

Universidad Panamericana
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Violencia intrafamiliar en niños y adolescentes, detectados en la Organización
Mi Especial Tesoro en Chimaltenango**
(Sistematización de práctica)

Humberto Isaí López López

Chimaltenango, julio 2013

**Violencia intrafamiliar en niños y adolescentes, detectados en la Organización
Mi Especial Tesoro en Chimaltenango**
(Sistematización de práctica)

Humberto Isaí López López (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Licenciado Mario Alfredo Salazar Marroquín (Revisor)

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. Elizabeth Herrera de Tan

Asesora:

Licda. Sonia Pappa

Revisor:

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Humberto Isai López López**
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 **Humberto Isai López López** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, noviembre de dos mil doce.

En virtud que el **Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro**, presentado por el estudiante

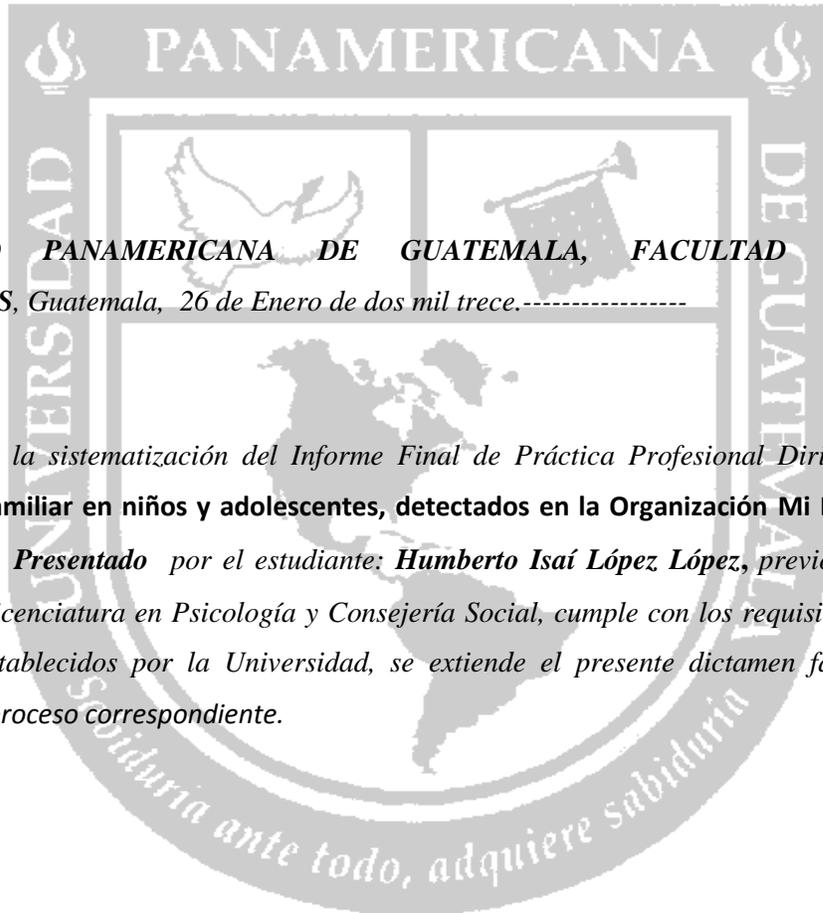
Humberto Isaí López López

Quien se identifica con número de carné 0806163 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.



Licenciada Sonia Pappa

Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, 26 de Enero de dos mil trece.-----

*En virtud que la sistematización del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Violencia intrafamiliar en niños y adolescentes, detectados en la Organización Mi Especial Tesoro en Chimaltenango. Presentado por el estudiante: Humberto Isai López López,** 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.*

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"*Sapientia ante todo, adquiere sapientia*"

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

En virtud de que *La Sistematización de Practica* con el tema "*Violencia intrafamiliar en niños y adolescentes, detectados en la Organización Mi Especial Tesoro en Chimaltenango*", presentado por: *Humberto Isai López López* previo a optar grado académico de Licenciatura en: *Psicología y Consejería Social*, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de *La Sistematización de Practica*.

Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de referencia	1
1.1 Descripción del lugar	1
1.2 Misión	1
1.3 Visión	2
1.4 Valores	2
1.5 Logros de la institución	2
1.6 Organigrama de Ministerio Mi Especial Teroso	3
1.7 Población que atiende	4
1.8 Planteamiento del problema	4
Capítulo 2	5
Marco teórico	5
2.1 Violencia	5
2.1.1 Tipos de Violencia	6
2.1.2 Violencia intrafamiliar	6
2.1.2.1 Fases de la violencia intrafamiliar	8
2.1.2.2 Tipos de agresores	9
2.1.2.3 Consecuencias y efectos de la violencia intrafamiliar	10
2.1.2.4 Violencia contra los adolescentes y niños	11
2.2 Psicopatología	12
2.2.1 Antecedentes	12
2.2.2 Normalidad y anormalidad	15
2.2.3 Trastornos psicopatológicos	16
2.2.3.1 Trastornos del aprendizaje	16
2.2.3.2 Trastornos de ansiedad	24
2.3 Psicodiagnóstico	40
2.3.1 Antecedentes	40
2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico	41
2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico	42
2.4 Psicoterapia	70
2.4.1 Antecedentes	71
2.4.2 Principios de la psicoterapia	71
2.4.3 Metas de la psicoterapia	72
2.4.4 Modelos de la psicoterapia	73
2.4.5 Formas de psicoterapia	74
2.4.5.1 Psicoterapia psicodinámica	74
2.4.5.2 Terapias conductistas	80
2.4.5.3 Terapias humanistas	87
Conclusiones	96

Capítulo 3	97
Referente metodológico	97
3.1 Programa de estudio del curso: Práctica Profesional Dirigida	97
3.2 Cronograma de actividades	101
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	103
Capítulo 4	107
Presentación de resultados	107
4.1 Programa de atención de casos	107
4.1.1 Logros	107
4.1.2 Limitaciones	107
4.1.3 Conclusiones	108
4.1.4 Recomendaciones	108
4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos	109
4.2 Programa de Capacitación	132
4.2.1 Logros	132
4.2.2 Limitaciones	132
4.2.3 Conclusiones	132
4.2.4 Recomendaciones	133
4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados	133
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	139
4.3.1 Logros	139
4.3.2 Limitaciones	140
4.3.3 Conclusiones	140
4.3.4 Recomendaciones	140
4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental:	141
4.4 Presentación de resultados con gráficas	143
4.4.1 Programa de atención de casos	143
4.4.2 Programa de capacitación	145
4.4.3 Programa de proyecto de salud mental	147
4.4.4 Análisis de datos	147
Conclusiones	149
Referencias	151
Anexos	152

Resumen

Como requisito los alumnos del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana realizan un período de Práctica Profesional Dirigida, por lo cual se presenta el siguiente informe que contiene detalladamente cada una de las fases en que consistió este periodo.

El informe esta dividido en cuatro capítulos, el primero contiene toda la información del centro de práctica, el cual fue el Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro, ubicado en cabecera del departamento de Chimaltenango, dicha institución se dedica a brindar ayuda a niños, adolescentes y jóvenes que sufren de violencia intrafamiliar y en algunos abuso sexual.

En el segundo capítulo se encuentra la información que ha sido cuidadosamente seleccionada de fuentes científicas como libros, revistas e internet, ya que la parte práctica debe ir íntimamente acompañada con fundamentos teóricos y científicos, profundizando en temas que han sido de importancia para el centro de práctica y para la formación del psicólogo.

El tercer capítulo contiene planificaciones, cronogramas y agendas de trabajo que contribuyeron a tener un orden establecido en la realización de actividades y en el último capítulo contiene la presentación de resultados, es decir, los logros alcanzados, limitaciones, recomendaciones, conclusiones y gráficas que reflejan el trabajo realizado durante dicho tiempo.

Introducción

La práctica profesional dirigida se realizó en el Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro, ubicado en Chimaltenango, dicha institución se dedica al apoyo de niños, adolescentes, jóvenes y adultos que sufren de violencia intrafamiliar, bajo rendimiento escolar, drogadicción y en algunos casos abuso sexual.

El periodo de práctica fue de un total de 500 horas, comprendidas desde el mes de marzo al mes de agosto del presente año. Esta práctica fue específicamente en el ámbito clínico, cada estudiante realizó diversas actividades entre ellas se puede mencionar la atención de casos a las personas que pertenecen a la institución, se elaboraron capacitaciones y talleres para el beneficio y crecimiento personal.

Se realizaron investigaciones científicas para que el alumno practicante pudiera tener un mejor desempeño durante la práctica, profundizando en temas como psicopatología, psicoterapia, psicodiagnóstico y temas relacionados a los conflictos de los pacientes.

Como requisito se elaboró un proyecto de salud mental, en el cual los alumnos tuvieron la oportunidad de autoconocerse, autocuidarse, mejorar su salud mental y fortalecer las relaciones interpersonales para el crecimiento personal y profesional.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el presente capítulo se hace una breve presentación del centro de práctica dirigida Ministerio Cristiano “Mi Especial Tesoro”, en el cual se da a conocer su funcionamiento, estructura y organización dicha institución se encuentra ubicada en el departamento de Chimaltenango.

1.1 Descripción del lugar

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

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

1.2 Misión

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

1.3 Visión

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

1.4 Valores

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

- Amor: Brindar el amor de Dios a los niños a través de nosotros.
- Fe: En que Dios puede transformar la vida y futuro de cada uno de ellos.
- Justicia: Tratar a todos los niños por igual sin preferencias ni distinciones.
- Nuestro lema: Hacer todo con excelencia para Dios.

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

1.5 Logros de la institución

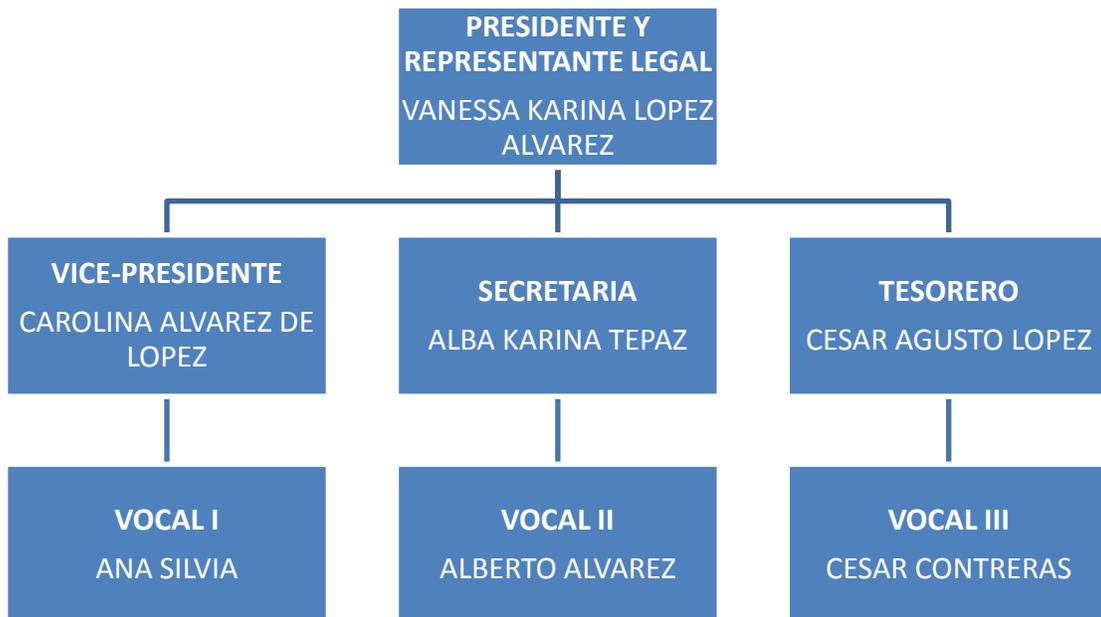
- Ayudar a una gran cantidad de adolescentes y niños que proceden de familias desintegradas, pobreza extrema y alto riesgo.
- Contribuir con personas en el área de educación para el desarrollo de la comunidad.
- Restauración de hogares desintegrados
- Realización de muchos proyectos en beneficio a personas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

Crecimiento a nivel laboral, en el sentido de generar fuentes de trabajo

1.6 Organigrama de Ministerio Mi Especial Tesoro



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



1.7 Población que atiende

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

1.8 Planteamiento del problema

Esta institución generalmente atiende personas que vienen de hogares desintegrados, hogares donde existe violencia intrafamiliar, abuso sexual de padres y padrastros a hijas, padres alcohólicos por lo que se hace necesaria la atención psicológica.

Capítulo 2

Marco teórico

Introducción

En este capítulo, se encontraran todos aquellos temas que previo y durante a la realización de la práctica profesional dirigida fueron investigados, leídos y resumidos detalladamente, extraer el mejor conocimiento de cada uno de los temas para un buen manejo de conocimientos de cada área.

Cada trabajo e informe fue analizado cuidando de seleccionar la información requerida durante el ejercicio de la práctica clínica. Estas investigaciones son de gran importancia ya que el aprendizaje debe tener un sustento teórico como práctico para obtener mejores resultados. El tema principalmente analizado es la violencia intrafamiliar, por lo cual encontramos una mayor profundización sobre el mismo, debido a que es uno de los problemas más comunes encontrados en el centro de práctica Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro. Entre los temas incluidos están la violencia intrafamiliar, violencia en los niños, consecuencias y manifestaciones de la vida.

2.1 Violencia

Es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a un individuo o una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras.

La violencia se define como un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a alguien más. Casi siempre es ejercida por las personas que tienen el poder en una relación, como el padre y/o la madre sobre los y las hijas, los y las jefas sobre los y las empleadas, los hombres sobre las mujeres, los hombres sobre otros hombres y las mujeres sobre otras mujeres, pero también se puede ejercer sobre objetos, animales o contra uno mismo.

La violencia es un acto que, ya sea que se dé una sola vez o se repita, puede ocasionar daños irreversibles. Implica un abuso del poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica o política.

2.1.1 Tipos de Violencia

- **Violencia física**

Son aquellos actos que dañan el cuerpo y la salud física: los empujones, bofetadas, puñetazos, puntapiés y los golpes con objetos. Este tipo de violencia muchas veces deja cicatrices, enfermedades que duran toda la vida (discapacitados), y lesiones leves o severas, incluso pueden causar la muerte.

- **Violencia psíquica:**

Es todo Maltrato caracterizado por sus manifestaciones psíquicas, psicológicas, mentales o morales, es decir, a nivel emocional (de los sentimientos) y/o a nivel intelectual (de la inteligencia, la cultura, la memoria, etc.).

2.1.2 Violencia intrafamiliar

Es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas.

a. Violencia contra la mujer en la pareja

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja está generalizada en el mundo dándose en todos los grupos sociales independientemente de su nivel económico, cultural o cualquier otra consideración. Aún siendo de difícil cuantificar, dado que no todos los casos trascienden más allá del ámbito de la pareja, se supone que un elevado número de mujeres sufren o han sufrido este tipo de violencia.

En la pareja el maltrato es mayoritariamente ejercido por él contra ella. Tiene causas específicas: los intentos del hombre por dominar a la mujer, la baja estima que determinados hombres tienen de las mujeres; causas que conducen a procurar instaurar una relación de dominio mediante desprecios, amenazas y golpes. Los rasgos más visibles del maltrato son las palizas y los asesinatos, son los que trascienden del ámbito de la pareja; sin embargo, los maltratos de «baja intensidad», los maltratos psíquicos que mantenidos en el tiempo socavan la autoestima de la mujer, son los que mayoritariamente se dan.

Cuando trasciende un caso de maltratos, la mujer puede llevar años sufriendolos. Y si los maltratos pueden producirse en cualquier etapa de la historia de la pareja, es en el momento de la ruptura y tras esta, si se produce, cuando llegan a exacerbarse. Las consecuencias últimas de la violencia contra la mujer en la pareja son la de decenas o cientos de mujeres muertas cada año, en los diferentes países, a manos de sus parejas o exparejas.

b. Violencia contra el hombre en la pareja

La violencia contra el hombre es un tipo de violencia intrafamiliar que se enmarca en lo que se denomina violencia de pareja, donde el rol de agresor es tomado por la mujer. La violencia contra el hombre no se considera violencia de género (tal como ocurre con la violencia de pareja perpetrada contra las mujeres) puesto que no se atribuye a las desigualdades entre los sexos (como en el caso femenino); sin embargo, ciertos autores indican que tanto en la violencia contra las mujeres como en la que es realizada contra los hombres se pueden encontrar motivos similares, mientras que el proceso de identificar al hombre como víctima es complejo y nada exento de controversias.

Dentro del contexto sociocultural del estereotipo de masculinidad, es frecuente que algunas de las víctimas encubran o disimulen el estar sufriendo este problema por temor a ser juzgados negativamente por el resto de la sociedad. En algunos hombres, este comportamiento evasivo podría estar justificado por el temor a sentirse ridiculizados por sus amistades, compañeros de trabajo o simplemente por retraimiento ante sus semejantes.

c. Violencia Filio-parental

La violencia filio-parental (VFP) o violencia de los hijos a los padres es el conjunto de conductas reiteradas de agresiones físicas (golpes, empujones, arrojar objetos), verbales (insultos repetidos, amenazas) o no verbales (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar. Se incluyen entonces, las amenazas y los insultos, ya sean realizados a través de gestos o verbalizaciones, las agresiones físicas de cualquier tipo, o la ruptura consciente de objetos apreciados por el agredido. Además, la violencia debe ir dirigida contra los padres o aquellas figuras parentales que les sustituyan: tutores y educadores.

2.1.2.1 Fases de la violencia intrafamiliar

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia; durante este período se muestra un comportamiento positivo, cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta, la posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia, la dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo que pasa por tres fases, las que difieren en duración según los casos. Estas pueden ser de días, semanas, meses o años:

- a) Acumulación de tensión: Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia, la misma se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico. La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia.

- b) Episodio agudo de violencia: Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas. El agresor hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.

- c) Etapa de calma: Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño. En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo. A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su estrés, esta etapa sólo durará un tiempo y volverá el ciclo. El agresor no se detiene por si solo. Si la pareja permanece junto a él, el círculo se da otra vez, y ser más intenso.

2.1.2.2 Tipos de agresores

a) Pitbull

Solamente es violento con las personas que ama, celoso y tiene miedo al abandono, priva a pareja de su independencia, vigilar y atacar públicamente a su propia pareja, su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión, tiene potencial para la rehabilitación, no ha sido acusado de ningún crimen y posiblemente repitiendo un patrón de conducta de un padre agresivo.

b) Cobra

Agresivo con todo el mundo, propenso a amenazar con cuchillos o revólveres, se calma internamente, según se vuelve agresivo difícil de tratar en terapia psicológica. Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere. Posiblemente haya sido acusado de algún crimen, abusa de alcohol y drogas. La cobra espía a su mujer, cae bien a todas las personas excepto a sus novias o esposas.

La cobra es un sociópata, frío, calculador, puede ser cálido. El maltrato no cesa por si solo. Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su víctima, que el abuso físico podría continuar en cualquier momento. En ocasiones la violencia del maltratador oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil o asustado.

En otros casos, los comportamientos ofensivos son el resultado de esa niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser adulto y a pensar que el está por encima de la ley, o sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera, piensa que se merece un trato especial, mejor que a los demás.

2.1.2.3 Consecuencias y efectos de la violencia intrafamiliar

Entre las consecuencias más graves que trae para un niño vivir en un entorno familiar violento están: problemas de agresividad, dificultades de interacción social, tendencia a interpretar de modo hostil la conducta de los otros, baja autoestima, problemas de egocentrismo cognitivo y social.

Estas afectan fuertemente al niño en la escuela, primero que todo el rendimiento académico y sobretodo la interacción de este con sus demás compañeros, en casos con la profesora y demás miembros de la institución; ya que debido a todos los problemas y traumas que vive no puede tener un buen desarrollo emocional, social y cognitivo.

Los maestros deben estar muy atentos a las conductas negativas que presenten sus alumnos; además y muy importante deben tener conocimiento del contexto familiar en el que viven, para evitar que esta problemática se siga presentando.

Afectan la salud y la vida en general. Un ejemplo de esto lo encontramos en el uso de drogas y en el abuso del alcohol. Ponen en riesgo sus vidas a través de conductas imprudentes y arriesgadas "nomás porque si". Afectan a otros hombres, como son golpizas, pleitos con armas y sin ellas, incluso provocar la muerte.

2.1.2.4 Violencia contra los adolescentes y niños

La dificultad de algunos familiares para controlar sus reacciones se muestran en comportamientos agresivos, en ocasiones estas personas no solo muestran formas rígidas y autoritarias de ver el mundo, también les es muy complicado ponerse en el lugar del niño o joven, siendo por ello muy poco probable que entiendan lo que sienten.

Otra causa de violencia es también el consumo de alcohol y/o drogas por parte de la persona que cuida a los niños y niñas, aunque la droga es solo un estímulo a las características intolerantes ya existentes en el/la agresor/a.

Por otro lado, también existen padres o cuidadores que usan la violencia de diversas formas como instrumento de corrección, esto guarda en muchos casos relación directa con vivencias previas de los propios padres, es decir con un historial de niñez donde la violencia fue un elemento constante.

Respecto a este tipo de situaciones es bueno remarcar que no se trata solo de un “aprendizaje de conductas”, sino básicamente de un “aprendizaje de modelos”, donde más allá de la conducta, el/la agresor/a aprendió formas de conceptualizar sus relaciones, estando entre ellas ideas como “los padres somos dueños de nuestros hijos”, y” ellos deben hacer siempre todo aquello que les decimos”.

Finalmente hay aspectos que si bien no causan directamente la violencia, si están relacionados. Estos son una pobre educación y la falta de dinero para satisfacer necesidades como alimentación, vivienda entre otras; estos, si bien no tienen por qué

generar que los niños sean gritados o golpeados, si suelen ser incentivo a la intolerancia de los padres, cuidadores y del entorno social en que se desarrolla la familia “violenta”.

2.2 Psicopatología

Es 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. Puede ser usado en tres sentidos:

- Área de estudio: describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.
- Término descriptivo: es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
- Designación de un área de estudio en psicología: se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental.

2.2.1 Antecedentes

En los mundos griego y romano surgen por primera vez el concepto de enfermedad mental. En los primeros tiempos de la cultura griega la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura (la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses en estado de cólera).

- Edad de Piedra

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

la región parietal izquierdo. El aporte en el estudio de la historia de la psiquiatría radica en actividad misma, debido a que la operación se ejecutaba con el objeto de liberar los espíritus malignos supuestamente causantes de los síntomas. Otros motivos para la operación, era la práctica de brujería, que se consideró un modo de permitir la entrada al cuerpo de una persona, y el interés de obtener piezas de hueso para propósitos mágico religiosos.

El chamanismo consideraba al chamán como un hombre-médico de tipo inspirado, que es muy vulnerable a la posesión por los espíritus y a través del cual estos se comunican con los seres humanos, la sesión chamanística tiene lugar en presencia de un grupo selecto de participantes, en donde se provoca un incremento excesivo de estado de excitación por parte del chamán, el cual requiere un estado particular para la receptividad a los sueños y a otros fenómenos psicológicos provocado con ayuda de drogas y plantas medicinales. Luego del análisis de la práctica del chaman se puede realizar comparación entre este y los procedimientos psicoterapéuticos, entre ellos el psicoanálisis (interpretación de los sueños) y psicoterapia de grupo (la personalidad del líder).

- **Mundo occidental antiguo**

Los griegos se concentraron en el análisis racional del mundo natural. En la época en que Homero escribió la *Ilíada* y la *Odisea* (siglo IX a.C) la conducta desequilibrada o psicótica se interpretaba como una forma de castigo para los que ofendían a los dioses. (Aquellos que los dioses destruirían, primero los volvían locos).

La terapia se llevaba a cabo en un conjunto de templos dedicados a Esculapio, el dios de la salud, cada templo era una estructura con forma de laberinto en la cual las personas con padecimientos mentales caminaban y dormían hasta que por fin llegaban al centro. Se creía que durante el proceso, Esculapio se hacía cargo de sus sueños y los curaba. Hipócrates describió los ataques epilépticos y llegó a la conclusión de que eran provocados por un cerebro enfermo.

Platón (427-347), creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón, hizo hincapié en el poder de las ideas, y llegó a decir que la mente es la única realidad de la existencia humana. Galeno (130-200) Hizo las teorías de los 4 humores del carácter y temperamento: tierra, aire, fuego y agua. Sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema.

- **Edad Media**

San Agustín (354-430) empleó la introspección o análisis de sus propios pensamientos, sentimientos y motivaciones para estudiar los procesos mentales como el conflicto entre el placer y la disciplina. Trabajó arduamente por lograr un autoanálisis completo, aunque doloroso, y en sus confesiones reveló sus pensamientos, tentaciones y temores más profundos.

La demonología y la superstición adquirieron una importancia renovada en la explicación de la psicopatología. A finales de la edad Media se incrementó el anti intelectualismo y la creencia en la magia y la brujería, muchas personas creían fuertemente en el exorcismo, la extracción del diablo del cuerpo de una persona afectada de los malos espíritus. En Inglaterra, la corona tenía el derecho y el deber de proteger a los enfermos mentales, a los que dividió en 2 categorías: Tontos naturales (retraso mental) y la brujería (fuerzas místicas).

- **El Renacimiento**

Johann Weyer (1515-1576) hizo hincapié en el conflicto psicológico y las relaciones interpersonales desequilibradas como causas de los trastornos mentales, insistió en que las brujas eran personas mentalmente perturbadas y no criaturas de satanás. Salvó a muchos de morir en la hoguera. Weyer describió lo que ahora se conoce como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes. Estableció que el tratamiento clínico debería orientarse a las necesidades de las personas perturbadas y no para seguir las reglas de instituciones religiosas.

