.➤ Director de la fundación.➤ Catedrática de práctica.	Cinco	<ul style="list-style-type: none">➤ Baja autoestima.➤ Ansiedad por separación.➤ Negativista desafiante	Los valores morales.	Ninguna.


Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar


Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PRACTICA

Lugar: San Juan Comalapa

Fecha: Septiembre 2012

Nombre de la alumna practicante: Angélica Verónica Juchuña Quina

Total de horas que asistió al centro de práctica: 28 horas

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
septiembre	Cierre de casos Informe final de casos atendidos. Clausura y despedida de práctica. Entrega de proyecto de salud mental para revisión.	<ul style="list-style-type: none">➤ Papel bond➤ Computadora➤ Bolígrafos➤ Libros➤ Computadora➤ Pacientes➤ Alumno practicante	Cuatro	<ul style="list-style-type: none">➤ Maltrato infantil➤ Desintegración familiar.➤ Somáticos.	Presentaciones de animaciones. Elevar su autoestima. Terapia individual.	Escaso tiempo de los que vienen de diferentes comunidades.


Vo. Bo. Director del Centro de Práctica
Lic. Rodolfo Quina Salazar




Vo.Bo. Catedrática Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Anexo 2

Cronograma de actividades del proyecto

I Cronograma de actividades

Charla No. 1: Prevención contra el maltrato infantil

HORARIO	ACTIVIAD	RECURSOS
8:00 A 9:00	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
9:00 a 9:10	Invocación	Humano una de las participantes
9:10 a 9:20	Bienvenida	Humanos, dinámica
9:20 a 9:30	Socialización de objetivos y resultados	Humano
9:30 a 11:00	Tema: Prevención contra el maltrato infantil	Humano
11:00 a 11:15	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelogramos, marcadores.
11:15 a 11:30	Exposición e información próximo taller.	Humano, paleógrafos, Masquintape, marcadores

II Charla No. 2 autoestima

HORARIO	ACTIVIAD	RECURSOS
8:00 A 9:00	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
9:00 a 9:10	Invocación	Humano uno de las participantes.
9:10 a 9:20	Bienvenida	Humanos, dinámica
9:20 a 9:30	Socialización de objetivos y resultados	Humano
9:30 a 11:00	Tema: autoestima	Humano

11:00 a 11:15	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelografos, marcadores.
11:15 a 11:30	Exposición e información próximo taller.	Humano, paleógrafos, Masquintape, marcadores
11:30 a 12:00	Socialización del tema (tela araña)	Humanos

III Charla No. 3 Salud mental

HORARIO	ACTIVIAD	RECURSOS
8:00 A 9:00	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
9:00 a 9:10	Invocación	Facilitadora alumna practicante.
9:10 a 9:20	Bienvenida	Humanos, dinámica
9:20 a 9:30	Socialización de objetivos y resultados	Humano
9:30 a 11:00	Tema: Salud mental	Humano Lotería sobre derechos sexuales y reproductivos.
11:00 a 11:15	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, ampelógrafos, marcadores.
11:15 a 11:30	Exposición e información próximo taller.	Humano, papelografos, Masquintape, marcadores

IV Charla No. 4 Paternidad responsable

HORARIO	ACTIVIAD	RECURSOS
8:00 A 9:00	Inscripción	Lista de asistencia, lapiceros, gafetes, ganchos, marcadores.
9:00 a 9:10	Invocación	Humano una de las participantes.
9:10 a 9:20	Bienvenida	Humanos, dinámica
9:20 a 9:30	Socialización de objetivos y resultados	Humano
9:30 a 11:00	Tema: Paternidad responsable.	Humano Figura humana para realizar el mapeo comunitario.
11:00 a 11:15	Grupos de trabajo	Humano, dinámicas, papelografos, marcadores.
11:15 a 11:30	Exposición e información próximo taller.	Humano, papelografos, Masquintape, marcadores
11:30 a 12:00	Socialización (telaraña)	Participantes.

Proyecto de salud mental

I. Programa de elaboración de proyectos de salud mental

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	willyTexaj, Olga Andrade y Heidi Gálvez
2	Primer juego encostalados	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 minutos	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

Cronograma por actividades.

Actividad No. 1

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	IngridSitán
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	IngridSitán
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	IngridSitan

10.	Dinámica 8 “El paracaidista confiado”	10	Glenda Solano
11.	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10	Aracely Martínez

Actividad No. 2

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.	AngélicaJuchuña. 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.	AngélicaJuchuña. Sara Mux

Actividad No. 3

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	FelipeYool

Actividad No. 4

Objetivos	Actividad	Recursos
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.	Proyección de la película “tan fuerte, tan cerca”.	-cañonera -computadora -bocinas -película
Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.		

Anexo 3

Fotografías

Fotografías de charlas Charla No. 1



Charla No. 2



Charla No. 3





Charla No. 4



