

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



**Factores que intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del
estado de ánimo en la población masculina**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Lisbeth Xiomara Mayén Lara

Guatemala, mayo 2014

**Factores que intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del
estado de ánimo en la población masculina**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Lisbeth Xiomara Mayén Lara

M.A. Rebeca Ramirez de Chajon (Asesora)

Licda. Sheyla Salguero (Revisora)

Guatemala, mayo 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

EMBA Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

M.A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector administrativo

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Decana

Licda. Ana Muñoz de la Cruz

Coordinadora Campus Central

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

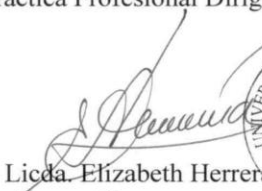
ASUNTO: *Lisbeth Xiomara Mayén Lara*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 11 de febrero 2,014

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 **Práctica Profesional Dirigida** 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 *Lisbeth Xiomara Mayén Lara*, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana

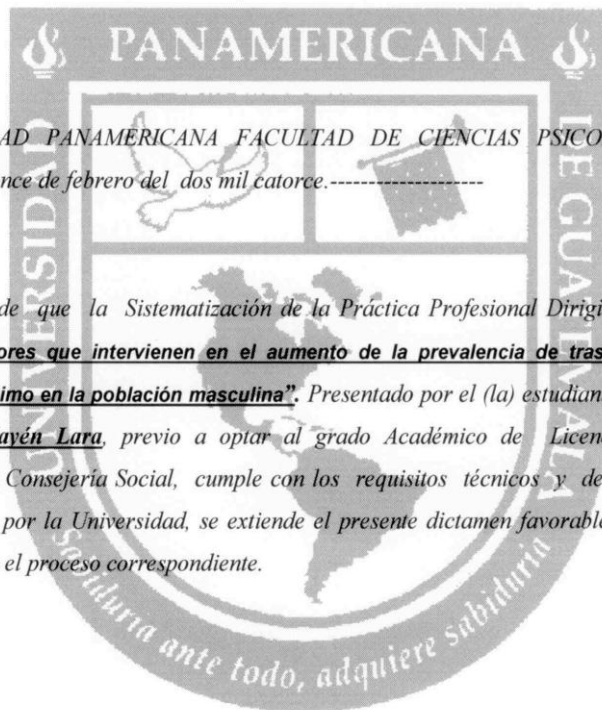




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala once de febrero del dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Factores que intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina”. Presentado por el (la) estudiante: Lisbeth Xiomara Mayén Lara, 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.

M.A. Rebeca Ramirez de Chajon
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala once de febrero del dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Factores que intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina”**. Presentado por el (la) estudiante: **Lisbeth Xiomara Mayén Lara**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Shéyla Salguero
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los once días del mes de febrero del dos mil catorce.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Factores que intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina**", presentado por: **Lisbeth Xiomara Mayén Lara**, 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 Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Ubicación de la institución	2
1.3 Organización	3
1.4 Programas establecidos	3
1.5 Organigrama	4
1.6 Planteamiento del problema	5
1.7 Objetivos	6
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.1 El Estado de ánimo	8
2.1.1 ¿Qué es un trastorno del estado de ánimo?	9
2.1.2 Clasificación de los estados de ánimo según el DSM IV-TR	10
2.1.3 Descripción de los trastornos del estado de ánimo	11
2.2 Población masculina y los trastornos del estado de ánimo	12
2.2.1 Características de la población masculina con síntomas de trastornos del estado de ánimo	14
2.3 Rol de la población masculina adulta en el interior de la republica guatemalteca	16
2.4 Principales causas de trastornos del estado de ánimo en la población masculina	18
2.4.1 Genéticas	19
2.4.2 Fisiológicas	20
2.4.3 Psicosociales	20
2.4.4 De género	20
2.4.5 Ambientales	21
2.4.6 Familiares	21