- La Edad de la razón y la ilustración

En los siglos XVII y XVIII los que analizaban la experiencia subjetiva y quienes trataban de identificar los defectos físicos, rechazaron la idea de que los demonios y las causas sobrenaturales provocaran la conducta anormal. En Inglaterra, el rey Jorge III en 1765 sufrió un ataque psicótico y precipitó una crisis constitucional e hizo que se tomara conciencia de que ni las personas sobresalientes fueran inmunes a los trastornos mentales. En 1774 en Gran Bretaña se aprobó la primera ley que autorizaba los manicomios y regulo su admisión.

- El Movimiento de la Reforma

El 25 de mayo de 1815 la Cámara de los Comunes británica ordenó una “Investigación parlamentaria en los manicomios de Inglaterra”. El tratamiento era brutal. Los pacientes eran azotados, apaleados y encadenados además de los tratamientos de sangrado y vómito.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

La normalidad y la anormalidad en psiquiatría son utopías clínicas. La normalidad y anormalidad reales dependen, más bien, del balance resultante, positivo o negativo, de la interacción entre las partes sanas y enfermas del sujeto.

La normalidad es la cualidad o condición de normal (que se ajusta a las normas o que se halla en su estado natural). En un sentido general, la normalidad hace referencia a aquel o aquello que se ajusta a valores medios. La normalidad de un comportamiento está vinculada a la conducta de un sujeto que no muestra diferencias significativas respecto a la conducta del resto de su comunidad.

La anormalidad es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales, un criterio para "anormalidad" que se utiliza en el caso de comportamiento anormal es: su baja ocurrencia estadística.

Otro criterio es la existencia de ansiedad. Una persona que manifiesta niveles elevados de depresión, ansiedad, infelicidad, entre otros, se considera que posee un comportamiento anormal porque le perturba a sí mismo.

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

Un trastorno hace referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental, un desequilibrio del estado mental de una persona. Según el DSM-IV-TR los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios circunstancial.

Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción de la conducta, psicológica o biológica; esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar, una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. A continuación se presentan y se desarrollan algunos de los trastornos mas comunes vistos y atendidos en el centro de práctica.

2.2.3.1 Trastornos del aprendizaje

Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar (T.E.A.) constituyen un conjunto de problemas que interfieren significativamente en el rendimiento en la escuela, dificultando el adecuado progreso del niño y la consecución de las metas marcadas en los distintos planes educativos.

Los Trastornos del aprendizaje surgen de alteraciones de los procesos cognoscitivos, los cuales se reflejan principalmente en la falta de atención y concentración, afectando el rendimiento escolar, y hace que se dificulte un correcto desempeño en el progreso educativo del menor.

En trastornos específicos del aprendizaje la deficiencia se nota principalmente en la Lectura, Escritura y el Cálculo Matemático, haciendo referencia a problemas delimitados y áreas concretas, no presentando el niño déficit significativo en las otras áreas. Entre los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar podemos encontrar:

a. Trastorno específico de la lectura (dislexia)

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

El término Dislexia se sigue utilizando para describir un síndrome de incapacidad lectora que incluye deficiencias verbales, cognitivas y lateralidad mal definida. No obstante, hay todavía un gran debate acerca de la validez diagnóstica e independiente del trastorno disléxico. Podemos distinguir varios grupos.

- ✓ Primer grupo (disléxico.): se sitúan aquellos niños que pueden comprender bien una explicación oral, aunque no un texto escrito con los mismos contenidos
- ✓ Segundo grupo (retraso lector general): estarían los niños que leen mal las palabras y que manifiestan problemas de comprensión tanto palabras escritas como orales (a diferencia del primer grupo).
- ✓ Tercer grupo (niños hiperléxicos): se han identificado otros niños que pueden manifestar dificultades en la comprensión aunque leen (decodifican) bien las palabras.

a.1 Causas

Existen factores hereditarios que predisponen a padecerla. Sin embargo, aún no están claros otros factores que pueden estar implicados en el curso del trastorno, tales como causas genéticas, dificultades en el embarazo o en el parto, lesiones cerebrales, problemas emocionales, déficit espaciotemporales o problemas en cuanto a la orientación secuencial, de percepción visual o dificultades adaptativas en la escuela. Estudios del ámbito neurológico han descubierto

diferencias en el giro angular; (estructura cerebral situada en el lóbulo parietal del hemisferio cerebral izquierdo); entre sujetos disléxicos y grupos de control. Exploraciones similares han revelado que existe un funcionamiento pobre de esta región cerebral.

a.2 Síntomas de dislexia

Los niños y adultos con dislexia pueden presentar algunos de estos síntomas:

- Dificultad para leer oraciones o palabras sencillas.
- Invierten las palabras de manera total o parcial, por ejemplo casa por saca
- Escriben la misma palabra de distintas maneras
- Invierten las letras, por ejemplo p por b, o d por b
- Tiene dificultades para ver que una palabra está mal escrita
- Copian las palabras mal aunque están mirando cómo se escriben
- Conocen una palabra pero usan otra, como gato por casa
- Tienen dificultades para distinguir la izquierda de la derecha

a.3 Tratamiento

Una vez se ha diagnosticado dislexia un tutor en fonética puede elevar al niño hasta el nivel de lectura apropiado para su inteligencia. Se debe informar al maestro del niño y pedirle que sea comprensivo. Existen versiones de exámenes adaptados para estudiantes con dislexia.

La dislexia puede superarse cuando está correctamente diagnosticada y se la trata con paciencia y fuerza de voluntad. Las dificultades en la educación suelen ser el resultado de un diagnóstico equivocado y la consiguiente frustración del niño al sentirse incapaz. Busque las áreas en las que el niño se destaca y ponga el énfasis en ellas.

Un niño puede tener problemas para leer, pero ser un genio en matemáticas, música, u otros campos. Los ordenadores son herramientas de aprendizaje especialmente útiles para los niños que tienen dislexia, ya que permiten desarrollar habilidades para escribir que de otra manera

no se podrían lograr. Muchos niños disléxicos son capaces de compensar sus desventajas con relativa facilidad; sin embargo, suelen tener más dificultades para superar el problema emocional de sentirse incapaces.

b. Trastorno de la escritura

Es la incapacidad de reproducir total o parcialmente rasgos escritos. Se trata de un trastorno en el que el niño tiene fuertes dificultades para escribir inteligiblemente. Este problema suele tener una base ansiosa aunque en ocasiones puede tratarse de una verdadera dispraxia: en estos casos la dificultad motriz no sería simplemente "tensional", es decir, debida a un bloqueo psicomotor de origen emocional, sino expresión de un bloqueo ideopráxico de base neurológica.

La escritura es una conducta muy compleja y en la que intervienen diferentes procesos y estructuras mentales, pero también factores de tipo emocional. Esta complejidad ha propiciado el uso de diferentes nombres para agrupar las diversas manifestaciones del trastorno aunque guardan entre ellas una estrecha relación.

Digrafía se utiliza para designar el trastorno de la escritura que afecta a la forma o al contenido y la manifiestan niños que no presentan problemas intelectuales, neurológicos, sensoriales, motores, afectivos o sociales. Como características disgráficas se señalan dos tipos de síntomas relacionados:

- ✓ Signos secundarios globales, comprenden la postura inadecuada y soporte incorrecto del instrumento.
- ✓ Síntomas específicos, ponen su atención en elementos del propio grafismo como gran tamaño de las letras, letras inclinadas y deformes.

- Disortografía

Se trata de una dificultad en la escritura cuya característica principal es un déficit específico y significativo de la ortografía normalmente asociada los trastornos lectores.

b.1 Características

- ✓ Rigidez de la escritura
- ✓ Con tensión en el control de la misma
- ✓ Grafismo suelto
- ✓ Con escritura irregular pero con pocos errores motores
- ✓ Impulsividad escritura poco controlada
- ✓ Letras difusas
- ✓ Deficiente organización de la página
- ✓ Inhabilidad
- ✓ Escritura torpe
- ✓ La copia de palabras plantea grandes dificultades
- ✓ Lentitud y meticulosidad
- ✓ Escritura muy regular, pero lenta, se afanan por la precisión y el control

b.2 Síntomas del Trastorno de la Expresión Escrita

- ✓ Dificultades desde los primeros años escolares para deletrear palabras y expresar sus pensamientos de acuerdo a las normas propias de su edad.
- ✓ Errores gramaticales en las oraciones verbales o escritas y mala organización de los párrafos. Por ejemplo de forma reiterada aunque se les recuerde empezar la primera palabra de la oración con mayúscula y terminarla con un punto.
- ✓ Escribe lentamente, con letras informes y desiguales.
- ✓ Deficiente espaciamiento entre letras, palabras o entre renglones, con ligamento defectuoso entre letras.

- ✓ Trastorno de la prensión. Coge de manera torpe el lápiz contrayendo exageradamente los dedos, lo que le fatiga en poco tiempo, estas dificultades se hacen notar cuando, en cursos más avanzados, se exige al niño que escriba rápido.
- ✓ La mayoría de niños con este trastorno se sienten frustrados y enfadados a causa del sentimiento de inadecuación y fracaso académico. Pueden sufrir un trastorno depresivo crónico y alteraciones de la conducta como resultado de su creciente sensación de aislamiento, diferenciación y desesperanza.

b.3 Tratamiento psicopedagógico

El tratamiento debe centrarse en aquellos aspectos deficitarios detectados en la evaluación previa. No obstante, La reeducación no sólo hay que hacerla sobre el síntoma identificado sino entendiendo al niño como expresión de un conjunto único de diferentes factores culturales, familiares, emocionales, etc. A continuación se exponen una serie de orientaciones prácticas ordenadas según los diferentes procesos implicados en la escritura.

- ✓ **Procesos motores**

Las posibles actividades se centrarán en realizar círculos con el brazo a distintos ritmos; lanzamientos de objetos (canasta, diana...); flexión y extensión de la muñeca, botar una pelota, ensartar bolas u objetos, trabajar con plastilina o un punzón, etc

- ✓ **Procesos morfosintácticos**

El objetivo es enseñar al niño a construir frases sintácticamente correctas. Las actividades deben planificarse según una dificultad creciente en las frases.

- ✓ **Procesos léxicos**

El objetivo se centra en enseñar el vocabulario ortográfico básico, reglas de correspondencia fonema-grafema y habilidades fonológicas de segmentación.

c. Trastorno del cálculo (discalculia)

La discalculia o dificultades en el aprendizaje de las matemáticas (DAM) es una dificultad de aprendizaje específica en matemáticas es el equivalente a la dislexia solo que en lugar de tratarse de los problemas que enfrenta un niño para expresarse correctamente en el lenguaje, se trata de dificultad para comprender y realizar cálculos matemáticos

c.1 Características del trastorno

Como señalan algunos autores, podemos delimitar cuatro áreas de deficiencias dentro del trastorno del cálculo:

✓ Destrezas lingüísticas

Son deficiencias relacionadas con la comprensión de términos matemáticos y la conversión de problemas matemáticos en símbolos matemáticos.

✓ Destrezas de percepción

Dificultad en la capacidad para reconocer y entender los símbolos. También para ordenar grupos de números.

✓ Destreza matemática

Se incluye la dificultad con las operaciones básicas y sus secuencias (suma, resta, multiplicación y división).

✓ Destreza de atención

Se trata de dificultades en copiar figuras y observar los símbolos operacionales correctamente.

La discalculia también se caracteriza por la presencia de dificultades en:

✓ Perceptivo-visuales

✓ Dificultades amnésicas

✓ Orientación espacial

✓ Esquema corporal

✓ Figura y longitud

- ✓ Distancia y tamaño

c.2 Diferentes tipos de discalculia

- **Discalculia primaria**

Trastorno específico y exclusivo del cálculo, unido a una lesión cerebral.

- **Discalculia secundaria**

Se diagnostica al producirse una mala utilización de símbolos numéricos y mala realización de operaciones asociadas a dichos símbolos, especialmente las inversas.

- **Disaritmética**

Se caracteriza por presentar dificultades para comprender el mecanismo de la numeración, retener el vocabulario asociado a ésta o concebir los mecanismos de resolución de sumas, restas, multiplicaciones o divisiones (cuatro operaciones básicas), también contar mentalmente y utilizar sus adquisiciones para la resolución de problemas.

- **Discalculia Espacial**

Dificultad para ordenar los números según una estructura espacial.

c.3 Tratamiento

- Es importante considerar una serie de recomendaciones antes de comenzar el tratamiento:
- Es aconsejable que las sesiones sean individuales, en las cuales participe el menor con un profesional. En otras ocasiones también se pueden hacer colectivas (clases de apoyo)
- No es recomendable limitar el tiempo de la tarea, con el fin de reducir la ansiedad que este experimenta.
- Encontrar actividades que motiven.
- No presionar en exceso.

2.2.3.2 Trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de enfermedad mental, caracterizada por miedo y ansiedad anormal y patológica. Explican que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos y síntomas episódicos.

Los criterios diagnósticos actuales psiquiátricos reconocen una gran variedad de trastornos de ansiedad. Entre ellos podemos encontrar:

a. Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de Ansiedad Generalizada: (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad, junto con las fobias específicas (orientadas hacia un objeto determinado), la fobia social, el trastorno por estrés postraumático, la agorafobia, el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo. Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades. Los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico. Es un patrón de preocupación y ansiedad constantes acerca de muchos acontecimientos o actividades diferentes.

a.1 Causas

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Los genes pueden jugar un papel. El estrés también puede contribuir a la aparición del trastorno de ansiedad generalizada. Cualquier persona puede sufrir este trastorno, incluso los niños. La mayoría de las personas que sufren este trastorno dicen que han estado ansiosas desde que tienen memoria. El trastorno de ansiedad generalizada es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.

a.2 Síntomas

El síntoma principal es la presencia casi constante de preocupación o tensión, incluso cuando hay poca o ninguna causa. Las preocupaciones parecen flotar de un problema a otro, como problemas

familiares o de relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, dinero, salud y otros problemas.

Otros síntomas abarcan:

- Dificultad para concentrarse
- Fatiga
- Irritabilidad
- Problemas para conciliar el sueño y sueño que a menudo no es reparador ni satisfactorio
- Inquietud y a menudo resultar sobresaltado con mucha facilidad
- Junto con las preocupaciones y las ansiedades, también pueden estar presentes muchos síntomas físicos, como tensión muscular (temblor, dolor de cabeza) y problemas estomacales, como náuseas o diarrea.

a.3 Tratamiento

- El objetivo de la terapia es ayudarlo a desempeñarse bien durante la vida diaria.
- Los medicamentos son una importante parte del tratamiento. Una vez que usted empiece a tomarlos, no los suspenda súbitamente sin hablar con el médico. Los medicamentos que se pueden utilizar abarcan: También se puede usar un medicamento llamado buspirona.
- Evitar la cafeína, las drogas ilícitas e incluso algunos medicamentos para los resfriados también puede ayudar a reducir los síntomas. Un estilo de vida saludable que incluya ejercicio, descanso suficiente y buena nutrición pueden ayudar a reducir el impacto de la ansiedad.
- Las terapias cognitivo-comportamentales alcanzan los resultados más satisfactorios, especialmente reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a medio plazo. Las terapias de conducta son también útiles, pero en menor grado, aunque superiores a los tratamientos farmacológicos, cuyos efectos beneficiosos lo son sólo a corto plazo y acompañados de efectos secundarios. No parece que una combinación entre los distintos tratamientos mejore significativamente los efectos de las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la evidencia disponible indica que éstas son las terapias de elección para este trastorno.

b. Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad (como la agorafobia y la fobia social) caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud, aprensión, temor o preocupación, y conductas repetitivas, denominadas compulsiones dirigidas a reducir la ansiedad asociada. Este trastorno está reconocido dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(DSM-IV).

Los pacientes suelen sentirse culpables de su conducta anormal y sus familiares pueden enfadarse con ellos porque no son capaces de controlar sus compulsiones. Otras veces, en su deseo de ayudarles, pueden aparentar que los síntomas no existen, justificarlos o, incluso, colaborar en sus rituales (acción que se considera contraproducente).

Los pacientes suelen sentirse culpables de su conducta anormal y sus familiares pueden enfadarse con ellos porque no son capaces de controlar sus compulsiones. Otras veces, en su deseo de ayudarles, pueden aparentar que los síntomas no existen, justificarlos o, incluso, colaborar en sus rituales (acción que se considera contraproducente).

b.1 Causas

El trastorno obsesivo-compulsivo es más común de lo que alguna vez se pensaba y la mayoría de las personas que lo desarrollan muestra síntomas hacia la edad de 30 años.

Hay varias teorías acerca de la causa del trastorno obsesivo compulsivo, pero ninguna ha sido confirmada.

En algunos informes, este trastorno se asocia con un traumatismo craneal o con infecciones. Algunos estudios han mostrado que hay anomalías cerebrales en pacientes con este trastorno, pero se requiere de más investigación.

b.2 Síntomas

- Obsesiones o compulsiones que no se deben a una enfermedad o consumo de drogas.
- Obsesiones o compulsiones que ocasionan sufrimiento o interfieren con la vida cotidiana.

- Hay muchos tipos de obsesiones y compulsiones. Los ejemplos abarcan:
- Revisar y volver a revisar acciones (como apagar las luces y cerrar la puerta con llave)
- Conteo excesivo
- Miedo excesivo a los gérmenes
- La compulsión de lavarse las manos de manera repetitiva para protegerse de infecciones.
- La persona generalmente reconoce que el comportamiento es excesivo o irracional.

b.3 Tratamiento

El trastorno obsesivo compulsivo se trata utilizando medicamentos y terapia. El primer medicamento que se considera usualmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). Estos medicamentos abarcan:

- Citalopram (Celexa)
- Fluoxetina (Prozac)
- Fluvoxamina (Luvox)
- Paroxetina (Paxil)
- Sertralina (Zoloft)

Si un antidepresivo ISRS no es efectivo, el médico puede prescribir un tipo de antidepresivo de la vieja generación llamado antidepresivo tricíclico.

La clomipramina es uno de estos y es el medicamento más antiguo para el trastorno obsesivo compulsivo. Por lo regular funciona mejor que los antidepresivos ISRS en el tratamiento de esta afección, pero puede tener efectos secundarios desagradables, como:

- Dificultad para iniciar la micción
- Caída de la presión arterial al pararse
- Resequedad en la boca
- Somnolencia

c. Fobia social

Es un miedo persistente e irracional ante situaciones que puedan involucrar el escrutinio y juzgamiento por parte de los demás, como en fiestas u otros eventos sociales.

c.1 Causas

Las personas con fobias sociales sienten miedo y evitan situaciones en las cuales puedan ser juzgadas por los demás. Esto puede comenzar en la adolescencia y posiblemente tenga que ver con padres sobreprotectores u oportunidades sociales limitadas.

c.2 Síntomas

Las personas con fobia social se tornan muy ansiosas y tímidas en situaciones sociales diarias. Tienen un miedo intenso, persistente y crónico de ser vigiladas y juzgadas por otros, y de hacer cosas que las hagan sentirse avergonzadas. Los síntomas físicos que a menudo ocurren con la fobia social incluyen:

- Ruborizarse
- Dificultad para hablar
- Náuseas
- Sudoración profusa
- Temblores

La fobia social afecta la capacidad de desempeño en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

Algunos de los miedos más comunes de las personas que padecen fobia social son:

- Asistir a fiestas y otras reuniones sociales
- Comer, beber y escribir en público
- Conocer nuevas personas
- Hablar en público
- Utilizar los baños públicos

c.3 Tratamiento

- El objetivo del tratamiento es ayudarle a desempeñarse de forma efectiva y su éxito por lo general depende de la gravedad de la fobia.
- Los ansiolíticos y los antidepresivos se utilizan algunas veces para ayudar a aliviar los síntomas de las fobias.

2.2.3.3 Trastorno del estado de ánimo

Los trastornos del estado ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. 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. Entre los siguientes trastornos del ánimo podemos encontrar:

➤ Trastorno depresivo mayor

También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía.

a.1 Síntomas

Los síntomas que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

- Estado de ánimo triste o irritable durante la mayor parte del día.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo acostumbrado o porque se duerme más).
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

a.2 Causas

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Muchos investigadores creen que es causada por cambios químicos en el cerebro. Esto puede deberse a problemas con los genes o se puede desencadenar por ciertos eventos estresantes. Lo más probable es que sea una combinación de ambos. Algunos tipos de depresión se transmiten de padres a hijos, pero ésta también se puede presentar en personas que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Cualquier persona puede deprimirse, incluso los niños. Los siguientes factores pueden jugar un papel en la depresión:

- Alcoholismo o drogadicción.
- Ciertas afecciones médicas, como hipotiroidismo, cáncer o dolor prolongado.
- Medicamentos como los esteroides.
- Problemas para dormir.
- Hechos estresantes en la vida, como:

- separación con la pareja.
- desaprobar una asignatura.
- enfermedad o muerte de alguien cercano.
- maltrato o rechazo en la niñez.
- pérdida del trabajo.
- aislamiento social (común en los ancianos).

a.3 Tratamiento

En general el tratamiento para la depresión es farmacológico y psicoterapéutico, Los medicamentos empleados para tratar la depresión se denominan antidepresivos. Los tipos comunes de antidepresivos abarcan:

- Los inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS), entre ellos fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), paroxetina (Paxil), fluvoxamina (Luvox), citalopram (Celexa) y escitalopram (Lexapro)
- Los inhibidores de la recaptación de la norepinefrina (IRSN), entre ellos, desvenlafaxina (Pristiq), venlafaxina (Effexor) y duloxetina (Cymbalta)

a.4 Psicoterapia en la depresión

La psicoterapia es la asesoría para hablar de sus sentimientos y pensamientos y para aprender cómo hacerles frente. Los tipos de psicoterapia que existen son:

- La terapia cognitiva conductista le enseña cómo combatir los pensamientos negativos. Aprenderá cómo tener más consciencia de sus síntomas y cómo detectar los factores que empeoran la depresión. También le enseñarán habilidades para la resolución de problemas.
- La psicoterapia también puede ayudarle a entender las cuestiones que pueden estar detrás de sus pensamientos y sentimientos.
- Unirse a un grupo de apoyo de personas que están compartiendo problemas como el suyo también puede ayudar. Pídale al terapeuta o al médico que le dé recomendaciones.

a.5 El pronóstico puede ser bueno y malo.

a.5.1 Pronóstico bueno

- Edad de inicio avanzada.
- Episodios leves.
- Ausencia de síntomas psicóticos.
- Ausencia de hospitalización durante el tratamiento o, en caso de precisarla, corta estancia en el hospital.
- Adecuada relación familiar.
- Buen funcionamiento social.

a.5.2 Pronóstico malo

- Tratamiento inadecuado o discontinuación (no cumplimiento adecuado del tratamiento).
- Trastorno de ansiedad.

b. Trastorno distímico

Es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas. Se considera que puede afectar a entre un 3 y un 5% de la población. El inicio suele ser temprano. Aparece con doble frecuencia en mujeres que en hombres, sola o asociada a otros trastornos psiquiátricos, sobre todo depresiones graves, y pérdida del apetito sexual.

b.1 Síntomas

Los síntomas que presenta este trastorno son parecidos a las de un episodio depresivo mayor. Pero el principal síntoma es el estado de ánimo distímico persistente casi todos los días a lo largo de al menos dos años. Los síntomas más relevantes son:

- Trastornos de la alimentación: inapetencia o ingesta compulsiva.

- Trastornos del sueño: insomnio o hipersomnia.
- Sensación de déficit de energía vital, cansancio injustificado, fatiga continúa.
- Trastornos de la memoria y la capacidad de concentración.
- Baja autoestima, sentimiento de incapacidad.
- Sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado
- Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva
- Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo.
- Falta de locuacidad, pérdida de interés por actividades placenteras o por la actividad sexual.

b.2 Causas

Las causas exactas de este trastorno aun no se saben con seguridad, pero puede estar relacionada con cambios en el cerebro que involucran una sustancia química llamada serotonina. La serotonina ayuda al cerebro a manejar las emociones y a hacer juicios. Otros problemas médicos y el estrés de la vida cotidiana también pueden jugar un papel.

b.3 Tratamiento

El mas eficaz es la asociación de fármacos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina con las psicoterapias conductuales, cognitivas, psicoanalíticas, interpersonales, de grupo... Sin tratamiento, lo habitual es que la distimia evolucione a una depresión mayor, llamada "depresión doble". Si el medicamento se considera necesario, los más comúnmente prescritos antidepresivos para este trastorno son los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina. Como la fluoxetina A veces dos diferentes medicamentos antidepresivos son prescritos en conjunto, o un médico puede prescribir un estabilizador del estado de ánimo o medicamento ansiolítico en combinación con un anti-depresivo.

b.4 Entre las clasificaciones de terapias están

- Terapia del comportamiento: ayuda a controlar las acciones y cambiar el comportamiento para sentirse mejor. Se enseña como cambiar el comportamiento mediante la observación del resultado de acciones.
- Terapia electro convulsivo: Esta terapia, también llamada TEC, puede usarse cuando no han funcionado los medicamentos antidepresivos, la terapia del comportamiento o la psicoterapia. Esta se realiza mediante el envío de pequeños choques eléctricos al cerebro.
- Psicoterapia: Esta también es llamada terapia de la conversación. Dichas conversaciones o pláticas se realizan en una serie de citas. En las citas se pueden incluir a los familiares y amigos. Dichas citas ayudarán a entender mejor la distimia.

c. Trastorno ciclotímico.

Es un trastorno del humor considerado una forma suave de trastorno bipolar. Está definido en el espectro bipolar. Consistente en alteraciones recurrentes del humor entre la hipomanía y el humor distímico, pero leves, a diferencia del trastorno bipolar tipo I en la cual una persona tiene oscilaciones en el estado de ánimo durante un período de años que van desde depresión leve hasta euforia y excitación. El trastorno ciclotímico prevalece en 0,4 - 1% de los casos. La tasa parece igual en hombres o mujeres, aunque las mujeres buscan tratamiento más a menudo.

c.1 Síntomas

- Episodios de hipomanía y depresión leve ocurren durante por lo menos dos años (uno o más años en los niños y adolescentes).
- Las fluctuaciones del estado de ánimo son menos severas que en el trastorno bipolar, la depresión mayor o la manía.
- Los síntomas son persistentes, con no menos de dos meses consecutivos sin síntomas.

En algunos de los períodos depresivos tienen que presentarse, al menos, 3 síntomas de entre los siguientes:

- Disminución de la vitalidad o actividad
- Insomnio
- Disminución en la confianza y autoestima, o sentimientos de inferioridad
- Disminución en la concentración
- Aislamiento social
- Disminución del interés o satisfacción por actividades placenteras
- Disminución de la locuacidad
- Pesimismo sobre el futuro y cavilaciones sobre pasado.

En algunos de los períodos de euforia tienen que presentarse, al menos, 3 síntomas de entre los siguientes:

- Aumento de la vitalidad o actividad
- Disminución de las necesidades de sueño
- Aumento o disminución de la autoestima
- Pensamiento excepcionalmente agudo o creativo
- Aumento de la sociabilidad
- Aumento de la locuacidad o ingenio
- Aumento del interés o satisfacción por actividades placenteras
- Optimismo y valoración de logros exagerados

c.2 Causas

El trastorno ciclotímico no parece obedecer a una única causa. La ciclotimia por lo regular comienza temprano en la vida y parece ser igualmente común en mujeres y hombres. Por una parte está el factor hereditario, comprobado mediante amplios estudios efectuados en gemelos, tanto dicigóticos como monocigóticos, y que viene a confirmar el elemento genético como una de las causas involucradas en el desarrollo de esta enfermedad. Por otra parte también hay que considerar ciertos aspectos psicológicos y sociales, como pueden ser algunos acontecimientos vitales, hechos traumáticos o ciertas condiciones de vida.

c.3 Tratamiento

Para el tratamiento de la ciclotimia se pueden utilizar medicamentos antidepresivos, hacer psicoterapia o estabilizadores del estado de ánimo. Entre estos últimos, los que se utilizan con más frecuencia son el litio, muy habitual para tratar el trastorno bipolar y que también ayuda a los pacientes afectados por el trastorno ciclotímico, o los fármacos anticonvulsivos. Hay que indicar, no obstante, que la respuesta eficaz que se observa en los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar no es tan contundente cuando se trata del trastorno ciclotímico. Por lo general, el tratamiento se basa en la combinación de psicoterapia, antidepresivos y estabilizadores.

Otros aspectos que pueden ser de gran ayuda son los grupos de apoyo, que al compartir las experiencias comunes y los recursos y estrategias de cada uno, sirven para aliviar y combatir algunos de los síntomas de la ciclotimia. Las expectativas de superar completamente la enfermedad no son muy elevadas; requiere bastante tiempo, y no siempre se logra.

Un porcentaje considerable terminará desarrollando trastorno bipolar, mientras que otros tendrán que convivir con una enfermedad crónica.

d. Trastorno bipolar

El trastorno afectivo bipolar (TAB), también conocido antiguamente como psicosis maníaco-depresiva (PMD), es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología. Por lo general tiene expresión por un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores cerebrales. Adicionalmente, debido a las características del trastorno bipolar, los individuos tienen más riesgo de mortalidad por accidentes y por causas naturales como las enfermedades cardiovasculares.

Los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. En ocasiones pueden predominar los episodios maníacos o los depresivos. Algunos de estos trastornos se denominan 'de ciclado rápido' porque el estado de ánimo puede cambiar varias veces en un período muy breve de tiempo. Otras veces se presenta el llamado "estado mixto", en el que los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa. Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños menores de 5 años, generalmente aparece en su forma mixta.

d.1 Síntomas

La fase maníaca puede durar de días a meses y puede abarcar los siguientes síntomas:

- Distraerse fácilmente
- Poca necesidad de sueño
- Deficiente capacidad de discernimiento
- Control deficiente del temperamento
- Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol:
 - excesos de comida, bebida y/o consumo de drogas
 - deficiente capacidad de discernimiento
 - sexo con muchas parejas (promiscuidad)
 - hacer gastos exagerados
 - Estado de ánimo muy elevado
 - exceso de actividad (hiperactividad)
 - incremento de la energía
 - pensamientos apresurados
 - hablar mucho
 - autoestima muy elevada (creencias falsas acerca de sí mismo o de las habilidades)

Estos síntomas de manía ocurren con el trastorno bipolar I. En las personas con trastorno bipolar II, los síntomas de manía son similares pero menos intensos. La fase depresiva de ambos tipos de trastorno bipolar incluye los siguientes síntomas:

- Tristeza o estado de ánimo bajo diariamente
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Problemas en la alimentación
 - pérdida del apetito y pérdida de peso
 - consumo exagerado de alimentos y aumento de peso
- Fatiga o desgano
- Sentimiento de minusvalía, desesperanza o culpa
- Pérdida de interés en actividades que alguna vez disfrutaba
- Pérdida de la autoestima
- Pensamientos de muerte y suicidio
- Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado
- Alejarse de los amigos o las actividades que disfrutaba

d.2 Causas

La causa del trastorno bipolar es básicamente biológica, se trata de una enfermedad del cerebro, hay estructuras cerebrales que se encargan de las emociones. El más importante es el sistema límbico. En el trastorno bipolar hay una alteración de este sistema, por lo que aparecen estados de ánimo bruscos y muy intensos que no se corresponden con ninguna causa. La persona afectada tiene temporadas de ánimo bajo pero también otras en las que se encuentra eufórico o irritable, sin una causa suficiente. No hay causas psicológicas (vivencias desagradables, entornos educativos determinados y experiencias familiares), que causen el trastorno bipolar. La causa siempre es biológica. Lo que sí puede suceder es que una vivencia psicológica actúe como desencadenante de un episodio.

d.3 Tratamiento

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, lo cual puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de estabilizadores del estado de ánimo y de las técnicas psicológicas la única que ha demostrado ser eficaz es la psicoeducación. Se calcula que la respuesta a los fármacos puede estar condicionada hasta en un 85% por factores genéticos, por lo que ya existen en el mercado test que recogen la información farmacogenética del paciente para que el médico pueda valorar qué tratamiento va a funcionar mejor en el paciente con trastorno bipolar, en función de sus características genéticas. La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas sub-sindromáticos. En realidad el tratamiento del trastorno bipolar es simple si consideramos los siguientes aspectos:

1. El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, valproato, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina, topiramato).
2. Los antipsicóticos atípicos no son estabilizadores del estado de ánimo y su uso debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Su uso en monoterapia posee un impacto neurocognitivo deteriorante para el paciente.
3. Los antidepresivos tampoco son estabilizadores del estado de ánimo y deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia del ciclado, favorecen la aparición de episodios mixtos y pueden producir viraje a manía. Cuando su uso es imprescindible deben usarse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo.

d.4 Pronóstico

El pronóstico del trastorno bipolar es peor cuando hay un mayor número de episodios. La comorbilidad con alcoholismo o abuso de sustancias también empeora el pronóstico. Asimismo,

los estados mixtos tienen un peor pronóstico. Por último, el tratamiento errático, la dosificación inadecuada o la falta de apoyo psicosocial suponen una peor evolución.

2.3 Psicodiagnóstico

Es el proceso por el que, utilizando distintos medios, se alcanza un conocimiento de un sujeto que permite descubrir su personalidad.

Es aquella disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su interacción recíproca con el ambiente y con el fin de descubrir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento.

El psicodiagnóstico se utiliza para describir características psicológicas de un sujeto, predecir para ver si vale la pena hacer un tratamiento (pronóstico); explicar, medir, valorar, diagnosticar, clasificar y evaluar.

2.3.1 Antecedentes

Comúnmente se sitúa el inicio del psicodiagnóstico en la antigua china, donde se evaluaba el nivel de aprendizaje de los niños, así como también evaluaban a los miembros del ejército para verificar las aptitudes que éstos tenían para desempeñar ciertos cargos. Pero no fue hasta 1575, cuando Juan Huarte de San Juan especifica bien lo que es una evaluación psicológica. Su definición partía de que las personas se diferencian en el talento y era muy importante estudiarlo para luego poder predecir la evaluación y profesión del futuro. El psicodiagnóstico es una rama de la Psicología, de gran valor para los diversos fines de la evaluación psicológica, clínica, laboral, educacional y social.

Desde los textos de la antigüedad aparecen citas en que se diferenciaban unos hombres de otros, pero es en 1878 con el surgimiento de la psicología experimental, creada por Wilhem Wundt en Alemania, que se le da un mayor impulso al uso de los test psicológicos. Cattell 1861 – 1934. Su centro fue el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajó con Wundt y Galton. Tenía un gran interés en que las pruebas fuesen objetivas, sin sesgos del investigador. Comenzó una

aplicación masiva de los test. Binet (1857 – 1911) habla de una nueva evaluación psicológica y de la inteligencia y de las facultades psicológicas superiores (memoria, atención, imaginación...). Con la ayuda de Simon inicia la escala que dará como resultado la de Stanford - Binet.

Aparece por primera vez el concepto de C.I y se piden unas condiciones: que las tareas sean sencillas, independientes del observador y que sean replicables. Creía que debía realizarse un examen médico antes de pasar un test para probar la ausencia de problemas físicos. También incluye como variables en el resultado del test la cultura y la educación.

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

Existen tres tipos de psicodiagnóstico, los cuales se enumeran y se describen a continuación:

a) Patognomónico

Se basa en detectar la presencia - ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado. Detección de signos, con carácter excluyente, que posibiliten la identificación inequívoca de una enfermedad o trastorno determinado. Ejemplo: retraso psicomotor, déficits en el crecimiento y desarrollo y anomalías cráneo-faciales, son características del síndrome alcohólico fetal.

b) Estadístico

Se da la presencia de un número “x” de signos que son propios de un cuadro concreto, que no es probable que se puedan dar en otro. Presencia de una combinación de signos constitutivos de un cuadro determinado. Ejemplo: Hiporexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnias, disminución de la autoestima, distraibilidad, abulia, desesperanza, estado de ánimo deprimido, presente la mayor parte del día, alrededor de dos años son características del trastorno distímico.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

Se incluyen una serie de técnicas y procedimientos encaminados a detectar características psicológicas de sujetos o colectividades. Puesto que se supone que estas características pueden medirse de algún modo, el concepto de psicodiagnóstico es asimilable al de evaluación sistemática en condiciones específicas y en relación con estímulos concretos.

Los primeros métodos que se utilizaron en psicodiagnóstico estuvieron relacionados con la astrología y métodos parapsicológicos, que admitían que el concurso de fuerzas ciegas e incontrolables eran las responsables de los rasgos y determinantes comportamentales de cada persona.

a) Entrevista psicológica

Es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología, con el cual no solo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Identifica en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Se incluye la técnica y la teoría de la técnica en la entrevista psicológica.

✓ Utilidad

Según Martorell; la entrevista psicológica es un intercambio verbal en el cual existen dos roles bien definidos, el del entrevistador y el del entrevistado, donde el primero intenta obtener información sobre opiniones, creencias, ideas, actitudes conocimientos etc.; del segundo y este responde e intenta adecuarse a las demandas del primero, por lo tanto la entrevista es un proceso de interacción con un fin determinado.

✓ Tipos de entrevista

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales:

a) La entrevista cerrada

Es cuando las preguntas ya están previstas, tiene un orden y una forma de ser planteadas que no pueden ser modificadas, es como un cuestionario.

b) La entrevista abierta

El entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas, para las intervenciones, permitiendo toda flexibilidad particular. Hay una flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica, o dicho de otra manera, que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado. Considerada de esta manera, que la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, y la cerrada permitir una mejor comparación sistemática de datos.

✓ Estructura

La estructura se basa en un marco de preguntas predeterminadas y se establecen antes que inicie la entrevista y todo solicitante debe responderla.

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

✓ Clasificación de la entrevista

Hay distintas modalidades de entrevista: no estructuradas, estructuradas, semi- estructurada, de solución de problemas y provocadora de tensión.

a) Entrevista no estructurada

Se trabaja con preguntas abiertas, sin un orden preestablecido, adquiriendo características de conversación.

Esta técnica consiste en realizar preguntas de acuerdo a las respuestas que vayan surgiendo durante la entrevista. Tiene el inconveniente de que puede pasar por alto áreas de aptitud, conocimiento o experiencias del entrevistado, al obviar preguntas importantes del tema a tratar. En este sentido, la entrevista no resulta satisfactoria, porque se pierde información que puede ser de interés.

La entrevista no estructurada puede plantear cuestiones previas que serán indagadas en la entrevista, o puede desarrollarse sin preparación, pretendiendo que el entrevistado exprese su situación. Entre sus principales características hay que destacar:

- El entrevistador no tiene una batería de preguntas para hacer
- Solo se tiene una idea de lo que se va a preguntar
- Las preguntas que se hacen dependen del tipo y características de las respuestas

b) Entrevista estructurada

La entrevista estructurada se caracteriza porque se realiza a partir de un cuestionario previamente elaborado que se aplica de forma sistemática, tanto en el contenido de las preguntas como en su orden. Tiene la ventaja de disminuir los sesgos del entrevistador.

Siempre se sigue el mismo orden y se cuida que el lenguaje sea comprensible para el entrevistado. Este tipo de entrevista mejora la confiabilidad, pero no permite que el entrevistador explore ciertas respuestas interesantes o poco comunes. Por eso la impresión de entrevistador y entrevistado suele ser la de estar sometidos a un proceso mecánico.

Sus principales características son:

- El entrevistador tiene escritas las preguntas que tiene que hacer.

- Las preguntas se encuentran distribuidas según una secuencia lógica (de menor a mayor dificultad, generalmente).
- Esta técnica permite comparar las respuestas a las preguntas formuladas.
- La entrevista estructurada permite realizar una diferenciación más directa, aunque limita la información.

c) Entrevista semi- estructurada

La entrevista mixta cuenta con preguntas ya elaboradas, pero se pueden modificar o anexar otras en el momento de llevar a cabo la sesión. Con este método se obtienen mejores resultados, ya que permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información. Los entrevistadores despliegan una estrategia mixta, con preguntas estructuradas y no estructuradas. La parte estructurada proporciona una base informativa que permite un análisis detallado del entrevistado. La parte no estructurada añade interés al proceso y da a conocer características específicas del entrevistado.

d) Entrevistas de solución de problemas

Las entrevistas de solución de problemas se centran en un asunto o en una serie de ellos que se espera que resuelva el entrevistado. Con frecuencia se trata de soluciones interpersonales hipotéticas, que se presentan al entrevistado para que explique cómo las enfrentaría.

Se evalúan tanto la respuesta como el enfoque que adopta el entrevistado. Esta técnica de entrevistas se centra en un campo de interés muy limitado. Revela en primer lugar la habilidad del entrevistado para resolver el tipo de problemas presentado. El grado de validez sube si las situaciones hipotéticas son similares a las que incluye la situación real del entrevistado. La entrevista podría constar de diez situaciones similares a la siguiente:

Usted debe decidir entre los candidatos a una promoción. El candidato A es leal cooperativo. puntual El candidato B se queja con frecuencia sobre varios aspectos y es descortés pero obtiene los mejores resultados en su departamento. ¿A quién recomendaría para la promoción? ¿Por qué?

✓ El entrevistador

El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano; el contacto directo con seres humanos enfrenta así al técnico con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no gradúa este impacto su tarea se hace imposible: o tiene mucha ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y la tarea es estéril. Una mala disociación con intensa y permanente ansiedad, hace que el psicólogo desarrolle conductas fóbicas u obsesivas frente a sus entrevistas, y entonces evita hacer entrevistas o interpone instrumentos y test para evitar el contacto personal y la ansiedad consiguiente.

La defensa obsesiva se manifiesta en cambio en entrevistas estereotipadas en que todo está arreglado y previsto, en la elaboración rutinaria de historias clínicas; la entrevista se transforma en un ritual.

Otro riesgo es el de la proyección de los propios conflictos sobre el entrevistado y una cierta compulsión a ocuparse, indagar o hallar perturbaciones en la esfera en que las está negando en sí mismo.

El entrevistador tiene que jugar los roles que le son promovidos por el entrevistado, pero sin asumirlos en totalidad. Jugar el rol significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o para promover su modificación en el entrevistado.

Cuanto más psicópata sea el entrevistado, tanto más fácil se posibilita que el entrevistador asuma y actúe los roles. Asumir el rol implica la ruptura del encuadre de la entrevista. Fastidio, ira, bloqueo, lástima, cariño, rechazo, seducción, etc. Son todos los indicios contra-transferenciales que el entrevistador debe percibir como tales en la medida en que se producen y tiene que resolverlos analizándolos para sí mismo en función de la personalidad del entrevistado, de la suya propia y en función del contexto y el momento en que aparecen en la comunicación.

✓ El entrevistado

En términos generales, para que una persona concorra a una consulta, debe haber llegado a una cierta percepción o insight, es que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o modificado o bien, se percibe a sí mismo, con ansiedad y temores. Schilder ha reunido en cinco grupos los individuos que concurren al médico, ellos son: 1) lo que concurren por quejas corporales; 2) por quejas mentales; 3) por quejas debidas a la falta de éxito; 4) por quejas referentes a dificultades en la vida diaria; 5) por quejas de otras personas.

Siguiendo en cambio la división de P. Riviere de las áreas de conducta, se puede considerar tres grupos, según que el predominio recaiga sobre los síntomas, quejas o problemas en el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo. El paciente puede tener quejas o acusaciones, en el primer caso predomina la ansiedad depresiva mientras que en el segundo la ansiedad paranoide.

Se puede reconocer y diferenciar entre el entrevistado que viene a la consulta del que traen o aquel que lo han mandado. El que viene, tiene un cierto insight de su enfermedad y corresponde al paciente neurótico; mientras que el psicótico, en cambio, es traído. El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo han mandado, corresponde a la psicopatía: es aquél que hace actuar a otros y delega en otro sus preocupaciones y malestares.

El que viene a la consulta es siempre un emergente de los conflictos grupales de la familia; se diferencian además entre el que viene solo y el que viene acompañado, que representan distintos grupos familiares.

El que viene solo es un representante de un grupo familiar esquizoide, en el que la comunicación entre sus miembros es precaria, vienen dispersos o separados, con un grado acentuado de bloqueo afectivo. Otro grupo familiar es aquél en el cual vienen varios a la consulta y el técnico tiene la necesidad de preguntar quién es el entrevistado o por quién vienen; es el grupo epileptoide, con un alto grado de simbiosis o interdependencia.

Otro tipo es el que viene acompañado por una persona, familiar o amigo, que es el caso del fóbico que necesita acompañante. En los grupos que concurren a la consulta, el psicólogo no tiene por qué aceptar el criterio de la familia sobre quién es el enfermo, sino que debe actuar considerando a todos sus miembros implicados y al grupo como enfermo. En estos casos, el estudio del intercambio de roles y de la dinámica del grupo son los elementos que sirven de orientación para hacer tomar insight de la situación a todo el grupo.

✓ Entrevista, consulta y anamnesis

La consulta consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la entrevista. Consulta no es sinónimo de entrevista, porque esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el profesional puede atender la consulta.

La entrevista no es una anamnesis. La anamnesis implica recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permita obtener una síntesis tanto de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud. La preocupación y la finalidad residen en la recopilación de datos y el paciente queda reducido a un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos por un lado y el médico por el otro.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico de esta relación es que uno de los integrantes es un técnico de la psicología que debe actuar ese rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber qué es lo que está pasando en la misma y debe actuar según este conocimiento. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que se recogerá escuchando, vivenciando y observando, de tal manera que quedan incluidas las 3 áreas del comportamiento del entrevistado.

✓ La entrevista como proceso

La entrevista ha sugerido que ésta es un proceso, o un sistema de procesos, y la palabra proceso supone, naturalmente, un cambio. Es decir una manera de considerarlo que ayudará al entrevistador a seguir la pista de todo cuanto está ocurriendo. Una clase de cambio que puede producirse en una situación-entrevista es un cambio en la actitud del entrevistado.

Así, es muy importante darse cuenta de que hay dos grupos de procesos dirigidos al entrevistador: uno es la actitud directa del entrevistado hacia él; y el otro es parte de las actuaciones del entrevistado, que están fielmente relacionadas con la supuesta actitud del entrevistador. Impresiones generales obtenidas en las etapas del recibimiento formal del paciente, el comienzo formal de la entrevista y el reconocimiento. Los cambios de esas impresiones generales iniciales que se observan durante el curso posterior de la entrevista son útiles como datos.

Después de haber obtenido esta impresión más general, empieza a analizarla desde distintos puntos de vista. Primeramente considera la entrevista en términos de su vigilancia general, es decir cuan alerta está y en cuantas aéreas, así como cuan claramente las implicaciones evocadas en su mente por las observaciones y preguntas de la otra persona, están relacionadas con lo que podría razonablemente esperarse. Simultáneamente el entrevistador desarrolla una impresión sobre la "inteligencia" del entrevistado.

La destreza verbal está íntimamente relacionada con la inteligencia, pero si solo hubo una oportunidad para el desarrollo de las capacidades verbales. Finalmente este grupo de características muy generales, es posible que el entrevistador advierta la correspondencia del entrevistado.

Es probable que sean suficientemente sensitivas tales como índices tonales menores, de tal modo que le es posible, como un mínimo de preguntas molestas, captar o comprender esas cosas que resultan embarazosas de comunicar para otras personas. La correspondencia incluye un grupo de complejos elementos de la personalidad que, a igual que otras cosas, contribuyen a facilitar

el vivir y que en su manifestación más elevada, quizá componen lo que ordinariamente se le llama "tacto".

✓ Transferencia y contra-transferencia.

La transferencia es la actualización de sentimientos actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado; que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. La observación de estos fenómenos se pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

En la contra-transferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él. Dependen de alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado en la entrevista es porque en ese momento hay factores que se operan para que ellos actúen así.

✓ Funcionamiento de la entrevista

Lo que ofrece el entrevistador debe ser lo suficientemente ambiguo como para permitir la mayor puesta en juego de la personalidad del entrevistado.

Existe un límite donde la ambigüedad no debe existir, éste cubre todos los factores que intervienen en el encuadre de la entrevista: tiempo, lugar y rol técnico del profesional. El tiempo

se refiere a un horario y un límite en la extensión de la entrevista; el espacio abarca el marco o el terreno ambiental en el cual se realiza la entrevista.

El rol técnico significa que en ningún caso el entrevistador debe permitir ser presentado como un amigo en un encuentro fortuito. Tampoco debe el entrevistador entrar con sus reacciones ni con el relato de su vida, tampoco entrar en relaciones comerciales o de amistad, ni pretender ningún beneficio de la entrevista que no sean sus honorarios y su interés científico o profesional.

La curiosidad debe limitarse a lo necesario para el beneficio del entrevistado. Todo lo que sienta como reacción contra-transferencial debe ser considerado como un dato de la entrevista, no debiendo responder ni actuar frente al rechazo, la rivalidad o la envidia del entrevistado. La petulancia o actitud arrogante o agresiva del entrevistado no debe ser ni cómoda ni sometida; no se trata ni de triunfar ni de imponerse al entrevistado. Lo que corresponde es averiguar a qué se deben, como funcionan y qué efectos acarrea al entrevistado.

La apertura de la entrevista tampoco debe ser ambigua, pronunciando frases generales o de doble sentido. El entrevistado debe ser recibido cortésmente pero no efusivamente, si se tiene datos del entrevistado proporcionada por otra persona, se le debe informar tanto como anticipar al informante, al comienzo de la entrevista que estos datos no serán mantenidos en reserva. La reserva del entrevistador para con los datos que proporciona el entrevistado se halla implícita en la entrevista, y si de la misma se eleva un informe a la institución, esto debe también conocerlo el entrevistado. La reserva y el secreto profesional rigen también para los enfermos psicóticos y para el material de las entrevistas con los niños; en este último caso, no debe sentirse autorizado para relatarle a los padres detalles de la entrevista con sus hijos.

El fin de la entrevista debe ser respetado como todo el encuadre, y la reacción a la separación es un dato de gran importancia, tanto como la evaluación de cómo se va el entrevistado y cómo queda el terapeuta contra-transferencialmente con él.

✓ La interpretación

Una interrogante frecuente e importante es el de sí se debe interpretar en las entrevistas realizadas con fines diagnósticos. En este sentido hay posiciones muy variadas, entre las que se cuenta, por ejemplo, la de Rogers, quien no sólo no interpreta sino que tampoco pregunta, alentando al entrevistado a proseguir recurriendo a distintas técnicas.

En la entrevista diagnóstica se debe interpretar por sobre todo cada vez que la comunicación tienda a interrumpirse o distorsionarse. Otro caso muy frecuente en el que se tiene que intervenir es para relacionar lo que el mismo entrevistado ha estado comunicando. Para interpretar, el terapeuta debe guiar por el monto de ansiedad que está resolviendo y por el monto de ansiedad que crea, teniendo en cuenta también si se va a dar otras oportunidades para que el entrevistado pueda resolver ansiedades que va a movilizar. En todos los casos, se debe interpretar sólo sobre emergentes, sobre lo que realmente está operando en el aquí y ahora de la entrevista.