2.4.7 De personalidad	22
2.5 Efectos nocivos en los trastornos del estado de ánimo en la población masculina	22
2.5.1 A nivel familiar	22
2.5.2 A nivel laboral y de jubilación	23
2.5.3 A nivel social	23
2.6 Tratamientos psicoterapéuticos y multidisciplinarios para los trastornos del estado de ánimo en la población masculina	23
2.6.1 Tratamiento de los estados depresivos en la población masculina	26
2.6.2 Tratamiento farmacológico	26
2.6.3 Tratamiento psicoterapéutico	26
2.6.4 Otros tratamientos	27
Capítulo 3	
Referente Metodológico	
3.1 Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida	28
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de sistematización de práctica profesional supervisada	28
3.3 Población atendida en el centro de práctica	29
3.4 Cronogramas de actividades realizadas	30
3.4.1 Actividades normales de práctica	30
3.4.2 Talleres y otras actividades especiales	31
3.5 Programa del curso de práctica profesional dirigida	31
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	
4.1 Análisis de la investigación	32
4.2 Caso Clínico	33
4.3 Logros	42
4.4 Limitaciones	43

Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias	46
Anexos	49

Resumen

En el siguiente trabajo, se presenta la sistematización de la práctica profesional dirigida, como proceso final de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, sede central; esta práctica fue realizada en el Centro de Transformación Comunitaria de San José Pinula, de la Asociación BUCKNER GUATEMALA. El centro tiene diferentes áreas de servicio a la comunidad, sin embargo algunas de estas carecían del apoyo psicológico, fue hasta este año 2013, que con la ayuda de la Facultad de Psicología de la Universidad Panamericana se hizo posible, logrando atender un número considerable de pacientes dentro de esta comunidad. La supervisión y asesoría dentro de la Universidad Panamericana se efectuó a través de la Licda. Elsa Obregón.

En el primer capítulo se realiza una descripción completa de la institución y los objetivos de la sistematización. El segundo capítulo describe la base teórica del presente informe, todo lo relacionado con el tema de los trastornos depresivos y los estados de ánimo en la población masculina y como la prevalencia de los mismos han ido en aumento. También se hace referencia del uso de terapias psicoterapéuticas y multidisciplinarias para una adecuada intervención. Luego en el desarrollo del tercer capítulo, se señala la forma en que se realizó el proceso terapéutico de la práctica, describiendo los procedimientos y las técnicas profesionales realizadas. Por último, es importante resaltar que cada paciente fue atendido de acuerdo a sus necesidades, siguiendo los lineamientos previamente establecidos por la asesora de la práctica profesional dirigida, con el objetivo de llegar a un psicodiagnóstico y tratamiento adecuado; utilizando además una batería de pruebas, donde las proyectivas fueron las de mayor utilidad, ya que permitieron obtener información relevante de cada uno de los pacientes, la que se detallará en el cuarto capítulo de la presente investigación.

El enfoque y el desarrollo de la presente investigación, se realizó hacia la problemática tratada con el único paciente de género masculino, debido a las marcadas dificultades e incapacidades que el trastorno del estado de ánimo produjo en él. Este tipo de trastornos en la población masculina, no debe tratarse a la ligera, pues sus consecuencias como se expresarán en la presente sistematización, sin el apoyo de uno o varios profesionales, suelen ser devastadoras.

Introducción

Durante el proceso de práctica se obtuvo la oportunidad de atender diversidad de pacientes, en su mayoría mujeres adultas, básicamente con conflictos de depresión, ansiedad, autoestima, de pareja, comunicación e inadecuadas relaciones entre padres e hijos. Este proceso como ya se ha mencionado ha sido de fortalecimiento y nuevos conocimientos para el desarrollo profesional. Cabe resaltar que, dentro de la práctica profesional dirigida, se atendió a un único varón como paciente, con un motivo de consulta al que se podría denominar poco común dentro de la población masculina “*Me siento solo y deprimido, ningún día me parece que tenga algo bueno*”. Y es, precisamente en este caso, que el tema de la presente investigación se desarrollará; con el propósito de aportar una concepción apropiada a la población masculina en este tipo de comportamientos.

Esta problemática es la base para la presente investigación, pues se considera importante que dentro de la población masculina, exista un interés genuino de identificar los signos y síntomas de los estados depresivos de ánimo, ya que es del conocimiento general, que prefieren evadir el tema bajo la consigna de que los hombres son el sexo fuerte. Esta falta de búsqueda de ayuda y de aceptación de un estado de ánimo depresivo, puede provocar en su entorno entablar relaciones sociales inadecuadas, así como; inestabilidad familiar, inseguridad, desempleo, falta de comunicación, incapacidad paterna, e incluso establecer relaciones emocionales asertivas. En ocasiones como estas suelen tornarse hacia el aislamiento y en casos extremos, manifestarse afecciones físicas, trastornos de personalidad hasta llegar al suicidio.