Además, siempre que se interprete, se debe saber que la interpretación es una hipótesis que debe ser verificada o rectificada en el mismo campo de trabajo por la respuesta que se moviliza o condiciona al poner en juego dicha hipótesis.

El óptimo alcance de una entrevista es el de la entrevista operativa, en la cual se tiende a comprender y esclarecer un problema o una situación que el entrevistado aporta como centro o motivo de la entrevista.

✓ La terminación de la entrevista

Una parte importante de toda entrevista psicológica es su terminación o interrupción. Lo importante es consolidar todo el progreso que pueda haberse alcanzado durante la sesión o serie de sesiones.

Este progreso está representado, no por las interpretaciones que han sido hechas por el entrevistador, sino por el grado hasta el cual el propósito, la experiencia del entrevistado de obtener algún beneficio que sea duradero, como resultado de la experiencia.

Los datos del entrevistador son valederos únicamente hasta donde él tenga un vivo interés en cuidar que el entrevistado logre algo útil, constructivo, de la entrevista realizada. La consolidación del propósito de la entrevista es realizada, en términos generales, mediante las cuatro medidas que siguen:

- El entrevistador formula una declaración final al entrevistado; en la cual se resume todo cuanto ha sabido durante el curso de la entrevista.
- El entrevistador da al entrevistado una prescripción de acción, en la cual el entrevistado deberá empeñarse en adelante.
- El entrevistador hace una apreciación final de los probables efectos sobre el curso de la vida del entrevistado, que puede razonablemente esperarse de la declaración y la prescripción.
- Sigue después la despedida oficial, entre el entrevistador y el entrevistado.

La segunda medida que debe adoptarse para la consolidación de los resultados de una entrevista, consiste en una prescripción de acción, que deberá ser seguida en adelante por el entrevistado. El entrevistador deberá ofrecer tal prescripción y proyecte un acto siguiente con el entrevistado o considere que presumiblemente esa será su entrevista final con el mismo.

✓ La apreciación final

La tercera medida en la terminación de la entrevista es la apreciación final por el entrevistador, es cuestión de que el entrevistador proporcione algún pensamiento sobre la manera en que el entrevistado va a tomar lo que ha sido ofrecido en esa entrevista final.

✓ La despedida formal

Llega la medida que en realidad puede causar un notable daño si se realiza de mala manera, la despedida formal. De la misma manera que el comienzo formal de la situación entrevista es de suma importancia, también es muy importante que el entrevistador encuentre, lo antes que le sea posible, alguna manera de desprenderse de la situación entrevista sin la menor torpeza y sin perjudicar la labor que ya ha realizado. En una situación en la que el psiquiatra no volverá a ver más al paciente.

a. Observación

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

Observar es advertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre). 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

✓ Fases de observación

- Se coge un Problema. Se especifica lo que ha de ser observado.
- Recogida de datos
- Definir las variables a observar.
- Costo, tiempo y económico.
- Decidir el muestreo de datos.
- Análisis e interpretación de los datos recogidos.
- Elaborar conclusiones o incluso replanteamientos.
- Comunicación de los resultados. Informe sobre si los hallazgos son o no relevantes.

✓ 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

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

✓ Limitaciones

- No puede penetrar en las profundidades de la vida mental.
- Es posible que el sujeto falsee sus manifestaciones.
- Es posible que el observador se equivoque en sus observaciones.
- Los datos que se proporcionan son ambiguos, respecto a la relación causa – efecto.
- Es difícil que una conducta se presente en el momento que se decide observar.
- La observación es difícil por la presencia de factores que no se han podido controlar.
- Las conductas a observar algunas veces están condicionadas a la duración de las mismas o porque existen acontecimientos que dificultan la observación.
- Existe la creencia de que lo que se observa no se puede cuantificar.

✓ Sistematización de la observación

Hay tres grados de sistematización de la observación:

- No sistematizada, ocasional o no controlada

Escrutinio muy cuidadoso de situaciones de la vida real, previamente establecidas pero en las que no se intentan utilizar instrumentos de precisión, ni tampoco se quiere comprobar la exactitud de los fenómenos observados. Se presta gran atención a lo que se observa y se debe estar muy preparado para captar lo que ocurre. Es no estructurada, no sistematizada, pero muy abierta. Normalmente esto se utiliza cuando se conoce poco del hecho a observar; en situaciones poco conocidas, complejas o poco definidas.

- Sistematizada o controlada

La más utilizada en ciencias humanas y psicología. Es preferible a la anterior. Su propósito es descubrir y precisar con exactitud determinados elementos de conducta que poseen un valor predictivo.

- Observación muy sistematizada

Caracterizada por cumplir:

- Las variables que van a ser observadas están aisladas y basadas en una teoría explícita.
- No se va a registrar nada que no caiga dentro de una categoría preestablecida.
- Las situaciones de partida están sometidas a riguroso control, para que se puedan comparar con situaciones similares o se puedan replicar.

✓ Auto-observación

Es cuando el observador es a su vez el sujeto observado. Tiene el mayor grado de participación. Para auto observarse correctamente se necesita de la introspección. (hacer objetivo lo subjetivo). La auto observación se usa como técnica de evaluación y como método terapéutico. Requiere entrenamiento y determinadas características personales. Requiere también recogida de datos.

El hecho de observar en sí mismo una conducta problema lleva a que el sujeto la auto dirija y la auto controle. Con conductas que están fuertemente consolidadas (ej.: fumar) hace que se rompa la cadena de conductas sucesivas y ayuda a modificarlas. (Reactividad de la conducta problema que hace que se modifique esta conducta por otra).

✓ Tipos de observación

Existen cuatro tipos principales de observación, los cuales se describen a continuación:

- **Observación casual**

Consiste en la observación incidental, al azar, que se puede realizar en cualquier momento de la Jornada diaria, cuando un hecho llama la atención al observador.

- **Observación deliberada naturalista**

Consiste en la observación planificada y organizada que ocurre en un lapso preciso y en un momento determinado, sin interferir en la actividad del individuo. Se llama naturalista porque se trata de observar el fenómeno al natural respetando los procesos y observando todas las variables del sujeto observado.

- **Observación focalizada**

Consiste en la observación de un niño o niña en relación a un aspecto determinado. Se llama focalizada porque existe en foco de interés.

- **Observación participativa**

Se refiere a la modalidad según la cual no solo se observa pasivamente, sino que se genera interacción del docente para, comprender y apreciar aquellos aspectos difíciles de observar en forma natural.

b. Tests

Los tests psicológicos son instrumentos experimentales y estandarizados que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo. Debido a que las pruebas psicológicas son muy variadas en cuanto a su extensión, calificación, tiempo empleado en aplicarlas, entre otros aspectos, se hace necesario emplear más de un criterio para clasificarlas. En el presente trabajo las clasificamos según el aspecto

que miden, según el método que utilizan y según la forma de aplicación y el material que utilizan.

✓ Propósitos

➤ Predicción

- Los test psicológicos permiten evaluar el comportamiento, capacidades mentales y otras características, con el objeto de hacer predicciones sobre el comportamiento en una actividad futura.
- El énfasis se encuentra en las diferencias entre personas
- Ejemplos:
 1. Pruebas educativas (propósitos vocacionales)
 2. Pruebas de Selección de personal (aceptar, promover o cambiar a empleados en situaciones laborales).

➤ Diagnóstico

- Permite identificar capacidades y potencialidades
- Asimismo, también permite reconocer carencias o dificultades (para corregirlas).
- Énfasis en diferencias intra individuales.
- Ejemplo: diagnosticar y prescribir tratamientos

➤ Investigación

- Incluye los dos propósitos previos.
- Se debe determinar Validez del test
- Adaptaciones a otros contextos.
- Elaboración de técnicas novedosas
- Economía del test

✓ Factores que miden los test

➤ Personalidad

Conjunto de características o patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás.

➤ **Actitudes**

Es una disposición mental del individuo a actuar a favor o en contra de un objeto definido.

➤ **Intereses**

Organización de motivos que predisponen a un sujeto a prestarle atención a ciertos hechos de su ambiente más que a otros y necesariamente incluyen predisposiciones heredadas y experiencias pasadas.

➤ **Habilidad**

Capacidades del individuo para responder.

➤ **Eficiencia**

Lo que el sujeto puede hacer en cada momento, sin preparación previa.

➤ **Potencialidad**

Reacciones que un sujeto puede aprender a hacer, si se le da la experiencia y el entrenamiento necesario.

➤ **Capacidad**

El más alto nivel de habilidad de un sujeto que se espera después de un amplio entrenamiento y experiencia.

➤ **Aptitudes**

Término más amplio que potencialidad, incluye factores como eficiencia, personalidad, temperamento e intereses.

✓ Clasificación de las pruebas psicológicas

Según los factores que miden las pruebas psicológicas, se clasifican en test de personalidad, de actitudes, de intereses, de habilidades, de eficiencia, de potencialidad, de capacidad, entre otros.

Los test según el método que utilizan, pueden ser proyectivos y directos. Otra forma de clasificar los test, es según la forma de aplicación, siendo estos, individuales y colectivos o grupales. Según el material que se usa para su aplicación, los test pueden clasificarse en verbales, de papel y lápiz y de ejecución.

✓ Forma de administración

➤ Individual

Estos test tiene la ventaja de darle al psicólogo la posibilidad de observar de cerca al sujeto y a veces estas pruebas son más sensibles para evaluar las características especiales y se utilizan cuando la motivación del sujeto es dudosa. Sin embargo, son más costosos, porque requieren a veces de mayor tiempo para recolectar datos en una gran cantidad de sujetos y de un administrador altamente entrenado. Usado principalmente en evaluaciones clínicas o infantiles. Se debe establecer Rapport con el examinado. Ejemplo: Test de rorschach

➤ Colectiva

Requiere condiciones especiales de aplicación. Un examinador por cada 25 evaluados. Se usan para recolectar rápidamente datos de una gran cantidad de personas, se aplican a un número alto de personas al mismo tiempo y en forma rápida, tienen la ventaja de permitir que gran cantidad de datos se recojan en forma rápida, son menos costosos y generalmente no requieren tanta habilidad para ser administrados. Estos tests funcionan

bien, pero es difícil darse cuenta exacta del esfuerzo o motivación de cada sujeto. Estas pruebas se usan preferentemente en el área laboral.

✓ Tipo de estímulo

➤ Verbales

Permite medir la capacidad de un individuo para expresarse ó razonar utilizando su capacidad de lenguaje. Suele ser utilizada cuando se desea evaluar a todos aquellos candidatos que tienen que hacer un gran uso verbal, en su profesión, bien para persuadir, como sería en los profesionales de las ventas ó bien para atender al público, tratar con equipos de trabajo, dirigir equipos, etc. Generalmente, las categorías de preguntas por las que suelen preguntar a los candidatos, regularmente son pruebas sobre:

- ✓ Sinónimos
- ✓ Antónimos
- ✓ Palabra sobrante
- ✓ Serie numérica
- ✓ Pequeños problemas
- ✓ Explicación
- ✓ Preguntas y Proverbios.
- ✓ Adivinanzas

➤ No verbales

Son test que se han creado con figuras o símbolos para medir la inteligencia general o el razonamiento abstracto. Consisten en encontrar la ley que permita completar la serie lógica. Por lo general, las preguntas están clasificadas por orden y dificultad creciente. Tienen como función medir la capacidad de razonar sobre problemas de lógica, entre los que destacan aquellos que utilizan el uso de las formas geométricas y la progresión lógica de determinadas figuras. Sus principales características son:

- ✓ Expresados mediante diagramas o gráficos

- ✓ En otras palabras: El estímulo está dado a través de la vista, oído o tacto.
- ✓ Llamados Test de Ejecución

✓ Clasificación de los test de acuerdo al aspecto conductual que miden

- Test de inteligencia

La inteligencia, según la definición del diccionario de la Real academia de la lengua, se puede entender como capacidad de entender, comprender y resolver problemas. Un ejemplo de los múltiples Test de inteligencia que existen, es el coeficiente de inteligencia de la W.A.I.S.

- Test de personalidad

Los Test de Personalidad, tienen un valor que da idea sobre el carácter y los rasgos de la personalidad.

- Test de personalidad proyectivos

Las técnicas proyectivas son aquéllas que permiten llegar fácilmente a lo psíquico inconsciente, debido a que el sujeto al desconocer qué aspecto de su producción están evaluando, está imposibilitado de controlarla conscientemente. Este tipo de test es complejo de tratar, además son muy diferentes unos a otros. En muchas ocasiones, su validez ha sido puesta en duda. Este tipo de Test, aportan información en cuanto al modo de operar mentalmente del sujeto, aspectos como la personalidad, emoción, pensamientos, la percepción del sujeto, la inteligencia, etc. Existen muchísimos tipos de test Proyectivos: test de Coch o del árbol, test de los colores o de Lüscher, el test del dibujo, el de Rorschach, test de Zulliger, Test de Relaciones Objetales (TRO).

- Test de intereses y aptitudes

Esta categoría de test es un poco diferente a las anteriores, en la medida en que apela a un saber particular, a una idea o noción de cualquier cosa. Esta prueba se encarga de medir el pensamiento divergente. Se caracteriza por preguntas que evalúan al individuo a través de

la categorización de palabras pertenecientes a una clase determinada. En este tipo de pruebas, se miden una serie de Factores:

- Fluidez: verbal, de ideas, de asociación, de expresión
- Flexibilidad espontánea
- Originalidad
- Sensibilidad a los problemas

✓ Clasificación de los tests según el método que utilizan

➤ Los test proyectivos

Son un tipo de test dentro de los de la personalidad, que permiten llegar fácilmente a lo psíquico inconsciente, debido a que el sujeto al desconocer qué aspecto de su producción están evaluando, está imposibilitado de controlarla conscientemente. Este tipo de test es complejo de tratar, además son muy diferentes unos a otros. En muchas ocasiones, su validez ha sido puesta en duda. Este tipo de Test, aportan información en cuanto al modo de operar mentalmente del sujeto, aspectos como la personalidad, emoción, pensamientos, la percepción del sujeto, la inteligencia.

➤ Los test psicométricos o directos

Son de aptitud o eficiencia, tratan de medir determinadas capacidades. Entre ellos están los test de inteligencia, los test de aptitudes, habilidades y destrezas, tests de creatividad, pruebas de lenguaje.

c. Manuales de diagnóstico

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

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los

distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta, DSM-IV, en su versión revisada, DSM-IV-TR. Ya se ha publicado un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV, provoca controversia entre los profesionales en cuanto a su uso diagnóstico. Su publicación está prevista para mayo de 2013. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

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

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular).

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos.

c.1.1 Diagnóstico a través del DSM-IV TR

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I
Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, entre otros).
- Eje II
Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado.).
- Eje III
Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Eje IV
Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, entre otros).
- Eje V
Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

✓ Objetivos

- Proporcionar una guía útil para la práctica.
- Facilitar la investigación.

- Mejorar la comunicación entre clínicos.
- Enseñar Psicopatología.
- Tener una nomenclatura oficial en la diversidad de contextos.
- Tener compatibilidad con la CIE-10

c.2 Clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10)

A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de William Cullen (1710–1790), de Edimburgo, publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Pero el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes, con el tratado de John Graunt sobre las tablas de mortalidad de Londres.

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, encontró en la persona de William Farr (1807–1883), su primer estadístico médico, un hombre que no solo aprovechó al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional.

Farr encontró que los servicios públicos de su época usaban la clasificación de Cullen, la cual no se había actualizado en el sentido de incluir los avances de la ciencia médica, y no la consideró satisfactoria para usarla con fines estadísticos. En consecuencia, en el primer Informe Anual del Registrador General, Farr describió los principios que deben regir una clasificación estadística de enfermedades, e insistió en la adopción urgente de una clasificación uniforme, en los siguientes términos:

Cada enfermedad tiene con frecuencia tres o cuatro términos y cada término ha sido aplicado a varias enfermedades diferentes; se han usado nombres vagos e inconvenientes y en vez de las enfermedades primarias se han registrado las complicaciones. La nomenclatura es tan importante para este dominio de investigación, como lo son los pesos y medidas en las ciencias físicas, y debe establecerse de inmediato.

En el siguiente Congreso, realizado en París en 1885, Farr y d'Espine presentaron dos listas separadas, basadas en principios totalmente diferentes. La clasificación de Farr estaba dividida en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades localizadas clasificadas conforme al sitio anatómico, enfermedades del desarrollo, y enfermedades que son consecuencia directa de un traumatismo. D'Espine, por su parte, clasificó las enfermedades según su naturaleza (gotosa, herpética, hemática, etc.). El Congreso adoptó, como una solución conciliatoria, una lista de 139 rúbricas. En 1864 esta clasificación fue revisada en París, siguiendo el modelo de la de W. Farr, y fue objeto de otras revisiones en 1874, 1880 y 1886.

C.2.1 Adopción de la lista internacional de causas de defunción

En una reunión celebrada en Viena en 1891, el Instituto Internacional de Estadística, encargó a un comité dirigido por Jacques Bertillon (1851–1922), Jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción. El informe de este comité fue presentado por Bertillon en la reunión del Instituto Internacional de Estadística celebrada en Chicago en 1893, donde se decidió adoptarlo. La clasificación preparada por Bertillon se basaba en la clasificación de causas de defunción utilizada por la ciudad de París, la cual, después de la revisión de 1885, representaba una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico. Según las instrucciones del Congreso de Viena, Bertillon incluyó tres clasificaciones: la primera, una clasificación abreviada de 44 rúbricas, la segunda una clasificación de 99 rúbricas, y la tercera de 161 rúbricas.

La Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, recibió aprobación general y fue acogida por varios países y por numerosas ciudades. Encontró su primera aplicación en América del Norte por el Dr. Jesús E. Monjarás en las estadísticas de San Luis Potosí, México. En 1898, en una reunión celebrada en Ottawa, Canadá, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA) recomendó que los registros civiles de Canadá,

México y los Estados Unidos adoptaran la clasificación de Bertillon y sugirió además que fuera revisada cada 10 años.

En consecuencia, el Gobierno de Francia convocó en París, en agosto de 1900, la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Asistieron a la Conferencia delegados de 26 países, y el 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de las causas de defunción, que comprendía 179 grupos, y una clasificación abreviada, de 35 grupos. Se reconoció la ventaja de las revisiones decenales, y se encargó al Gobierno de Francia que convocara la siguiente reunión en 1910.

La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones también había demostrado un activo interés en las estadísticas vitales y nombró una Comisión de Expertos Estadísticos para estudiar la clasificación de enfermedades y de causas de defunción. Este minucioso estudio fue publicado por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1928.

Con objeto de coordinar la labor de ambos organismos, se acordó la creación de una “Comisión Mixta”, compuesta en igual proporción por representantes del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; la Comisión preparó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) Revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

c.2.2 Lista internacional de enfermedades

En vista de la importancia que tiene la recopilación de listas internacionales de enfermedades que se correspondan con la lista internacional de causas de muerte: La Conferencia recomienda que el Comité conjunto nombrado por el Instituto Internacional de Estadísticas y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones asuma la preparación de listas internacionales de enfermedades, conjuntamente con expertos y representantes de las organizaciones especialmente competentes en la materia.

La Conferencia recomienda que mientras se esté en el proceso de recopilar las listas internacionales de enfermedades, las diversas listas nacionales en uso deberían, ajustarse a los mismos lineamientos de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción.

c.3 Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico GLADP

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico es un intento de optimizar el uso y la utilización del Capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization [WHO], 1992a), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas

Importancia de la Clasificación y del Diagnóstico Sistemático en Psiquiatría Desde que Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis Missouri (Feighner y Cols., 1972) publicaron sus criterios diagnósticos para uso en la investigación psiquiátrica y que culminaron con la publicación de la tercera edición del Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) grandes recursos se han dedicado al incremento de la fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría. El éxito de este esfuerzo refleja la necesidad de la especialidad por incrementar su carácter científico y por impulsar la comunicación internacional entre sus especialistas, homogenizando considerablemente lo que parecía una práctica diagnóstica poco fiable a finales de los años.

La transición que se opera entre la segunda y la tercera edición de la clasificación norteamericana (American Psychiatric Association, 1968; 1980) es considerable y se caracteriza especialmente por la incorporación en el modelo diagnóstico de refinamientos importantes.

Nombrar y clasificar los fenómenos de la realidad circundante son tareas del hombre, tan antiguas, como la existencia de la humanidad misma. Esta función de nombrar, como comunicación de similitudes y diferencias en los fenómenos, subyace toda actividad humana

incluyendo la capacidad misma de sobrevivir (Mezzich y Jorge, 1993). Confrontado con los hechos en la naturaleza, algunos de los cuales lucen amenazadores a su existencia, el hombre experimenta la necesidad de entenderlos, controlarlos y predecirlos, para lo cual requiere de la elaboración de explicaciones o conceptos interpretativos de tales fenómenos. Estos criterios definitorios buscan establecer límites entre lo que el fenómeno es y lo que no es, o, cuando menos, establecer gradaciones de membresía categorial.

La propiedad con que tales criterios tienen éxito en capturar los elementos fundamentales y delimitantes del fenómeno que intentan caracterizar conduce a los conceptos de validez, fiabilidad y aplicabilidad de tales criterios definitorios. Fiabilidad se refiere al grado de acuerdo entre evaluadores o entre diferentes momentos evaluativos. Por ejemplo, si ante una persona con fobia a las alturas, es posible lograr un grado razonable de acuerdo entre varios clínicos de que la fobia a las alturas existe en esa persona en particular, se puede decir que el concepto fobia a las alturas alcanza un grado razonable de fiabilidad entre observadores. Validez, por otro lado, tiene que ver con la utilidad que un concepto determinado tiene para el entendimiento del fenómeno y para la atención clínica.

2.4 Psicoterapia

La meta de la psicoterapia es llegar a controlar o eliminar síntomas problemáticos o molestos, deshacer estas afecciones que dan lugar a una salud mental plena en donde la persona llega a tener la capacidad de manejar distintas situaciones que podrían considerarse problemáticas y así tener un estado de funcionalidad, en todas las áreas de su vida, adecuado. La psicoterapia es un conjunto entre el terapeuta y la persona en busca de las soluciones más adecuadas para cada individuo, así, la psicoterapia debe de ser realizada únicamente por profesionales de la salud mental ya que en nada se asemeja a solo “buscar consejos” o a “platicar sobre problemas”, el proceso psicoterapéutico involucra al terapeuta como alguien que puede brindar de herramientas específicas a la persona que las necesite.

Una de las definiciones más claras a cerca de psicoterapia es la de Jerome Frank, (1982): “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 el proceso. En el proceso psicoterapéutico se pueden tratar una gran diversidad de trastornos como del estado del ánimo (depresión, bipolaridad), ansiedad (fobias, obsesiones, ataques de pánico, estrés post-traumático), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad), problemas de dependencia (alcohol, drogas, etc.). Problemas familiares, de pareja, laborales, estrés, pérdida de un ser querido, mal comportamiento en niños, adolescentes, entre otros.

2.4.1 Antecedentes

En 1872 el psicólogo Daniel Hack creó el término “psicoterapia” como el método de tratamiento de las enfermedades llamadas “psíquicas” el cual se popularizó en Francia. La psicoterapia se desarrollo paralelamente al psicoanálisis en todas partes del mundo y se implantó en Francia antes de la Primera Guerra Mundial. Más de 600 escuelas de psicoterapia han florecido en el mundo desde 1950. Todas estas psicoterapias se basan en el principio según el cual el proceso de la cura se vincula a la influencia que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

La psicoterapia es conocida como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un terapeuta y una persona que sufre. Durante la interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales.

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. 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:

- Como el paciente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización);
- Pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir.).
- 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, entre otros.).
- Evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas).

2.4.3 Metas de la psicoterapia

- ✓ Que el paciente tenga una ayuda profesional que le permita focalizar con claridad el problema y encontrar nuevas maneras para abordarlo y solucionarlo.
- ✓ Ayudar al paciente que el mismo encuentre la solución a su problema por medio de técnicas dadas por su terapeuta.
- ✓ Potenciar la sensación de dominio y autoeficiencia del cliente.
- ✓ Una meta principal de la psicoterapia es ayudar a los clientes a superar sus sentimientos de desmoralización y a ganar una sensación de esperanza.
- ✓ Fomentar la sensación de capacitación del cliente es decir la mayor fuerza y dominio de uno mismo y del mundo circulante y en este sentido libertad en el mejor sentido político y económico, libertad de acción.
- ✓ Superar estilos de afrontamiento que nos protegen de ansiedades, temores y situaciones desagradables que a menudo son condiciones esenciales e inevitables de la vida. Las personas que evitan enfrentarse a sus problemas sufren pronto más del temor que entraña enfrentarse al problema que del problema mismo. La evitación es

básicamente una forma de negación y escape que requiere distorsiones del pensamiento y la percepción.

- ✓ Ser consciente de las ideas erróneas de uno mismo
- ✓ Aceptar las realidades de la vida
- ✓ Lograr Insight esto gira en que el paciente tome conciencia de porque eligen funcionar como lo hacen. Cuando el paciente logra insight empieza a analizar sobre el por que del problema que lo aqueja y va tomando sus propias decisiones y asumiendo las responsabilidades de ello.

2.4.4 Modelos de la psicoterapia

Es un mapa o guía que describe estilos de evaluación y tratamientos específicos de la forma en que ha sido abordado un tema de la conducta humana. Este es de beneficio para el terapeuta. En la actualidad existen diversos modelos entre los cuales encontramos:

- Modelo psicodinámico, hace referencia a aquellos conflictos intrapsíquicos, su mayor objetivo es llegar al inconsciente del paciente y encontrar todo aquel material (emociones, sentimientos) que causan conflicto. Sus principales exponentes: Carl Jung, Alfred Adler, Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud, Sigmund Freud entre otros).
- concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente"
- El modelo del aprendizaje social se concentra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan. La suposición básica de todas las versiones de este modelo es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social considerando que los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo tanto en la aparición de las conductas “normales” como problemáticas.
- El modelo sistémico centra sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de patrones de interacción personal. Esta es la principal aportación de los modelos sistémicos. El desarrollo de los modelos sistémicos, ha estado unido a la evolución de la terapia familiar, pero, actualmente, su ámbito de aplicación es mucho más amplio. Aportando trabajo sobre patrones de

interacción que ha supuesto introducir a los otros significativos en el ámbito terapéutico y el concepto de sistema, como oposición al reduccionismo, o, énfasis en las propiedades supersumativas (el todo es más que la suma de sus partes).

2.4.5 Formas de psicoterapia

Son formas de terapia que provienen de modelos psicológicos diferentes, que difieren en sus teorías, formas de evaluación y en sus formas de intervención, pero cuyos fines son equiparables: el bienestar físico y mental del individuo o grupo. Entre ellos tenemos:

2.4.5.1 Psicoterapia psicodinámica

La mayoría de psicoterapias que actualmente se encuentran en vigencia están influenciadas por el psicoanálisis postulado por el conocido vienés Sigmund Freud entre finales del siglo XIX y principios del XX, y que ha ido reactualizándose. De una forma quizá demasiado sintética, concibe nuestro psiquismo como algo dinámico. Esta teoría postula que, muchas veces, lo que no nos permite vivir tranquilos son traumas del pasado "escondidos" en el inconsciente, y que debemos hacer conscientes para ser superados. Considera que la conducta humana se determina principalmente mediante hechos impulsos deseos y conflictos que se encuentran dentro de la mente. Considera que los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la frustración de necesidades o impulsos básicos.

Entre las técnicas que utiliza esta forma de psicoterapia tenemos la asociación libre. Se le pide al paciente que diga todo lo que piensa sin omitir el más mínimo detalle, por muy insignificante o ridículo que parezca, porque todo tiene un sentido, incluso los sueños (Interpretación de sueños). Este tipo de terapia se basa en la suposición de que los sentimientos que se mantienen en la mente inconsciente con frecuencia son demasiado dolorosos o incómodos para reconocerse. Por esa razón, las personas desarrollan mecanismos de defensa para protegerse a sí mismos de conocer, sobrellevar o confrontar realmente estos sentimientos.

Los mecanismos de defensa son patrones de sentimientos, pensamientos o conductas que son inconscientes. Estos mecanismos puede ser saludables o poco saludables, dependiendo de lo

cuáles sean y cómo se utilicen. Son destinados a disminuir el estrés, ansiedad y el conflicto interno: una forma de sobrellevar el mundo.

a. 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 psyche, 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 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 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.

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"

En esta terapia es de suma importancia considerar la tres partes fundamentales de la psiquis como lo son el Ello, el Yo y el Superyó. 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.

b. 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.

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.

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, hay áreas en las que siempre se trabaja en toda Psicoterapia, que intente ahondar con profundidad.

- 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.
- 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.

- 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.
- 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.

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.

c. Terapia Breve intensiva y de emergencia

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

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

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

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

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

2.4.5.2 Terapias conductistas

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

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

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

Esta terapia se basa en la teoría de aprendizaje para comprender y tratar algunos problemas psicológicos como fobias, bulimia, adicciones. La terapia conductista cognitiva o TCC es cada vez más recomendada para tratar algunos comportamientos perjudiciales del día a día.

Ya que dentro de la Terapia de conducta se ha adoptado un nivel de análisis y tratamiento donde se analiza la conducta observable, pensamientos verbales y respuestas fisiológicas, así como las relaciones entre sí y

la "conducta problema". Las terapias conductistas son un tratamiento de corta duración que consta de entre 8 y 20 sesiones individuales (una a la semana). El número de sesiones dependerá del tipo de problema. De problema y de la dedicación del paciente. Cada sesión dura entre 50 y 60 minutos

El objetivo del tratamiento es que el paciente y el terapeuta colaboren para identificar los patrones de pensamiento y de conducta que están causando problemas, y para planificar un método estructurado de antemano con los objetivos prácticos acordados.

El éxito de la TCC dependerá de la participación activa del paciente en todo el proceso, por lo que se realizará una entrevista inicial que le permita decidir si desea continuar con la terapia.

a. Psicoterapia racional emotiva (Albert Ellis)

Explica como el conocimiento adquirido esta influido por las interpretaciones que se imponen a las 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. Uno de los objetivos que tiene este modelo es modificar percepciones y cogniciones irracionales y procurar en sustituirlos por racionales.

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.

a.1 Técnicas del modelo racional-emotivo

- **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 el debate filosófico que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.
- **Imaginación racional emotiva:** Consiste en que cada persona se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, es así como están empleando imágenes racionales emotivas, es 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.
- **Imágenes racionales emotivas:** Su base descansa en el hecho neuropsicológico, 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 reacciones emocionales ante los hechos o eventos.

a.2 Aplicaciones

- **Terapia individual:** Esta indicada para personas que tienen dificultad al hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.
- **Terapia de pareja:** Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- **Terapia familiar:** Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas. Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.

- **Terapia de grupo:** Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a si mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

b. Psicoterapia de grupo

Es un tratamiento terapéutico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además, el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la cronificación y la disminución sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno.

También se podría definir 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.

b.2 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.

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
- Dificultades en las relaciones con otras personas
- Las dificultades de los niños/niñas o adolescentes (tales como el impacto de un divorcio, problemas con los amigos, en la escuela o con la conducta en general)
- La vejez
- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- La depresión y la ansiedad
- Las pérdidas
- Los traumas
- Problemas de transición cultural
- Problemas de adicción

El/la terapeuta selecciona personas (usualmente de 5 a 10) quienes se pueden beneficiar con su participación en una terapia de grupo. El propósito de las reuniones es conversar con los demás de manera espontánea y honesta. El terapeuta profesional sirve como guía, para que la conversación se trate de los temas más significativos para los participantes. No todos los grupos se parecen. Varía el énfasis de uno a otro

La sesión de terapia de grupo es una tarea en colaboración, en la que el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión típica, de 75 a 90 minutos, los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse.

Los miembros no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, pero actúan también como "ayudantes terapéuticos" de los demás.

c. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva es una terapia psicológica (no debe confundirse con la psicología cognitiva). Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la Terapia Conductista "caja negra". Si bien puede parecer un punto de vista extremo, la versión más radical es actualmente rechazada, sin embargo a partir de esos primeros intentos ha surgido un cuerpo importante de conocimiento científico; por ejemplo en torno al proceso cognitivo del estrés, el razonamiento y psicobiología. Surgió en los 50 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información, a raíz de la teoría de la comunicación y la informática

De hecho, una parte importante de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial. Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva. La terapia conductual o terapia del comportamiento. Inspirada en los métodos y conceptos fundamentales del conductismo, intenta describir, explicar y modificar los trastornos del comportamiento. Esta terapia considera que los trastornos psicológicos hay que interpretarlos como trastornos conductuales, y que éstos son consecuencia del aprendizaje de hábitos perjudiciales o desajustados. La terapia consistirá en enseñar al paciente a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que les provocan respuestas inadaptadas, bien sea con un desaprendizaje o extinción de la conducta inadecuada, bien sea aprendiendo un comportamiento más adecuado. La terapia conductual ha desarrollado múltiples técnicas terapéuticas, entre las que destacan la desensibilización sistemática, las técnicas aversivas, la terapia implosiva y las técnicas operantes.

c.1 Pensamientos disfuncionales

La funcionalidad es un concepto más bien cognitivo-conductual, ya que refiere al análisis funcional de la conducta. El análisis funcional cuenta con antecedentes en otras ciencias; por ejemplo, en la física y matemáticas para evadir discursos filosóficos de causalidad o desde la

biología y economía para entender la utilidad o función dentro de un sistema. Ambos de estos antecedentes acontecen cuando se habla de funcionalidad en psicología. Por ejemplo, enmarcado en cada marco teórico, estas disfunciones cognitivas pueden entenderse como pensamientos disfuncional, pensamiento negativos automáticos o como creencia irracional.

La terapia de conducta, sin embargo, no se centra en el proceso mental, sino en la conducta (entendida ésta como una acción de ajuste interdependiente con el medio y no tan sólo una respuesta motora).

Por esta razón la terapia de conducta no encaja con interpretaciones intrapsíquicas que si tiene la terapia cognitiva, ya que desde este modelo tan sólo el ambiente determina la conducta; de modo que los conceptos cognitivos ayudarían a entender la conducta, pero no podrían explicarla.

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

2.4.5.3 Terapias humanistas

El término humanismo se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. El humanismo filosófico resalta la dignidad del ser humano, aunque interpretada de distinto modo en las diferentes formas de humanismo (cristiano, socialista, existencialista y científico). El humanismo puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano, y también como un método.

La psicoterapia humanista trabaja con las experiencias presentes, el sentimiento proveniente de la complejidad de las situaciones y sus dificultades. La terapia tiene como objetivo, la

conceptualización del proceso de tratamiento en curso. Se toman las sensaciones del presente inmediato de naturaleza orgánica, y se guía la conceptualización. Este conjunto de sensaciones es fuente de significados y permite al paciente, formar conceptos y referirse a ella. Se denomina psicología humanista a una corriente dentro de la psicología, que nace como parte de un movimiento cultural más general surgido en Estados Unidos en la década de los sesenta del siglo XX y que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado Contracultura.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano. Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos, pero que predominaban en ese momento; hay que aclarar que contrario al conductismo (de pensamiento reduccionista y limitado) el psicoanálisis se fundamenta en la filosofía humanista y desde siempre ha pretendido que la persona sea responsable de sí misma y de su devenir, por tanto ésta última ha dado muchos aportes al desarrollo de la psicología humanista que hoy se conoce.

Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables (conductismo), o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas (la enfermedad humana). Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, quien incursionó en el psicoanálisis, denominó a este movimiento La Tercera Fuerza, para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

a. Terapia centrada en el cliente

La Terapia Centrada en la Persona, conocida también como relación de ayuda ó terapia no directiva. 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. La psicoterapia centrada en el cliente suele ser la base de la formación profesional de los counselors. También forma parte de la formación curricular básica de los psicólogos, ya que es una forma de psicoterapia, permite establecer una relación psicoterapéutica y enmarca conceptos fundamentales como el sí-mismo.

a.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.

a.2 Características principales

- 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.
- La empatía centrada en la persona sufriendo. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
- La autenticidad del terapeuta permite a menudo un dialogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriendo.

La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta.

- El cliente debe estar en un estado de incongruencia
- Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida.

a.3 Aplicabilidad de la terapia centrada en el cliente del enfoque rogeriano

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

Hay aplicaciones de esta concepción en diversas áreas como la clínica, la educación, las relaciones de pareja, la ludo terapia, la dinámica de grupos (los famosos grupos de encuentro), etc. Cubre un amplio espectro de edades, desde niños de dos años hasta ancianos. Y esto es posible, porque el enfoque no directivo o centrado en el cliente constituye además de una técnica, aplicable a tal o cual problema, una concepción del ser humano y de las relaciones interpersonales. Por ello trasciende los linderos del consultorio para conformar una teoría sobre el "buen vivir", esto es, sobre el vivir plenamente, en constante superación, abiertos a todas las experiencias, sin miedo, con capacidad de elección y de responsabilizarnos por lo elegido. También se puede mencionar: depresión, ansiedad y tensión emocional, estrés y agotamiento psíquico, dificultades de comunicación y/o relación, crisis personal o de pareja, conflicto padres-hijos, angustia existencial, deseos de cambio y crecimiento personal.

b. 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.

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. Entre las características principales encontramos:

- 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?

b.1 Técnicas de la terapia Gestalt

b.1.1 Técnicas Supresivas

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

- 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.
- Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- 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.
- 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 de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

b.1.2 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.

- 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.
- Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- 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.

b.1.3 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 intrapsíquicos.
- 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.

c. Análisis Transaccional

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

Busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en nuestra interacción con los demás, como también en nosotros mismos, creciendo en el logro de una personalidad integradora. Además de psicoterapia, el Análisis Transaccional es aplicable en crecimiento personal, educación, enfermería, trabajo social, desarrollo organizacional y en otras actividades en las cuales las personas interactúan entre sí.

Es una teoría de la personalidad neofreudiana que retoma por los conceptos de ello, yo y superyó y se concentraba en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales. Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes en lugar de solamente entenderlos. Para este fin, el introdujo uno de los aspectos más importantes del Análisis Transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente para buscar el cambio específico que el cliente deseara.

El objetivo es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones. Berne afirma que todos los seres humanos manifiestan tres estados del yo, definidos como sistemas coherentes de pensamientos y sentimientos manifestados por los correspondientes patrones de conducta. Asegura que estos tres estados se refieren a fenómenos basados en realidades verdaderas.

c.1 Los tres estados del yo

El estado 'Padre del yo'. Derivado de los padres y madres que han tenido y de las personas mayores que han intervenido de manera directa en la educación de cada persona. Se siente, se piensa, se actúa y se habla de una manera muy semejante a como lo hacían nuestros padres y madres cuando se era niño, ya que ellos fueron modelos básicos en la formación de la personalidad.

Sus valores e ideas acerca de la vida, sus pautas de comportamiento, sus normas, reglas y leyes de convivencia, se van a ir grabando en el hijo o hija, e influyen de forma poderosa en la configuración futura de su personalidad. Y todo eso sucede sin que la persona sea consciente de ello, por lo que se terminan reproduciendo pautas aprendidas en la infancia sin darse casi cuenta.

El estado 'Niño del yo'. En él aparecen los impulsos naturales, las primeras experiencias que se graban en la infancia y cómo se responde ante ellas. Es la parte de la persona que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que cuando se era niño. Tiene un tipo de pensamiento mágico e irracional, las relaciones las concibe como algo eminentemente emocional.

El estado 'Adulto del yo'. En él percibimos la realidad presente de forma objetiva, de forma organizada, calculamos las circunstancias y consecuencias de nuestros actos con la base de la experiencia y los conocimientos.

Es la dimensión interior del individuo, que se caracteriza por el análisis racional de las situaciones, la formulación sensata de juicios y la puesta en marcha del propio sentido de la responsabilidad.

Este estado hace posible la supervivencia y, cuando está suficientemente desarrollado, debe analizar si en nuestra conducta hay exceso de influencias inconscientes e irracionales de nuestro padre o de nuestro niño.

c.2 Áreas se aplica el Análisis Transaccional

El Análisis Transaccional se usa en el área de psicología clínica, en la educación, empresas u organizaciones. También se puede usar en el campo de la orientación, en el político, religioso y otros. Es fácil integrar otros modelos y técnicas en la terapia de Análisis Transaccional, tales como gestalt, multimodal y neurolingüismo.

Cuando entramos a una organización o a un grupo de trabajo, nuestra interacción va a provenir de nuestra posición o tipo de adaptación que decidimos en nuestra infancia, predominantemente, en el nivel emocional. Ya adultos, tenemos mecanismos adicionales para generar otras conductas, pero la posición que decidimos en la niñez se quedó grabada como el programa que correrá nuestra computadora. Es por esto que repetimos conductas que a veces no nos gustan e, intelectualmente, decimos que vamos a cambiarlas, pero luego de un tiempo volvemos a repetirlas.

Para que el cambio sea efectivo puede trabajarse con redecisión: hacer un plan de modificación de conducta en términos medibles y observables e implantarlo. Si esto no se da, podemos estar relacionándonos con otros y entrar en la dinámica de grupos desde una posición de inferioridad, de superioridad, o de autodescalificación y descalificación de la otra persona.

Conclusiones

- Es fundamental tener un amplio conocimiento acerca de psicopatología, psicoterapia, y psicodiagnostico ya que estas ramas son indispensables en el campo clínico psicológico
- Es de suma importancia conocer los distintos modelos psicológicos ya que estos son de ayuda para el terapeuta por que establecen formas de evaluación y tratamiento específicos para un caso determinado.
- 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.
- La psicoterapia es un proceso de sanación donde el terapeuta va ayudar al paciente a utilizar sus competencias de manera adecuada.
- Todo terapeuta debe poseer características esenciales para que el proceso terapéutico sea más eficaz y eficiente, ejemplo: entusiasta, paciente, tolerante y no enjuiciador.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

Este capítulo contiene la metodología utilizada durante la práctica dirigida las planificaciones que contribuyeron a tener un orden establecido sobre lo que se esperaba que el practicante realizara en su centro de aprendizaje, asimismo se incluye agendas de trabajo, una muestra de los casos trabajados y actividades que se desarrollaron durante la práctica profesional dirigida.

3.1 Programa de estudio del curso: Práctica Profesional Dirigida

a. 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.

b. Competencias a fortalecer

- 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

c. 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.

d. Contenido del curso

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

e. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

f. Procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
I FASE	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II FASE	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III FASE	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2 Cronograma de actividades

I FASE Del 21 de enero al 28 de abril

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 al centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos • Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de resumen del libro: La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos • Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Panel foro • Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de lectura Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico • Referente metodológico • Detección y atención de casos en centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de práctica lunes 1 de Marzo • Investigación marco de Referencia • Observación de actividades • Integración en actividades del centro de práctica. • Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica • Elaboración de Referente metodológico • En centro de práctica: Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, entre otros • Registro de casos y formularios. • Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, entre otros • Discusión de casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y revisión Valor 5 puntos • Entrega y revisión del marco de referencia. Valor 5 puntos • Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).

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

Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Análisis y discusión de formas De Psicoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapias psicoanalíticas • Psicoterapias Humanistas • Psicoterapias Conductistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones y aplicaciones Prácticas • Laboratorios • Investigaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos • Entrega de informes mensuales / cada mes • Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)

II FASE Del 6 de mayo al 26 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de actividades primer grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de actividades segundo grupo • Atención de casos individuales y familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Historias Clínicas • Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) • Discusión de casos/ llevar caso principal al aula 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de 5 historias clínicas completas Valor 5 puntos • Participación
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de técnicas de intervención clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación del tema de Psicodiagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de tema Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • Psicopatologías encontradas durante la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición, análisis y discusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de planificación y cronogramas • Ensayos en el aula • Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de planificación y contenido de capacitaciones. Valor 5 puntos • Presentación de constancias firmadas y selladas

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Mes: Enero y febrero

Lugar: Universidad Panamericana

Alumno (a) practicante: Humberto Isaf López López

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Obtener información general de la practica dirigida para estar debidamente capacitada</p> <p>Elaborar una planificación anual de la práctica profesional dirigida.</p> <p>Solicitar autorización de la práctica profesional dirigida al encargado de la Universidad Panamericana</p> <p>Ubicar un centro de práctica.</p> <p>Entregar carta de solicitud al centro de práctica autorizado.</p> <p>Retroalimentar los conocimientos adquiridos.</p>	<p>Información general del programa de la práctica profesional dirigida.</p> <p>Planificación de las actividades generales de la práctica de campo.</p> <p>Elaboración de la carta de solicitud para el centro de práctica.</p> <p>Entrega de la carta al centro de práctica.</p> <p>Asignación de centros de práctica.</p> <p>Retroalimentación sobre la observación</p>	<p>Planificación</p> <p>Elaboración de cronograma</p> <p>Elaboración de solicitudes.</p> <p>Observación</p> <p>Ejercicios de práctica</p>	<p>Programas y cronogramas.</p> <p>Información adquirida.</p> <p>Internet</p> <p>Computadora</p> <p>Bibliografía</p> <p>Hojas</p>	<p>Obtiene información general para estar debidamente capacitado</p> <p>Aprueba la planificación de práctica profesional dirigida.</p> <p>Logra la autorización del centro de práctica.</p> <p>Se asigna un centro de práctica</p> <p>Se enriquece sobre la observación</p>

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros y resultados
Presentarse al centro de práctica para hacer acuerdos sobre la misma. Observar el funcionamiento del centro de práctica.	Presentación al centro de práctica. Contacto inicial con las autoridades del centro de práctica. Observación del funcionamiento del lugar. Retroalimentación sobre la entrevista	Observación Entrevista	Planificación Hojas de observación Computadora Internet Hojas	Se presenta al centro de práctica. Observa el funcionamiento y organización del centro de práctica.

Mes: Abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros y resultados
Abordar casos clínicos mediante observación, evaluación y discusión en el aula. Retroalimentar y evaluaciones de historias clínicas Atender casos en el centro de práctica. Retroalimentar conocimientos sobre psicoterapias	Abordaje de casos, evaluaciones y observación. Discusión de casos. Retroalimentación sobre análisis y elaboración de historias clínicas Exposiciones en el aula sobre diversas psicopatologías. Atención de casos.	Observación Entrevistas Evaluaciones Lecturas bibliográficas Observación Exposiciones	Evaluaciones psicológicas DSM IV Internet Computadora Hojas Documentos de registro. Cañonera	Aborda casos psicológicamente. Discute el tratamiento de casos. Retroalimenta, el análisis de historias clínicas. Atiende casos en el centro de práctica. Maneja documentos de registro. Expone temas

Mes: Mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos	Logros y resultados esperados
<p>Atender casos en el centro de práctica.</p> <p>Realizar actividades que requiera el centro de práctica.</p> <p>Retroalimentar conocimientos sobre impresión clínica y diagnóstico multiaxial.</p>	<p>Atención de casos</p> <p>Actividades que requiera el centro de práctica.</p> <p>Talleres para retroalimentación de impresión clínica y de diagnóstico multiaxial</p>	<p>Talleres</p> <p>Retroalimentaciones</p> <p>Atención de casos</p>	<p>DSM IV</p> <p>Internet</p> <p>Computadora</p> <p>Cañonera</p> <p>Hojas</p>	<p>Atiende casos en el centro de práctica</p> <p>Realiza actividades que requiera el centro de práctica</p> <p>Retroalimenta sobre impresiones clínicas y diagnóstico multiaxial.</p>



Vo. Bo. Catedrática encargada de práctica IV

Licda. Sonia Pappa

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se dan a conocer los acontecimientos relevantes del centro de práctica, Ministerio Mi Especial Tesoro, tales como las historias clínicas de algunos de los pacientes tratados y los resultados obtenidos con cada una de las etapas de la práctica.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ Las pacientes tratadas superaron situaciones que les afectaba notablemente en las demás áreas de su vida, además mejoró su rendimiento escolar.
- ✓ Fortalecimiento de habilidades y destrezas de las pacientes, dándoles a conocer el valor que poseen cada una de ellas.
- ✓ Motivación de salir adelante, manteniendo una actitud positiva y planteándose metas para su vida a corto, mediano y largo plazo.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ El centro de práctica no cuenta con un área específica para atención psicológica
- ✓ El tiempo para brindar apoyo psicológico a cada una de las pacientes era limitado.
- ✓ No se cuenta con historiales clínicos y psicológicos de las pacientes dentro de la institución.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ Se llegó a la conclusión que es importante la atención psicológica para mantener un equilibrio mental y psicológico en la vida del ser humano y tratar todos aquellos aspectos que impiden que el ser humano se desarrolle al cien por ciento en cada área de vida.
- ✓ Es notable la falta de atención psicológica que presentan las pacientes, por lo cual es importante dar seguimiento a dicho programa.
- ✓ La autoestima baja, la depresión y los problemas de aprendizaje son los casos más notables con cada una de las pacientes que se encuentran en el Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro, ya que en su mayoría de pacientes fueron víctimas de violación sexual y violencia intrafamiliar.
- ✓ Es necesario que cada una de las pacientes reciba atención especial para desarrollar su capacidad intelectual, estimulando sus funciones psicológicas, tales como la memoria, atención, percepción, psicomotricidad, entre otras y lograr un mejor rendimiento escolar

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Es recomendable que el centro de práctica defina un espacio específico para tratar asuntos de atención psicológica y mental, la cual será de apoyo para las adolescentes y jóvenes de la institución.
- ✓ Es importante que el tiempo para tratar a las pacientes sea un poco más amplio, contando con un horario para cada una de las pacientes.
- ✓ Se recomienda contar con un/a psicólogo/a de planta en la institución para dar seguimiento a cada uno de los casos.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos

Historia clínica 1

A. Datos generales

Nombre	Celeste Osiris Castellanos
Sexo	femenino
Fecha de Nacimiento	8 de enero 1999
Edad	12 años
Religión	Evangélica
Escolaridad	6to. Primaria
Estado Civil	Soltera
Dirección de nacimiento	9ª calle 6-54 Cantón Rosario Amatitlán
Dirección actual:	8ª. Calle 4-91 Las Quintas I zona 1 Chimaltenango
Teléfono	-----
Ocupación	Estudiante

B. Motivo de consulta

Los encargados del Ministerio Mi Especial Tesoro indican que C. es una niña que le cuesta mucho estudiar, retener información, necesita apoyo en matemática y escritura. Es muy encerrada, tímida y tiende apartarse de los demás.

Últimamente los encargados manifiestan que la paciente necesita recibir atención integral y psicológica para lograr en ella una superación personal; así mismo recibir apoyo psicoterapéutico debido que en las pruebas realizadas anteriormente refleja inseguridad, sentimientos de culpa, ira y enojo, ya que ella estuvo recibiendo ayuda psicoterapéutica tiempo atrás. Actualmente la paciente ha bajo de peso, poco apetito y manifestado insomnio.

C. Historia del problema actual

La paciente se encuentra en una etapa de adaptación, la cual no ha sido fácil debido a todos los cambios drásticos que ha tenido últimamente, tales como el cambio de hogar, compañeras y lugar de estudio. Ella se caracteriza por tener un carácter bastante tranquilo, timidez extrema, aislamiento, falta de confianza y manifiesta que tiene muy pocas amigas.

Anteriormente la paciente estaba en alto riesgo por mantenerse sola, sufriendo de violencia intrafamiliar, abandono por parte del padre, agresión verbal y física, lo cual ha sido la principal causa de presentar baja autoestima, periodos de tristeza y soledad.

La paciente actualmente cursa sexto primaria. Ella presenta ciertos problemas de aprendizaje y se le está apoyando con una estimulación Temprana en Pre-Matemáticas y Pre-Escrituras para que no tenga mayores problemas en el establecimiento de estudios en el que se encuentra. Es necesario que la paciente reciba apoyo psicoterapéutico ya que necesita nivelar y estimular sus funciones psicológicas (memoria, atención, percepción, orientación espacial, psicomotricidad, entre otras) para desarrollar su capacidad cognitiva y lograr un mejor rendimiento escolar.

D. Factores precipitantes

Según comenta la paciente, la situación le afectó desde pequeña al crecer sin una imagen materna y paterna y recibir maltrato físico y verbal de parte de sus tíos, ya que con ellos vivió los primeros años de su vida. La situación empeoró al momento de recibir la noticia de que su abuela padece de la enfermedad terminal VIH, como también tuberculosis, herpes y úlcera gástrica.

E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La situación ha perjudicado notablemente a su entorno familiar, su relación social en el que se encuentra actualmente, provocando mucho aislamiento, su desempeño académico es bajo, presentando dificultades en el proceso enseñanza-aprendizaje.

F. Antecedentes personales

La paciente es una niña de 12 años que proviene de una familia desintegrada y promiscua, de la cual su abuelo, su madre y su tío han fallecido por la enfermedad VIH, su abuela quien es la persona mas cercana de su familia también padece de esta enfermedad terminal.

La paciente fue rescatada a los 7 años del entorno familiar en donde vivía y durante los últimos 5 años ha estado protegida en otra institución, quienes mas adelante hicieron la solicitud al Ministerio “Mi Especial Tesoro” para que la recibieran.

Ella relata que cuando tenía 7 años sus tíos la obligaban a que les hiciera la comida y todos los quehaceres del hogar. La manipulaban y le hacían daño, recibiendo maltratos físicos, mentales y psicológicos.

La paciente es huérfana de madre y padre, su abuela se encuentra en la fase final de su enfermedad, los hijos de su abuela tienen una vida promiscua y desordenada, además ellos presentan el vicio del alcohol y las drogas. Presenta ciertos problemas de aprendizaje y dificultades al estudiar, de pequeña faltó mucho a la escuela debida a los quehaceres que le imponían en su hogar.

G. Historia médica

Se le han hecho exámenes médicos a la paciente, pero no presenta padecer de ninguna enfermedad.

H. Historia familiar

La paciente es la ultima hija de tres, el hermano mayor de la paciente murió aproximadamente 6 años y la segunda hija trabaja realizando oficios domésticos en una casa ubicada en el residencial “La Mariposa”; laboralmente está siendo explotada debido a que entra a las 6:00 de la mañana y culmina a las 8:00 de la noche, ganando Q. 800.00 mensuales. Luego de un día de trabajo ella retorna a su casa continuando con las tareas de su

hogar. La proveedora del hogar se relaciona constantemente con mujeres lesbianas y homosexuales, ha tenido una vida liberal.

La paciente actualmente se encuentra bajo el cuidado del Ministerio “Mi Especial Tesoro”, quienes le han brindado abrigo temporal, educación y un entorno familiar. La paciente voluntariamente ha solicitado apoyo para la continuidad de sus estudios.

I. Criterios diagnósticos

- Bajo rendimiento escolar
- Aislamiento
- Insomnio
- Bajo de peso
- Pérdida de energía
- Bajo rendimiento escolar
- Pérdida de interés
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Disminución en la capacidad de pensar y concentrarse

J. Evaluación multiaxial

- Eje I F32 Trastorno depresivo mayor
- Eje II Z03.2 Sin diagnóstico
- Eje III Sin diagnóstico
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas de enseñanza.
- Eje V EEAG 60-70

K. Pronóstico

Favorable con ayuda psicoterapéutica.

L. Plan terapéutico

El plan terapéutico considera las herramientas adecuadas a la situación personal, familiar y social.

Áreas a trabajar

- Autoestima
- Desaparición de los síntomas.
- Pensamientos irracionales
- Rendimiento escolar.
- Perdón

Técnicas

Entre las técnicas más recomendables a utilizar para este paciente son:

- Terapia del perdón, tanto para los familiares que han sido agresores, así mismo el perdón hacia ella misma, ya que ella maneja culpabilidad.
- Fortalecer las relaciones interpersonales con sus compañeras de habitación.
- Es necesario utilizar la terapia racional emotiva, ya que ella posee cogniciones o pensamientos que la hacen llevar a una percepción errónea de ella misma, procurar de modificar esta percepción, por ejemplo ella piensa que es fea, que no tiene valor en este mundo, piensa que ella es la culpable las situaciones familiares.
- Fortalecer su autoestima.
- Se le brindan algunas técnicas de estudio a la paciente para poder mejorar su rendimiento escolar, y se le recomienda que continúe con el proceso de enseñanza especializada que se le esta brindando.
- Se le sugieren a la paciente actividades como deportes, arte, música, entre otros para que ella se mantenga pensando en otras cosas que no sean la situación que ha vivido.

Historia clínica No. 2

A. Datos generales

Nombre	Damaris Roxana Tzay Tzitzimit
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	12 de febrero de 1.996
Edad	16 años
Religión	Evangélica
Escolaridad	2do. Primaria
Estado Civil	Soltera
Dirección de nacimiento:	Colonia Santa Ana Chimaltenango
Dirección actual:	8ª. Calle 4-91 Las Quintas I zona 1 Chimaltenango
Teléfono	-----
Ocupación	Estudiante

B. Motivo de consulta

La representante legal del Ministerio Mi Especial Tesoro comenta que D. es una señorita con ciertos problemas de aprendizaje, presenta dificultad al leer, escribir y retener información. La paciente también presenta períodos de soledad, tristeza, desánimo y depresión.

C. Historia del problema actual

La paciente manifiesta que necesita ayuda por parte de las personas que actualmente la tienen bajo su cargo. Habitualmente se siente preocupada y con miedo debido a que hace meses atrás huyo de su hogar al ser abusada sexualmente por parte de su padrastro. No se tienen datos del padre ni de donde se encuentra ya que no vivían en la misma comunidad. La madre de la Paciente, doña Pascuala, al inicio no se había enterado de que su hija había sido abusada por el padrastro, pero luego al enterarse no la apoyó, sino que al contrario estaba de acuerdo de que el padrastro de su hija abusara de ella sexualmente.

Según relata la paciente, anteriormente su madre trabajaba en un hotel. El dueño de dicho hotel acosaba a la paciente, quien llegó al punto de querer abusar sexualmente de ella. La madre al enterarse de eso, obligó a su hija a tener relaciones sexuales con el dueño del hotel con tal de quedar bien con él. Los demás integrantes de la familia de la paciente aseguran que la madre es la principal culpable de que ella fuera abusada sexualmente.

La paciente actualmente cursa 2do. Primaria, pero le ha costado adaptarse por motivo que en su niñez nunca aprendió a leer ni a escribir por falta de apoyo de su familia. También manifiesta sentirse incómoda ya que no cuenta con la edad adecuada al grado en que se encuentra. Anteriormente contaba con pensamientos suicidas por el motivo que ella fue abusada por su padrastro.

D. Factores precipitantes

La paciente manifiesta que empezó afectarle la situación desde que sus padres se divorciaron debido a la infidelidad de su madre hacia su padre. La madre engañaba a su esposo con los mismos vecinos o jefes que tenía en los trabajos que estaba laborando. La situación tomó un rumbo más difícil desde que su madre inicio una relación amorosa, con quien es ahora padrastro de la paciente, quién más adelante abusaría de ella por veces repetitivas. En ningún momento recibió apoyo de parte de su madre, hasta que la paciente huyó de su casa.

E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La situación ha perjudicado notablemente a su entorno familiar, entre ellos sus hermanos más pequeños; su entorno social y el rendimiento escolar e integral de la paciente.

F. Antecedentes personales

La paciente viene de una familia con muchos problemas familiares, donde sus padres se separaron por los constantes problemas, la madre abandonó a la paciente y a sus hermanos cuando ella tenía 5 años de edad y se fue a vivir con otro hombre.

El padre siempre ha tenido problemas de alcoholismo y por el mismo motivo vivieron con muchas limitaciones hasta el punto que muchas veces no tenían qué comer porque el dinero lo utilizaba para consumir alcohol.

A la edad de los 14 años la madre de la paciente decidió llevársela a vivir con ella pero lamentablemente su padrastro de 42 años abusó de ella, quién luego la trató de convencer para que viviera con él, diciéndole que dejaría a su madre para vivir con ella; ella no aceptó dicha propuesta y se lo comentó a su madre pero ella no le creyó, quien en lugar de apoyarla comenzó a darle malos tratos a su hija.

Un día la madre agredió verbal y físicamente a la paciente jalándole fuertemente el cabello y ella decidió salir de su casa e irse con una tía con quien estuvo por tres días. La madre se convenció de que la paciente le había dicho la verdad y denunció a su cónyuge en el juzgado quienes inmediatamente dieron la orden para rescatar a la paciente y referirla al hogar donde se encuentra actualmente para su protección y cuidado.

La paciente ingresó al hogar con síntomas de depresión y tristeza y en algunos momentos, pensamientos suicidas, sin deseos de seguir adelante. Ella en su niñez nunca aprendió a leer ni a escribir.

G. Historia médica

La paciente no ha presentado problemas de salud, los exámenes médicos que se le han realizado no han presentado ninguna enfermedad grave.

H. Historia familiar

La paciente ocupa el tercer lugar entre sus hermanos, ya que tiene cinco hermanos: dos varones y dos mujeres. La paciente refiere que hace cinco años sus padres se separaron por infidelidad de parte de la madre. Según cuenta la paciente ella escuchaba como llamaban a su madre varios individuos. En ciertas ocasiones varios hombres la llegaban a buscar a su casa.

Su padre ante la infidelidad de su esposa empezó a tomar mucho licor y se convirtió muy agresivo y ofensivo con sus hijos, los maltrataba verbal y físicamente cada vez que escuchaba malos comentarios en la calle de su esposa. Más adelante el padre de la paciente se fue de su casa y no se ha tenido información de su persona.

Al poco tiempo, un hombre buscaba constantemente a la madre de la paciente, quienes mas adelante iniciaron una relación amorosa. A las pocas semanas, dicho hombre se fue a vivir a al hogar de la paciente, convirtiéndose en su padrastro. Sus hermanos más pequeños han sufrido problemas económicos y falta de recursos por el descuido de la madre. La paciente fue referida al Ministerio Mi Especial Tesoro donde actualmente está mejorando su estado emocional, se ha integrado al colegio mostrando mucho interés por aprender y avanzar en sus tareas. También se está integrando de una manera muy positiva a las actividades diarias de la institución

I. Criterios diagnósticos

- Bajo rendimiento escolar
- Aislamiento
- Ideas suicidas
- Insomnio
- Bajo de peso
- Ira
- Resentimiento
- Perdida de energía
- Bajo rendimiento escolar
- Perdida de interés
- Inseguridad
- Disminución en la capacidad de pensar y concentrarse

J. Evaluación multiaxial

- Eje I F32 Trastorno depresivo mayor
- Eje II Z03.2 Sin diagnóstico
- Eje III Sin diagnóstico
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas de enseñanza.
- Eje V EEAG 50 -60

K. Pronóstico

Favorable con ayuda psicoterapéutica.

L. Plan terapéutico

El plan terapéutico considera las herramientas adecuadas a la situación personal, familiar y social.

Áreas a trabajar

- Autoestima
- Desaparición de los síntomas.
- Pensamientos irracionales
- Rendimiento escolar.
- Perdón

Técnicas

Entre las técnicas más recomendables a utilizar para este paciente son:

- Terapia del perdón, tanto para los familiares específicamente la madre, y a los agresores, es necesario que la paciente haga catarsis para poder desprenderse de toda la carga emocional que lleva consigo misma.
- Fortalecer las relaciones interpersonales con sus compañeras de habitación.
- Es necesario utilizar la terapia racional emotiva, para modificar pensamientos irracionales.
- Realizar las precauciones necesarias ante la posibilidad de un intento suicida.

- Utilizar técnicas la terapia breve, intensiva y de emergencia, como la visión en túnel, haciendo énfasis en las diferentes alternativas del suicidio.
- Se le brindan algunas técnicas de estudio a la paciente para poder mejor su rendimiento escolar, y se le recomienda que continúe con el proceso de enseñanza especializada que se le esta brindando.
- Se le sugieren a la paciente actividades como deportes, arte, música, entre otros para que ella se mantenga su mente y tiempo ocupado.

Historia clínica 3

A. Datos generales

Nombre	Joselyn Johana Pacheco López
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	17 de Julio de 1.994
Edad	18 años
Religión	Evangélica
Escolaridad	2do. Básico
Estado Civil	Soltera
Dirección de nacimiento	Ciudad de Guatemala, Guatemala
Dirección actual:	8ª. Calle 4-91 Las Quintas I zona 1 Chimaltenango
Teléfono	-----
Ocupación	Estudiante

B. Motivo de consulta

Los encargados del Ministerio Mi Especial Tesoro indican que J. es una señorita que presenta períodos de baja autoestima, soledad, tristeza y por momentos tiende a ser agresiva. No le agrada recibir correcciones al cometer algún error.

Ha mostrado actitudes de rebeldía y mal comportamiento, llegando al punto de querer escapar, auto agredándose y suicidarse. Se deprime con mucha facilidad. En algunas

ocasiones se le han encontrado escritos o dibujos manifestando los pensamientos suicidas que tiene.

C. Historia del problema actual

La paciente cuenta con 18 años, está cursando 2do Básico, le gusta estudiar y participar en actividades del establecimiento educativo. Es una señorita muy inteligente que ha obtenido excelentes notas, a pesar de no haber estudiado durante un tiempo determinado.

Habitualmente se siente preocupada, presentando períodos constantes de tristeza y soledad. Ella comenta que le afecta recordar los maltratos físicos y verbales que recibía de parte de su madre y el abuso sexual que recibió de parte de su padre.

La paciente presenta cambios muy bruscos de humor o de estado de ánimo volviéndose muy negativa ante todas las situaciones y en ocasiones se vuelve muy agresiva con sus compañeras. No le agrada recibir correcciones ni tomar conciencia de sus actitudes. Ella al deprimirse le surgen pensamientos pesimistas y suicidas.

D. Factores precipitante

La paciente manifiesta que la situación empezó afectarle desde que su madre la maltrataba verbal y físicamente. La paciente desde pequeña recibía insultos, como el hecho de no desear verla o que no estuviera con vida.

La situación empeoró el día que su padre abusó sexualmente de ella, lo cual el padre lo tomó como un hábito, abusando diariamente a su hija. Lo más triste para la paciente fue sentirse traicionada y lastimada por su padre, quien anteriormente era una persona ejemplar en la vida de ella.

E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La situación ha perjudicado principalmente su entorno familiar, quedando la misma desintegrada; así como también se vio afectado su entorno social y rendimiento académico.

F. Antecedentes personales

La paciente ingresó al hogar por solicitud del Juzgado debido a que ella pidió ayuda para que la protegieran de su padre quien la agredía verbal y físicamente con frecuencia, también maltrataba a su madre y a sus demás hermanos. Debido a esta situación la paciente tomó la decisión de huir de su casa y durante dos meses estuvo fuera pidiendo posada en diferentes casas pero luego se enteró que su padre estaba en búsqueda de ella en compañía de un hombre muy peligroso, el fin de ambos era hacerle daño. Ella tomó la decisión de denunciar a su padre en el juzgado y pedir protección.

G. Historia médica

Los directores del Ministerio Mi Especial Tesoro le han realizado exámenes médicos a la paciente, los cuales no han presentado ninguna enfermedad grave.

H. Historia familiar

La paciente nació en la Ciudad de Guatemala el 17 de julio de 1994, ella tiene 4 hermanos, de los cuales uno falleció por encontrarse en pandillas juveniles. Su hermano más pequeño que cuenta con 7 años tiene una enfermedad en una de sus extremidades inferiores, la cual le dificulta caminar. Esto le ha causado mucha tristeza a la paciente ya que ella aprecia bastante a su hermano menor.

La paciente inició sus estudios, pero dejó de estudiar al momento de entrar a básicos, ya que su padre se lo impidió. Desde ese momento empezó a trabajar en la tortillería que tenía su madre. La madre de la paciente la maltrataba física y verbalmente. Siempre la agredía frente a otras personas.

El padre de la paciente ha sido una persona inestable, que le ha gustado ingerir alcohol. Luego empezó a comportarse cariñoso con su hija, quien más adelante abusaría sexualmente de ella. Él le prohibió a su hija comentar sobre ese hecho con su madre.

El padre comenzó a abusar habitualmente de su hija, lo cual provocó una desesperación en la paciente. Ella se escapó de su casa, buscando refugio con personas que conocía. Mas adelante se enteró que su padre la estaba buscando para hacerle daño, por lo cual la paciente procedió a denunciar a su padre en el juzgado de familia.

I. Criterios diagnósticos

- Intento suicida
- Autoagresión
- Agresividad.
- Tristeza
- Aislamiento

J. Evaluación multiaxial

- Eje I F32 Trastorno depresivo mayor
- Eje II Z03.2 Sin diagnóstico
- Eje III Sin diagnóstico
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas de enseñanza.
- Eje V EEAG 40-50

K. Pronóstico

Favorable con ayuda psicoterapéutica.

L. Plan terapéutico

El plan terapéutico considera las herramientas adecuadas a la situación personal, familiar y social.

Áreas a trabajar

- Autoestima
- Pensamientos o cogniciones
- Desaparición de los síntomas.
- Perdón.
- Control de impulsos.

Técnicas

Entre las técnicas más recomendables a utilizar para este paciente son:

- Terapia del perdón, tanto para los familiares que han sido agresores, así mismo el perdón hacia ella misma, ya que ella maneja culpabilidad.
- Fortalecer las relaciones interpersonales con sus compañeras de habitación.
- Es necesario utilizar la terapia racional emotiva, para modificar cogniciones irracionales
- Fortalecer su autoestima.
- Elaboración de proyecto de vida
- Técnicas de estudio a la paciente para poder mejorar su rendimiento escolar.
- Se le sugieren a la paciente actividades como deportes, arte, música, entre otros para que ella se mantenga pensando en otras cosas que no sean la situación que ha vivido.
- Utilizar técnicas la terapia breve, intensiva y de emergencia, como la visión en túnel, haciendo énfasis en las diferentes alternativas que le quedan aparte del suicidio.
- Tareas del modelo de aprendizaje social, llevar fichas de control de conducta, especialmente al momento de no escuchar correcciones.
- Prevenir a los encargados de no dejar por periodos largos a la pacientes por posible ejecución de pensamientos suicidas.

Historia clínica 4

A. Datos generales

Nombre Odeth Adelí Jiménez

Sexo Femenino

Fecha de Nacimiento	20 de diciembre de 1.995
Edad	16 años
Religión	Evangélica
Escolaridad	2do. Primaria
Estado Civil	Soltera
Dirección de nacimiento	Amatitlán, Guatemala
Dirección actual:	8ª. Calle 4-91 Las Quintas I zona 1 Chimaltenango
Teléfono	-----
Ocupación	Estudiante

B. Motivo de consulta

La representante legal del Ministerio Mi Especial Tesoro comenta que O. es una señorita con diversos problemas de aprendizaje, entre los cuales están: dificultad al leer y escribir, problemas de cálculo y lógica, como también al retener información.

Presenta baja autoestima, periodos de soledad y tristeza. Habitualmente se mantiene de mal humor, se enoja con mucha facilidad. Presenta a menudo pensamientos negativos, pesimistas y de inseguridad. Se deprime fácilmente por pequeños problemas. Tiende a reaccionar negativamente al momento de recibir alguna corrección, comentario o sugerencia. No le agrada que las demás personas le den sugerencias sobre su aspecto personal y de higiene.

C. Historia del problema actual

La paciente cuenta con 16 años, cursa 2do. Grado de Primaria junto a sus compañeras del hogar. Presenta diversos problemas de aprendizaje por motivo que en su niñez le impidieron asistir a una escuela. Se le dificulta el área de matemática, pero principalmente, se le dificulta leer y asimismo su comprensión.

La paciente presenta baja autoestima, por lo mismo que la mayoría del tiempo prefiere estar sola. Presenta períodos de tristeza y depresión al recordar los maltratos que recibía de parte

de su familia, y más al recordar el abuso sexual que recibió su hermana mayor de parte de su padre.

No le agrada recibir correcciones al momento de cometer algún error. Se enoja fácilmente y en algunas ocasiones tiende a ser un poco agresiva. Tiene constantemente pensamientos negativos y pesimista, que luego manifiesta hablando mal de sí misma. Ella cree que nunca logrará superarse ni llegará a ser una profesional. Se encierra en las cosas negativas que piensa y le cuesta salir de ese círculo que la perjudica notablemente.

D. Factores precipitantes

La paciente comenta que la situación empezó a afectarle desde que su madre tomó su camino, abandonándolos y dejándolos solos con su padre, quien más adelante abusaría de su propia hija. Ella manifiesta que le afectó mayormente la falta de tener una figura materna que la guiara por el buen camino desde su niñez.

E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La situación ha perjudicado su entorno social, rendimiento escolar, y principalmente, su entorno familiar, donde han sido más desfavorecidos la paciente y sus hermanos.

F. Antecedentes personales

La paciente es una adolescente que fue abandonada por su madre. Su padre se encuentra preso en la cárcel por abusar de la hermana mayor de la paciente. La paciente al quedarse sin sus padres fue llevada con la familia de su tío pero tristemente comenzó a recibir maltrato verbal y físico por parte de sus primos y la esposa de su tío, quienes a diario le brindaban insultos y golpes utilizándola solo como la sirvienta de la casa. Nunca la mandaron a la escuela y tampoco la dejaban jugar porque le decían que a su edad ya no tenía que jugar.

G. Historia médica

Los directores del Ministerio Mi Especial Tesoro le han realizado exámenes médicos a la paciente, los cuales no han presentado ninguna enfermedad grave.

H. Historia familiar

La paciente y sus hermanos nacieron de la relación que sostuvo su padre con su propia hermana. Quiere decir que ellos nacieron de dos hermanos, lo cual es conocido como incesto. Luego el padre de la paciente abusó de su hija mayor. La paciente cuenta que a él le gustaba ver mucho revistas de pornografía y obligaba a sus hijos a verlas, lo cual confirma el daño psicológico que presentaba el padre de la paciente.

El padre de la paciente la agredía y maltrataba verbal y físicamente. El la obligaba a ella y a sus hermanos menores a trabajar y pedir dinero por las calles. La madre abandonó a la paciente y a sus hermanos hace tres años. La última noticia que tuvieron de su madre era que se había cambiado el nombre para que ya no la localizaran.

I. Criterios diagnósticos

- Bajo rendimiento escolar
- Aislamiento
- Agresividad
- Baja autoestima
- Pensamientos negativos
- Pérdida de interés
- Inseguridad
- Disminución en la capacidad de pensar y concentrarse

J. Evaluación multiaxial

- Eje I F32 Trastorno depresivo mayor
- Eje II Z03.2 Sin diagnóstico
- Eje III Sin diagnóstico
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas de enseñanza.
- Eje V EEAG 60-70

K. Pronóstico

Favorable con ayuda psicoterapéutica.

L. Plan terapéutico

El plan terapéutico considera las herramientas adecuadas a la situación personal, familiar y social.

Áreas a trabajar

- Autoestima
- Desaparición de los síntomas.
- Pensamientos irracionales.
- Rendimiento escolar.
- Perdón.
- Control de impulsos.

Técnicas

Entre las técnicas más recomendables a utilizar para este paciente son:

- Terapia del perdón, tanto para los familiares que han sido agresores, así mismo el perdón hacia ella misma, ya que ella maneja culpabilidad.
- Fortalecer las relaciones interpersonales con sus compañeras de habitación.
- Es necesario utilizar la terapia racional emotiva, ya que ella posee cogniciones o pensamientos que la hacen llevar a una percepción errónea de ella misma, procurar de modificar esta percepción, por ejemplo ella piensa que es fea, que no tiene valor en este mundo, piensa que ella es la culpable las situaciones familiares.
- Fortalecer su autoestima.
- Elaboración de proyecto de vida
- Se le brindan algunas técnicas de estudio a la paciente para poder mejorar su rendimiento escolar.
- Se le sugieren a la paciente actividades como deportes, arte, música, entre otros para que ella se mantenga pensando en otras cosas que no sean la situación que ha vivido.

- Tareas del modelo de aprendizaje social, llevar fichas de control de conducta, especialmente al momento de no escuchar correcciones.

Historia clínica 5

A. Datos generales

Nombre	María Clemencia Álvarez Camey
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	10 de febrero de 1995
Edad	17 años
Religión	Evangélica
Escolaridad	5to Primaria
Estado Civil	Soltera
Dirección de nacimiento	San Andrés Itzapa, Chimaltenango
Dirección actual:	8ª. Calle 4-91 Las Quintas I zona 1 Chimaltenango
Teléfono	-----
Ocupación	Estudiante

B. Motivo de consulta

La paciente tiende a reaccionar de manera impulsiva ante situaciones que no le agradan. Le molesta recibir órdenes o consejos de personas menores que ella. Presenta en ciertas ocasiones actitudes egoístas, le gusta ser el foco de atención y ser elogiada por personas mayores. Presenta rebeldía en ocasiones y un rendimiento escolar bajo. Ellos comentan que la paciente le ha costado mucho tratar a su hermana. Por lo general a ellas dos no les agrada estar juntas mucho menos convivir. A ambas les ha costado superar hechos del pasado que las perjudicaron radicalmente.

C. Historia del problema actual

La paciente cuenta con 17 años, está cursando 5to grado de Primaria, ha presentado dificultades al aprender y retener información. Ella ha sido perjudicada en el proceso

enseñanza-aprendizaje por dejar de estudiar durante 4 años al no recibir apoyo de parte de sus padres.

Ha demostrado dificultades al leer, que a la vez se le imposibilita su comprensión correcta. El área de las matemáticas es la rama que más se le ha dificultado. Ha recibido apoyo y clases extras para fortalecer su aprendizaje y comprensión. La paciente tiende a cambiar repentinamente de estado de ánimo, específicamente al estar cerca de su hermana. Se comporta de manera impulsiva, tratando de hacer sentir mal a su hermana menor. No le agrada que su hermana menor le de sugerencias ni comentarios.

La paciente también presenta periodos de tristeza y en cierto modo periodos de depresión al recordar los hechos y maltratos de padre a su madre, su hermana y hacia ella. Le ha costado superar el hecho que su padre abusó sexualmente de ella y de su hermana menor.

D. Factores precipitantes

La paciente manifiesta que la situación empezó afectarle desde que su padre maltrataba y agredía física y verbalmente a su madre, a su hermana y a ella. La situación tomó un rumbo más difícil el día que su padre abuso sexualmente de su hermana menor y de ella. Su madre al enterarse recurrió a los juzgados de familia para denunciar el abuso sexual de su esposo hacia sus hijas.

E. Impacto del trastorno en el sujeto y su familia

La situación perjudico notablemente su entorno familiar, principalmente a su madre, su hermana y a ella; su entorno social y rendimiento académico.

F. Antecedentes personales

La paciente ingresó al hogar el 11 de febrero de 2011 al ser rescatada por los policías del lugar en el que vivía por solicitud de su madre. La paciente viene de una familia con muchos problemas familiares, donde el padre constantemente agredía verbal y físicamente a su

madre, a su hermana y a ella. Su padre actualmente está encarcelado, pero la paciente está bajo cuidado, por motivo que el padre amenazó en vengarse de ella y su familia.

G. Historia médica

Los directores del Ministerio Mi Especial Tesoro le han realizado exámenes médicos minuciosos a la paciente, los cuales no han presentado ninguna enfermedad grave ni padecimiento. Ella presenta estar saludable.

H. Historia familiar

Los padres la paciente la mandaban a ella y a su hermana menor a buscar latas en las casas para luego venderlas. La paciente al igual que su hermana dejaron de estudiar desde hace cuatro años debido a que no tuvieron el apoyo de sus padres para ir a la escuela y con el tiempo, la paciente perdió el interés de seguir estudiando, dejó de tener sueños y metas; lo único que ella anhelaba era trabajar en una casa haciendo limpieza y salir de su casa. Lamentablemente, cuando ella tenía 15 años y su hermana de 12 años sufrieron abuso sexual por parte de su padre. Su madre al saberlo lo denunció a las autoridades. Sin embargo pasó un año para que la ley detuviera a su padre y lo mandaran a la cárcel debido a que la aldea donde ellos vivían las personas son muy conflictivas y se les dificultaba entrar a los policías al lugar, debido a que meses anteriores habían asesinado a un agente de seguridad, pero el día que rescataron a la paciente y a su hermana lo hicieron con policías antimotines para luego traerlas al Ministerio Mi Especial Tesoro.

I. Criterios diagnósticos

- Muchos roces y molestias específicamente contra su hermana
- Bajo rendimiento académico
- Momentos de tristeza.

J. Evaluación multiaxial

- Eje I Z03.2 Sin diagnóstico
- Eje II Z03.2 Sin diagnóstico

- Eje III Sin diagnóstico
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas de enseñanza.
- Eje V 70-80

K. Pronóstico

Favorable con ayuda psicoterapéutica.

L. Plan terapéutico

El plan terapéutico considera las herramientas adecuadas a la situación personal, familiar y social.

Áreas a trabajar

- Autoestima
- Desaparición de los síntomas.
- Rendimiento escolar.
- Perdón

Técnicas

Entre las técnicas más recomendables a utilizar para este paciente son:

- Terapia del perdón, tanto para los familiares que han sido agresores, así mismo el perdón hacia ella misma.
- Fortalecer su autoestima.
- Se le brindan algunas técnicas de estudio a la paciente para poder mejorar su rendimiento escolar.
- Se le sugieren a la paciente actividades como deportes, arte, música, entre otros para que ella se mantenga pensando en otras cosas que no sean la situación que ha vivido.
- Tareas del modelo de aprendizaje social, llevar fichas de auto control
- Fortalecer la relación y comunicación que existe entre y su hermana, tratar lograr la conciliación entre ellas.

- Se le sugieren a la paciente actividades como deportes, arte, música, entre otros para que ella se mantenga pensando en otras cosas que no sean la situación que ha vivido.
- Tener mucho cuidado en evitar caer en un trastorno del estado de ánimo como es la depresión.
- Involucrar a la paciente y a su hermana a trabajar en equipo, logrando reforzar esta actividad, logrando entre ellas una mejor relación utilizando refuerzos positivos.

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Se desarrollaron de nuevas técnicas para el desenvolvimiento personal, integral y social de cada participante.
- ✓ Se tomó conciencia acerca del humano, como también el valor de las personas que están al alrededor y la importancia de tener relaciones interpersonales saludables.
- ✓ Se descubrieron valores y capacidades que poseen cada uno de los participantes.
- ✓ Incorporación de métodos y estrategias para fortalecer la comunicación y las relaciones interpersonales.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ No se contaba con un área específica para impartir charlas o pláticas motivacionales.
- ✓ El espacio que se utilizó para impartir las charlas era muy reducido y con poca ventilación.
- ✓ No se cuenta con las herramientas necesarias para brindar charlas o pláticas motivacionales.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Los participantes aprendieron acerca de nuevas estrategias y métodos que pueden utilizar para mejorar las relaciones sociales.
- ✓ Contar una actitud positiva es fundamental sobrepasar los problemas que se pueden presentar a diario.

- ✓ El reconocimiento de valores y llevarlos a la práctica, tales como el respeto, la gratitud, entre otros, es una técnica muy útil que fortalece las relaciones interpersonales.
- ✓ Es importante brindar charlas que beneficiaran a cada uno de los participantes, para desarrollar su crecimiento integral, personal y social.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Es recomendable contar con un área o salón para brindar charlas y talleres dentro del centro de práctica.
- ✓ Es importante que el área que se utilice para impartir charlas sea un lugar adecuado, con un espacio y ventilación adecuada, permitiendo que los participantes estén cómodos.
- ✓ Es recomendable contar con las herramientas necesarias para impartir charlas, tales como un salón de audiovisuales, cañonera, laptop, entre otros.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Charla del Autoestima

Dirigida a niñas adolescentes y jóvenes de la asociación Mi Especial Tesoro, Chimaltenango

Fecha: lunes 23 de abril de 2012.

1. Objetivos

- Las niñas adolescentes y jóvenes están en la capacidad de:
- Tomar conciencia de la imagen que tienen de sí mismas.
- Identificar las virtudes y características mas positivas.
- Desarrollar una actitud de aceptación y valoración de sí mismos/as.
- Valorar sus acciones y las de los demás de la forma mas adecuada.
- Reflexionar sobre sí mismas.
- Desarrollar un sentimiento de identidad propia.

2. Breve contenido de charla: Autoestima

Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal.

Grados de autoestima

La autoestima es un concepto gradual. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de tres estados:

- Tener una autoestima alta equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.
- Tener una baja autoestima es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.
- Tener un término medio de autoestima es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona.

Charla 2

Charla del Respeto

Dirigida a niñas adolescentes y jóvenes de la asociación Mi Especial Tesoro, Chimaltenango

Fecha: lunes 7 de mayo de 2012.

1. Objetivos

Las niñas adolescentes y jóvenes están en la capacidad de:

- Incorporar estrategias de dinámica grupal para mejorar la práctica del respeto
- Participar activamente, colaborando con respeto hacia los demás
- Seleccionar estrategias innovadoras para el mejoramiento del respeto
- Expresar y respetar las ideas de los demás.

- Emitir opiniones relacionadas a la convivencia interpersonal.
- Actuar con respeto, responsabilidad, compañerismo dentro de su grupo.

2. Breve contenido de charla: El respeto

Es la consideración de que alguien o incluso algo tiene un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad: respeto mutuo, reconocimiento mutuo. El término se refiere a cuestiones morales y éticas. El respeto en las relaciones interpersonales comienza en el individuo, en el reconocimiento del mismo como entidad única que necesita que se comprenda al otro. Consiste en saber valorar los intereses y necesidades de otro individuo en una reunión. El Respeto es una de las bases sobre la cual se sustenta la ética y la moral en cualquier campo y en cualquier época. Tratar de explicar que es respeto, es por demás difícil, pero podemos ver donde se encuentra.

El respeto es aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra, aunque según nosotros esta equivocado. Hay que aprender a respetar y aceptar la forma de ser y pensar de los demás.

Charla 3

Charla de la amistad

Dirigida a niñas adolescentes y jóvenes de la asociación Mi Especial Tesoro, Chimaltenango

Fecha: lunes 28 de mayo de 2012.

1. Objetivos

- Las niñas adolescentes y jóvenes están en la capacidad de:
- Descubrir el valor de una amistad
- Diferenciar en una amistad positiva y una negativa,
- Establecer lazos de amistad entre ellas
- Reconocer las dificultades que les impiden establecer una amistad duradera
- Reflexionar acerca del valor de cada una de ellas

- Desarrollar el deseo de apoyarse mutuamente
- Eliminar las actitudes que les afectan diariamente en las relaciones interpersonales

2. Breve contenido de charla: Amistad

Es una relación afectiva entre dos o más personas. La amistad es una de las relaciones interpersonales más comunes que la mayoría de las personas tiene en la vida. La amistad se da en distintas etapas de la vida y en diferentes grados de importancia y trascendencia. La amistad nace cuando las personas encuentran inquietudes comunes. Hay amistades que nacen a los pocos minutos de relacionarse y otras que tardan años en hacerlo.

La amistad se demuestra en la preocupación por el amigo, interesándose por su bienestar, por sus problemas y logros.

Por esto procura reunirse, comunicarse o convivir con él. Un amigo es el que está en todo momento, el que te levanta cuando estás decaído.

- Grupos de amistades: Conjunto de personas que se sienten ellas mismas cuando se reúnen; es decir, libres de actuar y expresarse, dentro de sus principios y su moralidad, haciendo pleno uso del libre albedrío ya que se saben aceptados en grado sumo por el resto de los componentes del grupo. Las relaciones con los amigos si son buenas y verdaderas, transmiten confianza en uno mismo, sentimientos de gratitud, aumentan la autoestima y fortalecen la personalidad.

Charla 4

Charla de la Gratitud

Dirigida a niñas adolescentes y jóvenes de la asociación Mi Especial Tesoro, Chimaltenango

Fecha: lunes 25 de junio de 2012.

1. Objetivos

- Las niñas adolescentes y jóvenes están en la capacidad de:

- Expresar gratitud a Dios y a las personas a su alrededor por lo que tienen.
- Reconocer el valor de las cosas que tienen.
- Valorar y cuidar cada una de las cosas que poseen.
- Demostrar agradecimiento al recibir algún beneficio.
- Eliminar actitudes de mal agradecimiento con sus superiores y personas alrededor.
- Desarrollar una actitud positiva y de gratitud en todo momento.
- Exhortar a sus compañeras a ser agradecidas, cuidando y valorando lo que poseen.

2 Breve contenido de charla: Gratitud

La gratitud, agradecimiento o apreciación es un sentimiento, emoción o actitud de reconocimiento de un beneficio que se ha recibido o recibirá.

Es la virtud por la cual una persona reconoce, interior y exteriormente, los regalos recibidos y trata de corresponder en algo por lo que recibió. Esencialmente, la gratitud consiste de una disposición interior, un corazón agradecido, pero cuando es genuino trata, de alguna forma, de expresarse en palabras y en obras. Consecuentemente, incluye tres elementos: reconocimiento de que un regalo ha sido recibido; apreciación expresado en agradecimiento; y en cuanto sea posible, regresar de alguna manera lo que se le ha dado de forma gratuita sin ninguna obligación de parte del dador. El valor de la gratitud se ejerce cuando una persona experimenta aprecio y reconocimiento por otra que le prestó ayuda. No consiste, necesariamente, en “pagar” ese favor con otro igual, sino en mostrar afecto y guardar en la memoria ese acto de generosidad.

Charla 5

Charla de la Obediencia

Dirigida a niñas adolescentes y jóvenes de la asociación Mi Especial Tesoro, Chimaltenango

Fecha: lunes 23 de julio de 2012.

1. Objetivos

- Las niñas adolescentes y jóvenes están en la capacidad de:
- Conocer la importancia de obedecer a sus autoridades y superiores
- Reflexionar sobre las consecuencias al desobedecer
- Descubrir los beneficios que obtendrá al ser obedientes
- Tomar conciencia de las actitudes negativas que les impide ser obedientes
- Evaluar las actitudes obedientes y desobedientes de sí mismas y de sus compañeras.
- Desarrollar el deseo de cumplir con lo que se les pide.

2. Breve contenido de charla: Obediencia

El término obediencia, está relacionado con el acto de obedecer (es decir, de respetar, acatar y cumplir la voluntad de la autoridad o de quien manda). Obedecer implica, en diverso grado, la subordinación de la voluntad a una autoridad, el acatamiento de una instrucción, el cumplimiento de una demanda o la abstención de algo que prohíbe. La figura de la autoridad que merece obediencia puede ser, ante todo, una persona o una comunidad, pero también una idea convincente, una doctrina o una ideología y, en grado sumo, la propia conciencia y además, para los creyentes, Dios. La obediencia suele concretarse a partir de obligaciones o prohibiciones que implican la realización u omisión de ciertas acciones. El concepto contempla la subordinación de la voluntad individual a una figura de autoridad, que puede ser tanto un individuo como un grupo o un concepto. Es una tendencia de una persona a cumplir lo que se le manda y el cumplimiento de las peticiones de quien manda, o de lo que es preceptivo.

Charla 6

Charla de la Actitud Positiva

Dirigida a jóvenes y adultos de la empresa APDAHUM, Chimaltenango

Fecha: lunes 13 de agosto de 2012.

1. Objetivos

Los jóvenes y adultos están en la capacidad de:

- Tomar actitudes positivas con sus compañeros de trabajo.
- Conocer los pasos y estrategias a seguir para proporcionar un servicio de calidad
- Responder de manera correcta y positiva ante las circunstancias de la vida.
- Brindar respeto y apoyo mutuo hacia sus compañeros en el área de trabajo y fuera del mismo.
- Reflexionar sobre los hechos de la vida, buscando el lado positivo de las circunstancias.
- Identificar los factores que los afectan e impiden a tener una actitud positiva.

2. Breve contenido de charla: Actitud Positiva

Una actitud positiva mejora tu autoestima y tus comportamientos para que logres el éxito en todo lo que te propongas. Si por dentro estamos viviendo una tormenta, eso seguramente se verá reflejado en nuestro mundo exterior.

De la misma manera que cuando a nuestro alrededor todo es flujo y felicidad, nos está diciendo la felicidad que habita dentro de nosotros. En aquellos días en que todo parece salir mal desde el momento en el que nos despertamos, generalmente comienza con una situación problemática que permitimos que afecte nuestro estado mental. Y eso nos lleva a otro y a otro y antes de que te des cuenta tu mundo no es nada agradable.

No importa lo que pase a tu alrededor, trata de verle el lado positivo a las situaciones y siempre se lo encontrarás. Una persona que piensa positivamente no es que se rehúse a reconocer lo negativo, sino que se rehúsa a vivir con lo negativo y este hábito te ayuda a lograr lo que deseas en la vida.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ Cada alumno de psicología del quinto año de la Universidad Panamericana logró autoevaluarse y autoconocerse de una manera más profunda.

- ✓ Se lograron fortalecer las relaciones interpersonales trabajando en equipo.
- ✓ Se logró promover la importancia de la salud mental que debe poseer cada profesional en esta rama.
- ✓ La aplicación de técnicas tanto individuales como grupales para desarrollar una mejor salud mental.
- ✓ La elaboración exitosa del proyecto de salud mental ya que esto funciona como experiencia en la elaboración de proyectos.

4.3.2 Limitaciones

- ✓ Una de las limitaciones del proyecto de salud mental fue la limitación de tiempo para poder realizar más actividades.
- ✓ Una de las limitaciones fue el clima por la falta de costumbre a climas calurosos.

4.3.3 Conclusiones

- ✓ La salud mental es fundamental para los profesionales de esta rama, ya que el trabajo de los terapeutas es contribuir con las vidas de otras personas por lo cual deben poseer una buena salud mental.
- ✓ Poseer una buena salud mental contribuye a fortalecer y crear relaciones interpersonales saludables y duraderas.
- ✓ Entre los factores importantes para desarrollar una vida saludable tanto física y mentalmente encontramos una dieta balanceada, hacer ejercicios, tomar un tiempo personal para su autocuidado, recreaciones sanas y buenas relaciones interpersonales.
- ✓ Cada persona es única e individual y todos poseen habilidades distintas.

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Disponer de más tiempo
- ✓ Es importante elaborar actividades o proyectos de este tipo más frecuentes, una vez al año, ya que sirven para crecimiento personal y profesional.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental:

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

a. Introducción

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

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que esta por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del 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.

b. 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), 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.

c. Objetivos

c.1 Objetivo general

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

c.2 Objetivos 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.

d. 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.

e. Recursos

- Humanos

El proyecto se llevara a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social. El proyecto será asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.

- **Didácticos**

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

- **Financieros**

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

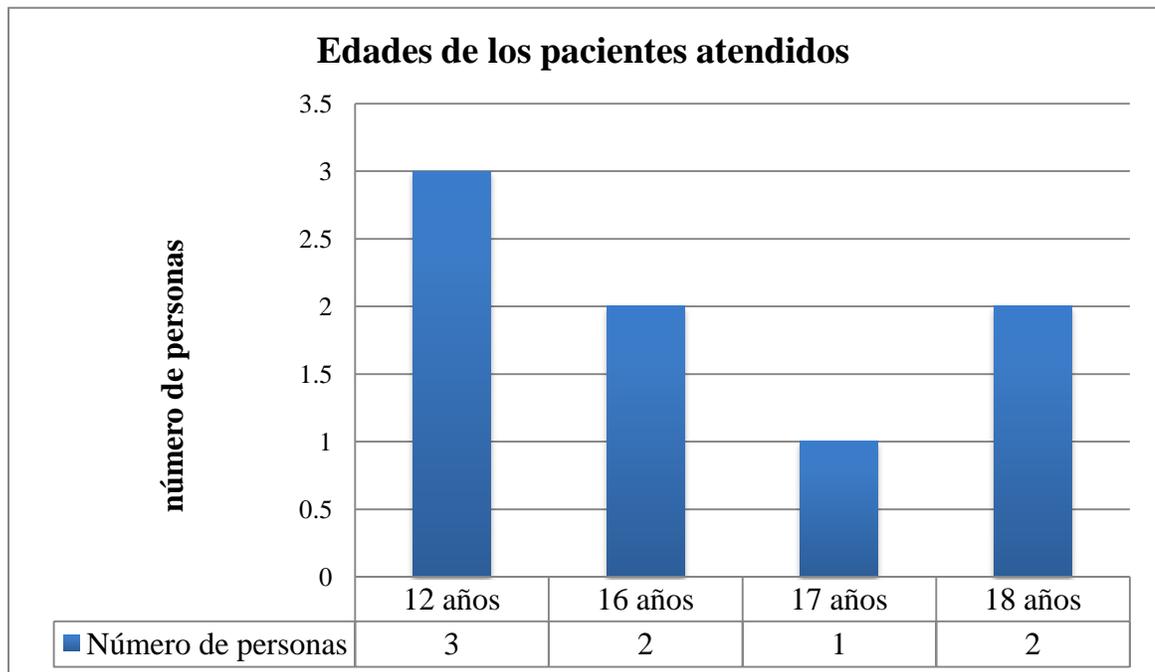
- **Trasporte**

Para este proyecto se contrato un vehículo expreso.

4.4 Presentación de resultados con gráficas

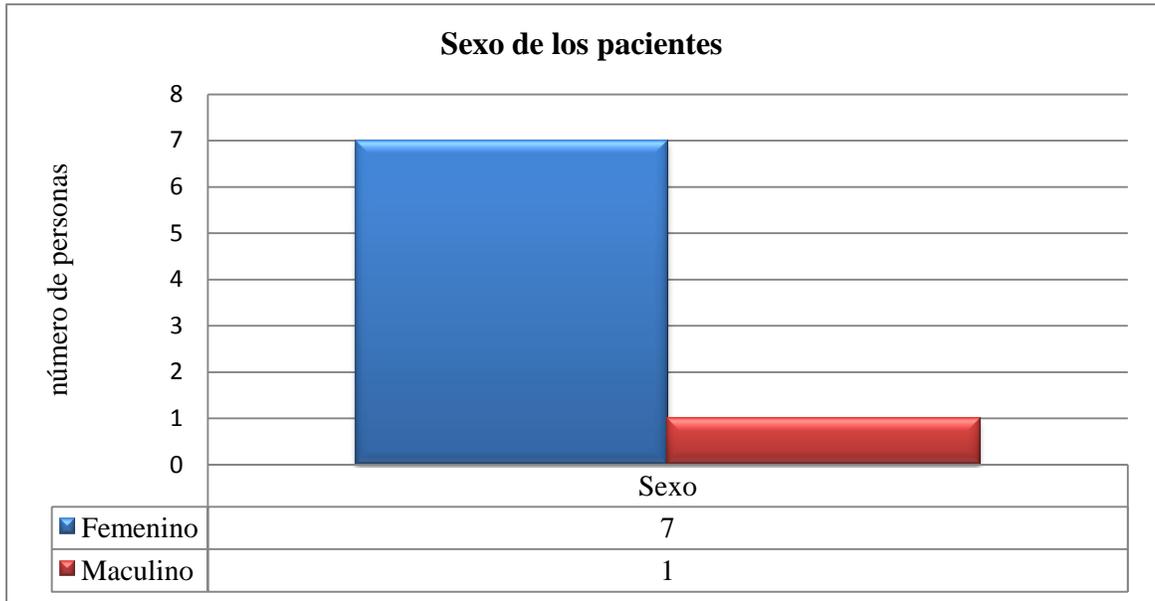
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



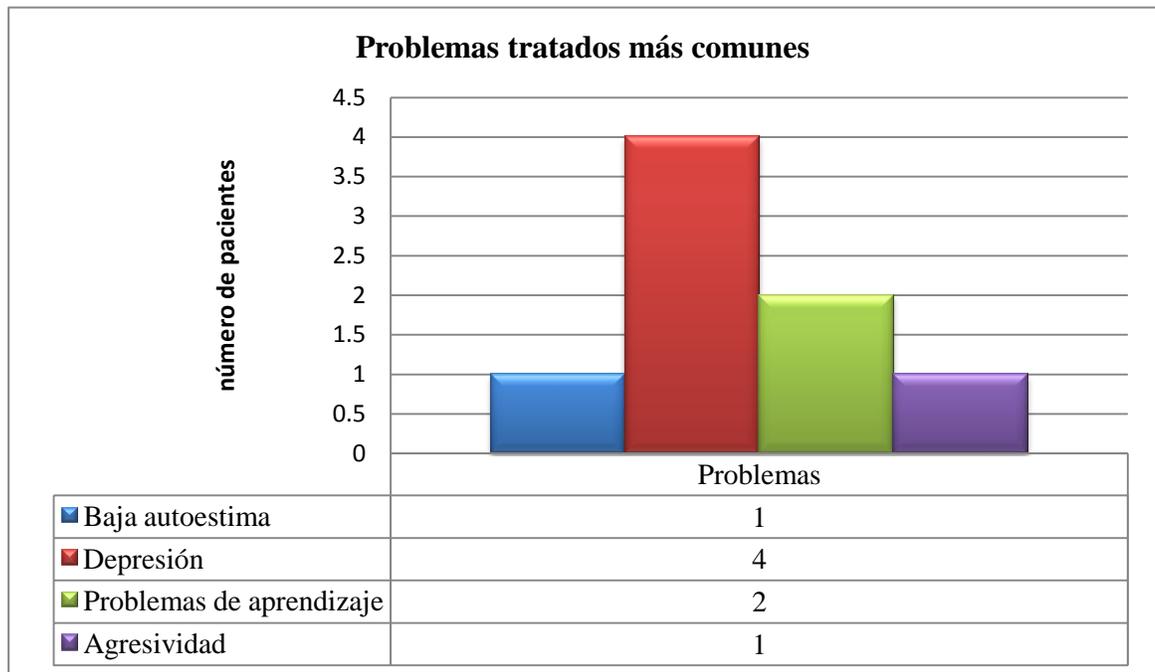
Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 2



Fuente: Elaboración Propia

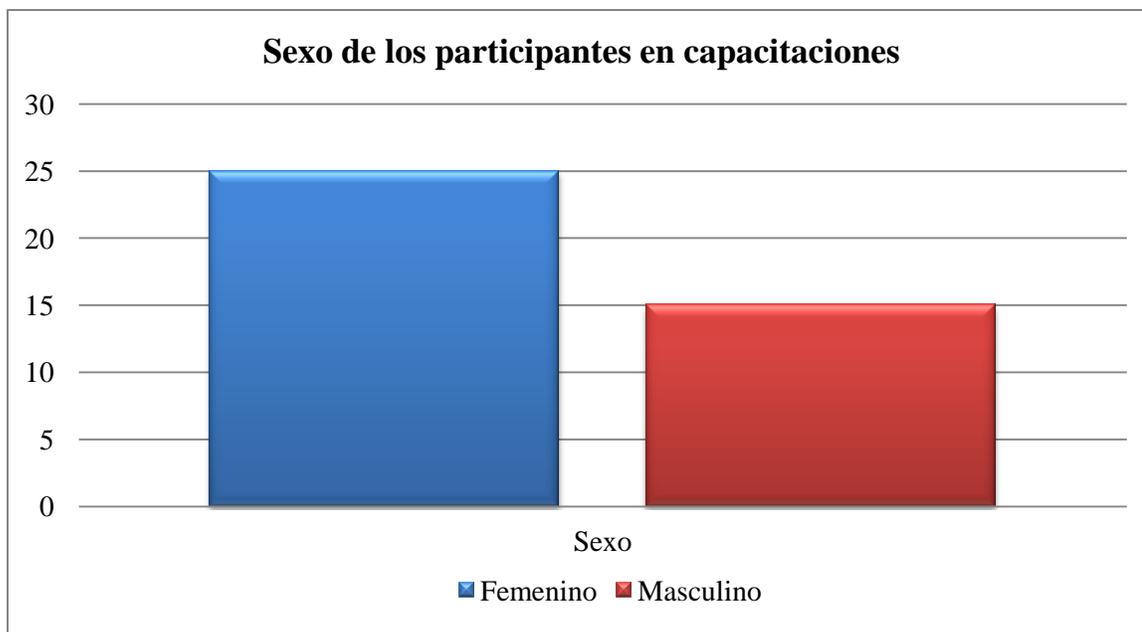
Gráfica 3



Fuente: Elaboración Propia

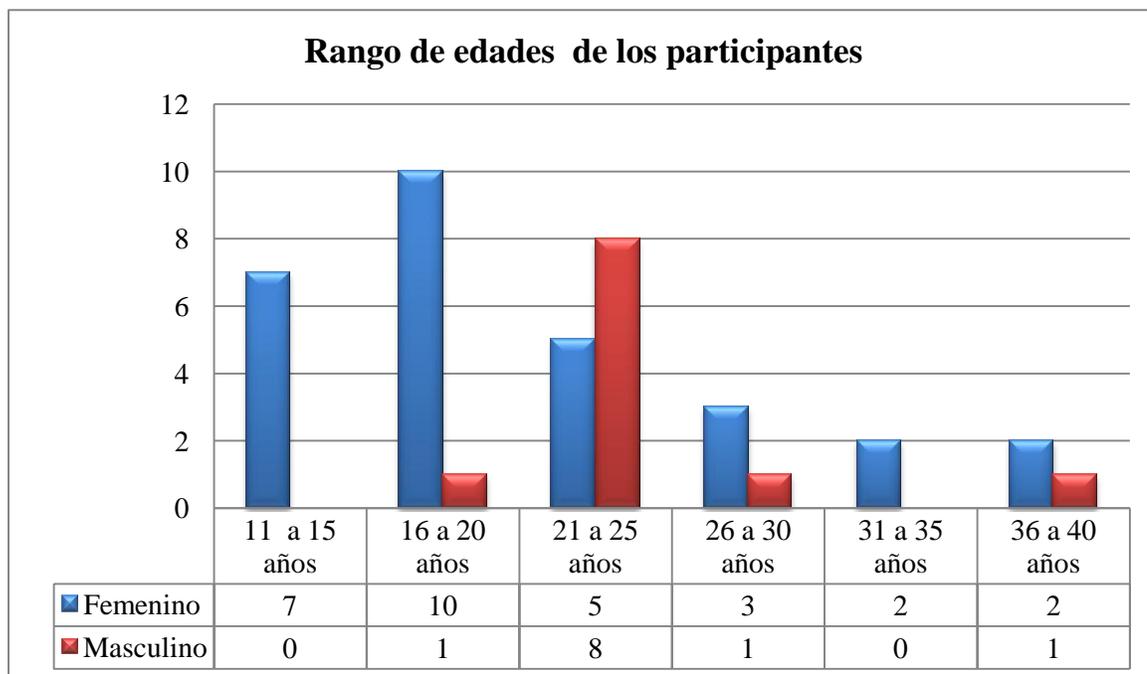
4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 4



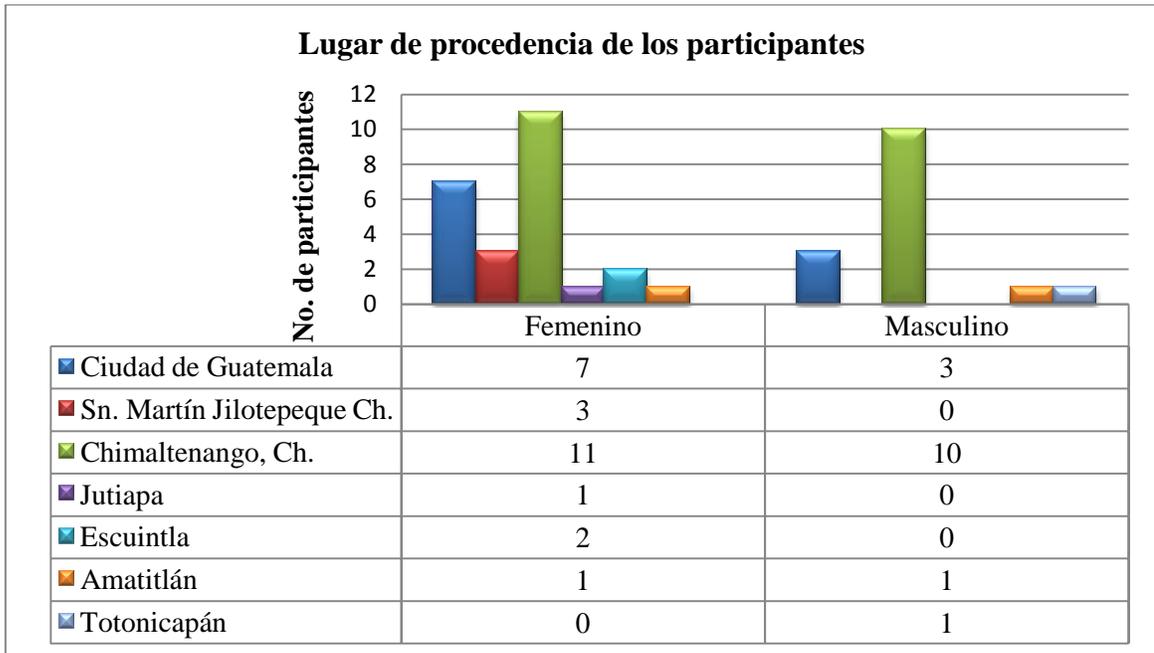
Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 5



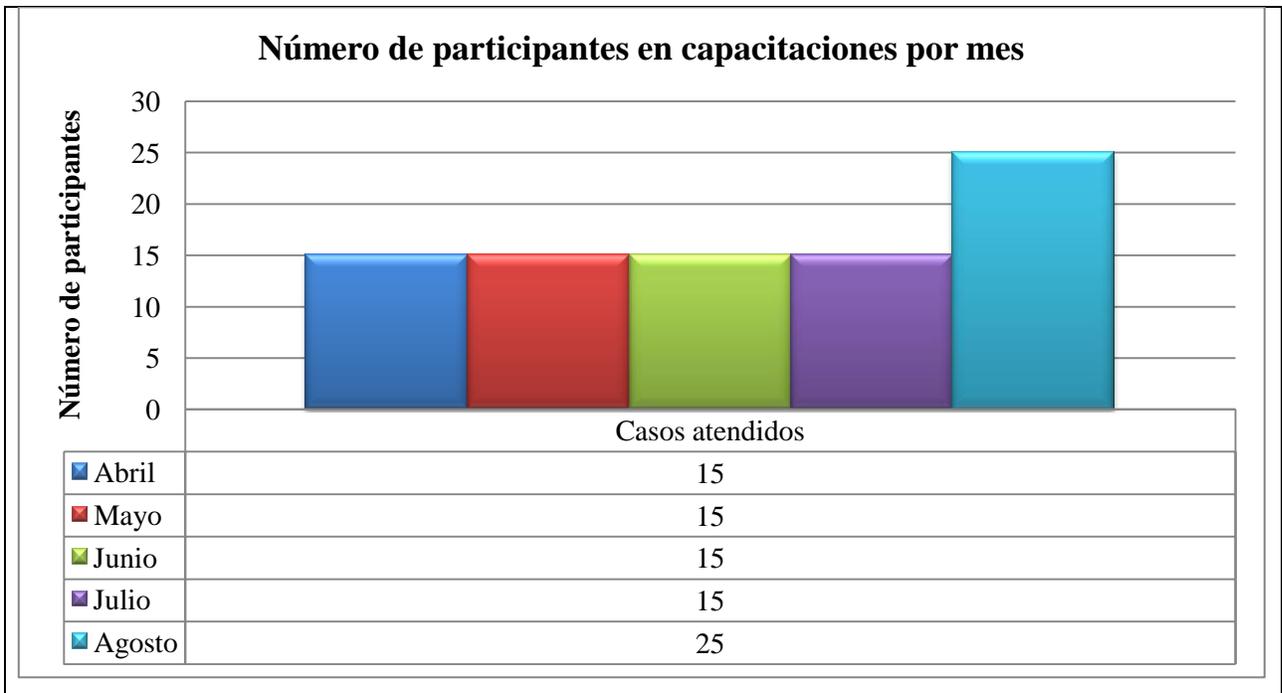
Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 6



Fuente: Elaboración Propia

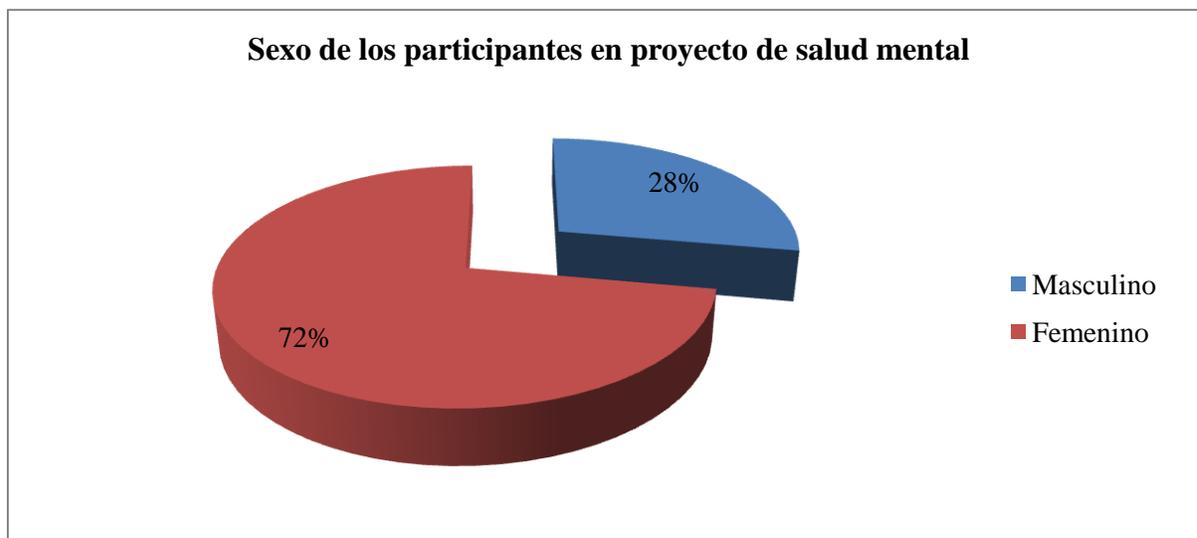
Gráfica 7



Fuente: Elaboración Propia

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 8



Fuente: Elaboración Propia

4.4.4 Análisis de datos

1. En la gráfica 1 se observa que el rango de edades de los pacientes atendidos fueron los siguientes: de 12 años a 18 años, por lo que hubo más afluencia de niños de 12 años
2. En la gráfica 2 se observa que el sexo predominante de los pacientes atendidos son de sexo femenino, ya que niñas y señoritas son más vulnerables a sufrir abuso sexual, y la mayoría de los miembros de la institución han sufrido abuso sexual.
3. En la gráfica 3 se observa que la mayoría de casos atendidos fueron acerca de depresión, siguiendole problemas de aprendizaje, baja autoestima y agresividad. Esto se debe a que la mayoría de los pacientes fueron abusados sexualmente y desencadenando problemas como los anteriormente mencionados.
4. En la gráfica 4 se observa que el sexo de los participantes en el programa de capacitación fueron más personas del sexo femenino, Esto puede estar relacionado son más madres que permanecen a lado de sus hijos, los cuales se encuentran internos dentro de la institución .

5. En la gráfica 5 se observa que el rango de edades de los participantes en el programa de capacitación estuvo entre 11 y 40 años, y sobresalen las edades entre 16 y 20 años.
6. En la gráfica 6 se observa la procedencia de los participantes en el programa de capacitación se puede notar que la mayor pertenecen al departamento de Chimaltenango y siguiéndole la ciudad capital.
7. En la gráfica 7 se observa que el número de participantes por mes en el programa de capacitación oscilaron entre 15 y 25 participantes.
8. En la gráfica 8 se observa el sexo de participantes en proyecto de salud mental, la mayoría de participantes son del sexo femenino con un 72% a un 28 % del sexo masculino.

Conclusiones

- El curso de práctica profesional dirigida es fundamental en la formación de los profesionales de la salud mental ya que funciona como un acercamiento al campo clínico real, fuera de los salones de clases, a su vez contribuye a la adquisición de experiencias importantes para los profesionales de esta rama.
- Es importante que el psicólogo ponga en práctica todos aquellos conocimientos teóricos que ha adquirido durante los años de formación, ya que la práctica va de la mano con lo teórico.
- Es fundamental que los profesionales de la salud mental estén sumamente capacitados en las áreas de psicodiagnóstico, psicopatología y psicoterapia ya que de estos elementos depende la elaboración de un buen diagnóstico, de un plan terapeuta y a si mismo prestar un servicio de calidad a nuestros pacientes.
- Es de suma importancia que los terapeutas conozcan los distintos modelos terapéuticos existentes ya que estos funcionan como una guía para el terapeuta, brindan un punto de partida, técnicas de tratamiento y formas de evaluación específicas.
- En el centro de práctica la mayoría de casos atendidos fueron de niños y adolescentes que han sufrido violencia intrafamiliar y abuso sexual, todo esto se debe a la pobre comunicación familiar y la falta de información, por lo cual es de suma importancia impartir capacitaciones.
- La ayuda terapéutica es de suma importancia ya que ayuda a las personas a resolver conflictos que no permiten el buen funcionamiento del paciente en cada área de su vida.

Referencias

Bibliográficas

Barlow D. Y Durand. M. T, (2001); *Psicología Anormal. Learning.* edición México

Bellak y Small. (1980) *Psicoterapia breve y de Emergencia.* Edit. Pax

Belloch A. , Sandin B.& Ramos (1995); *Manual de Psicopatología.* (1ª. ed.). México: Editorial

Collins, Gary. (1992). *Consejería Cristiana efectiva.* Editorial Portavoz

Craig, Grace. (1968). *Desarrollo Psicológico.* Prentice Hall

Dorch, F. (1985) *Diccionario de Psicología.* Herder

Ellis, Albert. *Manual de la Terapia Racional Emotiva .*Volumen II Bilbao: Editorial Desclee F. McGraw Hill.

González Nuñez, J. J. (1999) *Psicoterapia Grupal.* Manual Moderno

Kolb, L. (1973). *Psiquiatría Clínica Moderna.* Prensa Médica Mexicana

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV-TR. (2002). México: Editorial Masson.

Moreno Jacob. (1975). *El Psicodrama.* México: Ediciones Fondo de Cultura Económica

Rogers, Carl. (1997) *Terapia Centrada en el Cliente.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

Sullivan, H. S. (1964) *La Entrevista Psiquiátrica.* Edit. Psique

Anexos

Anexo 1

Carta de solicitud al centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Escuela de Ciencias Psicológicas
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2012

Chimaltenango

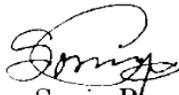
Respetable
Director César Augusto López
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración para con ésta casa de estudios para que el alumno practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, Humberto Isaí López López pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

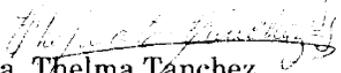
Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en éste período el alumno cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica




Dra. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango

Anexo 2

Carta de aceptación al centro de práctica

Chimaltenango, 5 de marzo del 2012

A quien interese:

Por este medio informo, que acepto al practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, Humberto Isaí López López, para que realice su práctica profesional dirigida en nuestra apreciable institución: Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro, ubicada en Chimaltenango, como requisito de egreso de la Universidad Panamericana. Dada en Chimaltenango el cinco de marzo del presente año.



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

Anexo 3

Horas de práctica

Chimaltenango, 27 de Agosto del 2012

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

Licenciada Pappa:

Por este medio hago constar: que el alumno practicante Humberto Isaí López López con el número de carné 0806163; cursante del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, sede Chimaltenango, realizó su práctica profesional dirigida desempeñando el cargo de Psicólogo de la Organización Mi Especial Tesoro, Chimaltenango, realizando un total de 350 horas de práctica, iniciando en el mes de marzo y culminándola a finales del mes de agosto del presente año.

Atentamente:

A handwritten signature in blue ink is positioned above a circular stamp. The stamp features a central emblem of two hands holding a globe, surrounded by the text "MINISTERIO CRISTIANO" at the top and "DIRECCION MI ESPECIAL TESORO" at the bottom.

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

Anexo 4

Formatos utilizados

Examen mental

1.1 Apariencia general

- Compleción física: Delgada De acuerdo a su altura y edad Gordo
- Vestimenta De acuerdo a edad y ocasión Descuidada Extravagante No adecuada
- Higiene: Limpia poca higiene
- Estado de nutrición: Sobre peso Obeso Desnutrida Saludable

1.2 Comportamiento

- Expresión Facial: Alerta Preocupación Tristeza Alegre
- Relación con el psicólogo
 Amable Dependiente Desconfiado Comunicativo Sumiso Hostil
 Altanero Agresivo Indiferente Colaborador Respetuoso Sarcástico

2. Atención y orientación

2.1. Atención

- Selectiva Hiperatención (poner constantemente nuestra atención en algo.)
- Confusa Distraibilidad

2.2 Orientación

2.2.1. Tiempo fecha día mes Hora aproximadamente

2.2.2 Ubicación: Lugar ubicado ciudad Dirección domiciliar

2.2.3. Persona: Nombre Edad Profesión.

3. Lenguaje

3.1. Calidad: Claro Comprensible Entrecortado Confuso Tartamudeo

3.2. Tono de voz: Elevado Bajo Moderado

3.3. Velocidad: Lento Rápido

3.4. Cantidad: Verbosidad Mutismo Normal Escasa comunicación

3.5. Curso: Coherencia Incoherente Repetitivo

4. Estado afectivo

4.1. Estado de Ánimo:

- Alegre Triste Decaído Irritable Lábil Pleno Estable

4.2. Congruencia Afectiva con lo que dice y manifiesta: Si No

5. Estructuración del pensamiento y percepciones.

5.1 Pensamiento: Confuso Delirios Alucinaciones

6. Control de impulso: Poco manejo de impulsos adecuado control de impulsos.

7. Memoria: Hechos pasados Retiene información. hechos recientes

8. Curso y contenido: Hilado y coherente incongruente y difuso

9. Insight: poca capacidad de insight elabora insight de forma adecuada.

Historia clínica

Caso No.

Datos generales

Nombre:

Sexo:

Edad:

Religión:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil

- I. Motivo de consulta
- II. Historia del problema actual
- III. Factores precipitantes\
- IV. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia
- V. Historia clínica y antecedentes personales
- VI. Historia médica
- VII. Historia familiar
- VIII. Criterios diagnósticos
- IX. Diagnóstico multiaxial
- X. Pronóstico
- XI. Plan terapéutico

Anexo 5

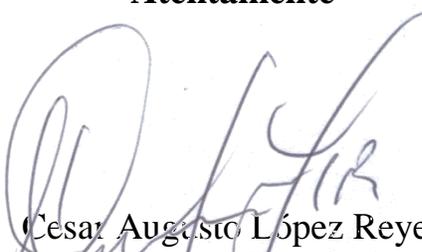
Constancia de talleres y charlas

Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

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

Por este medio hago de su conocimiento que el practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Humberto Isaí López López**, realizó la charla sobre “El Autoestima” satisfactoriamente el 23 de abril del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente


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



Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

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

Por este medio hago de su conocimiento que el practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Humberto Isaí López López**, realizó la charla sobre “El Respeto” satisfactoriamente el 7 de mayo del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente


Cesar Augusto Lopez Reyes
Presidente y Abogado Parte Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro



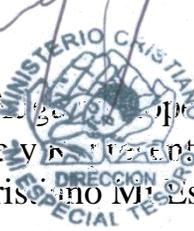
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

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

Por este medio hago de su conocimiento que el practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Humberto Isai López López**, realizó la charla sobre “La Amistad” satisfactoriamente el 28 de mayo del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente


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

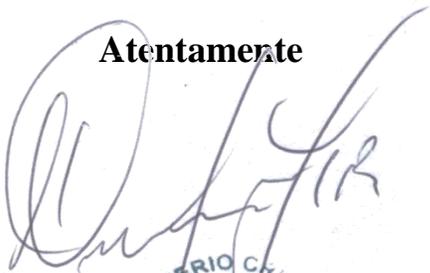


Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

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

Por este medio hago de su conocimiento que el practicante de quinto año de la carrera de licenciatura en psicología y consejería social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Humberto Isai López López**, realizó la charla sobre “La Gritud” satisfactoriamente el 25 de junio del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente


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

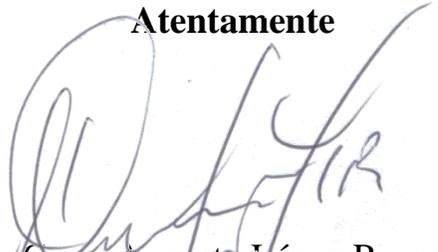


Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

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

Por este medio hago de su conocimiento que el practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango **Humberto Isaí López López**, realizó la charla sobre “La Obediencia” satisfactoriamente el 23 de julio del presente año. Con las niñas y adolescentes de la organización.

Atentamente


Cesar Augusto López Reyes
Presidente Procurante Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro



Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro

Señora:
Licda. Sonia Pappa
Supervisora de Práctica
Universidad Panamericana

Por este medio hago de su conocimiento que el practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana Extensión Chimaltenango. **Humberto Isaí López López**, culminó su práctica dirigida en el Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro, realizándola a cabalidad, cumpliendo con todos los requisitos, siendo de apoyo para dicha institución.

Atentamente


César Augusto López Reyes
Presidente y Abogado Encargado Legal
Ministerio Cristiano Mi Especial Tesoro



Anexo 6

Cronograma de charlas y talleres

Charla 1

El Autoestima

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	El autoestima	3 minutos
Dinámica rompe hielo	La carga eléctrica	8 minutos
Narración de una historia	El valor que tenemos	12 minutos
Desarrollo del tema	El autoestima	15 minutos
Presentación de videos	El autoestima	10 minutos
Realización de PNI	Características de su personalidad	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 2

El Respeto

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	El respeto	3 minutos
Dinámica rompe hielo	El Pistolero	5 minutos
Presentación de gráficas e ilustraciones	La importancia del respeto	10 minutos
Desarrollo del tema	El respeto	10 minutos
Realización de mini foro	El respeto	20 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del respeto	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 3

La amistad

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La amistad	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Ranitas al agua	5 minutos
Presentación de dramatización	La verdadera amistad	10 minutos
Desarrollo del tema	La amistad	15 minutos
Presentación de videos	La amistad	10 minutos
Realización de un decálogo	Características un verdadero amigo	15 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 4

La gratitud

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La gratitud	3 minutos
Dinámica rompe hielo	La orquesta	5 minutos
Narración de una historia	El poder del agradecimiento	10 minutos
Desarrollo del tema	La gratitud	15 minutos
Realización de hoja de trabajo	La gratitud	15 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca de la gratitud	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 5

La obediencia

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	La obediencia	3 minutos
Dinámica rompe hielo	Periquito periquito	10 minutos
Presentación de dramatización	Los beneficios de obedecer	10 minutos
Desarrollo del tema	La obediencia	15 minutos
Presentación de videos y diapositivas	La obediencia	10 minutos
Realización de mesa redonda	Aspectos importantes de la obediencia	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Charla 6

Actitud Positiva

Actividad	Contenido	Tiempo
Bienvenida y presentación	Actitud positiva	3 minutos
Dinámica rompe hielo	El ciempiés	5 minutos
Narración de una historia	Características de una actitud positiva	10 minutos
Desarrollo del tema	Actitud Positiva	10 minutos
Realización de un debate	Aspectos de una actitud positiva	20 minutos
Tiempo de preguntas	Preguntas acerca del tema	10 minutos
Cierre	Palabras de despedida	2 minutos

Anexo 7

Cronograma de actividades proyecto de salud mental

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	NadiaAwadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	VeronicaInay y YessicaArchila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	AracelyMartinez, DorisMartínez, Glenda Solando e IngridSitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	SaraMux, AngélicaJuchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, NadiaAwadallah, Camila Mendoza, FelipeYool
10:00 – 11:30	Película	Isai López, Jesica Mota

Domingo 07 de octubre de 2012

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

Anexo 8
Fotografías