En la actualidad, existen estudios realizados y confirmados por la Organización Mundial de la Salud donde se indica que los estados de ánimo depresivos se convertirán en el año dos mil veinte en la segunda causa de incapacidad en el mundo, cuadro que es más propenso en la población masculina por ser la que menos acude a solicitar ayuda. Es por ello que en la presente investigación se ampliará la temática necesaria para dar a conocer el cómo reconocer los síntomas de un estado de ánimo depresivo, así como sus causas, efectos nocivos y los tratamientos de apoyo adecuado.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción de la institución

Fundación Buckner Guatemala, es una asociación sin ánimo de lucro, dedicada desde hace casi 10 años a servir a huérfanos, niños en riesgo y familias guatemaltecas necesitadas, por medio de programas residenciales y comunitarios.

La Organización Buckner Guatemala busca mantener la unidad en la familia, a través de programas de protección a menores, prevención y desarrollo en comunidades vulnerables. Su principal objetivo es contribuir en el mejoramiento de la calidad y el nivel de vida de las familias guatemaltecas que se encuentran en situación de riesgo; a través de actividades que permitan el desarrollo individual e integral de las personas y grupos familiares para así disminuir las problemáticas particulares y colectivas.

Se describen como una fundación auto sostenible, lo que quiere decir que no reciben dinero del gobierno ni de ninguna otra entidad para operar. Por lo cual, son de suma importancia las donaciones en especie de empresas guatemaltecas, alianzas con organizaciones lucrativas y no lucrativas que deseen ayudar a los niños, proyectos de recaudación de fondos y apoyo de voluntarios.

Es aquí donde la Universidad Panamericana a través de la Facultad de Ciencias Psicológicas, tomó la decisión de aportar a través de los y las practicantes de 5º año de Psicología, el apoyo clínico para las comunidades donde la Fundación Buckner tiene sus diferentes sedes. Buckner Guatemala cuenta con oficinas centrales, tres Centros de Transformación Comunitaria, tres Hogares Residenciales de Protección y Abrigo, un Albergue Infantil y un Centro de Defensoría Infantil, ubicados de la siguiente forma:

Oficinas: Lote 15 Manzana G, Sector B-3 zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal.

Centro de Transformación Comunitaria

Asentamiento el Cerrito, Zona 11 de la Ciudad Capital

San José Pinula

Jocotenango, Sacatepéquez

Hogares Residenciales de Protección y Abrigo, Ciudad San Cristóbal.

Génesis

León de Judá

Marta y María

Albergue Infantil, Ciudad San Cristóbal

Centro de Defensoría Infantil, Zona 1 de la Capital.

Se brindó el apoyo en atención clínica a aproximadamente 13 pacientes, en el Centro de Transformación Comunitaria de San José Pinula. Este centro está al servicio de la comunidad desde mayo del 2010. La atención fue durante los días sábados de 8:00a.m. a 12:00p.m., desde el mes de marzo hasta noviembre del presente año, bajo la supervisión de la Licenciada Lesbia Castillo Oliva, y con la colaboración de la señorita Reina Hurtado, así como del claustro de profesores, estos últimos contribuyendo en la realización de los talleres.

1.2 Ubicación de la Institución

El Centro de Transformación Comunitaria está ubicado en la 3ª avenida 2-33, Zona 1 del Municipio de San José Pinula, establecimiento que es un lugar muy accesible y las calles aledañas son bastante transitadas, básicamente está en el centro de la comunidad, a su alrededor está el parque central, el mercado, la municipalidad y la iglesia. El transporte público extra urbano transita por la calle principal del municipio que está a una cuadra del mismo.

1.3 Organización

El Centro de Transformación Comunitaria otorga atención en enseñanza en computación y del idioma inglés, de lunes a sábado a jóvenes y adultos, atendiendo a una población de aproximadamente 15 estudiantes por hora; además organiza talleres especializados en cocina y costura, la atención médica es otorgada a todo el sector a un precio simbólico los días martes y jueves, fue hasta el presenta año que se ofreció la atención psicológica con el apoyo de la Universidad Panamericana a través de los y las practicantes del 5° año de la carrera. Su personal está formado por:

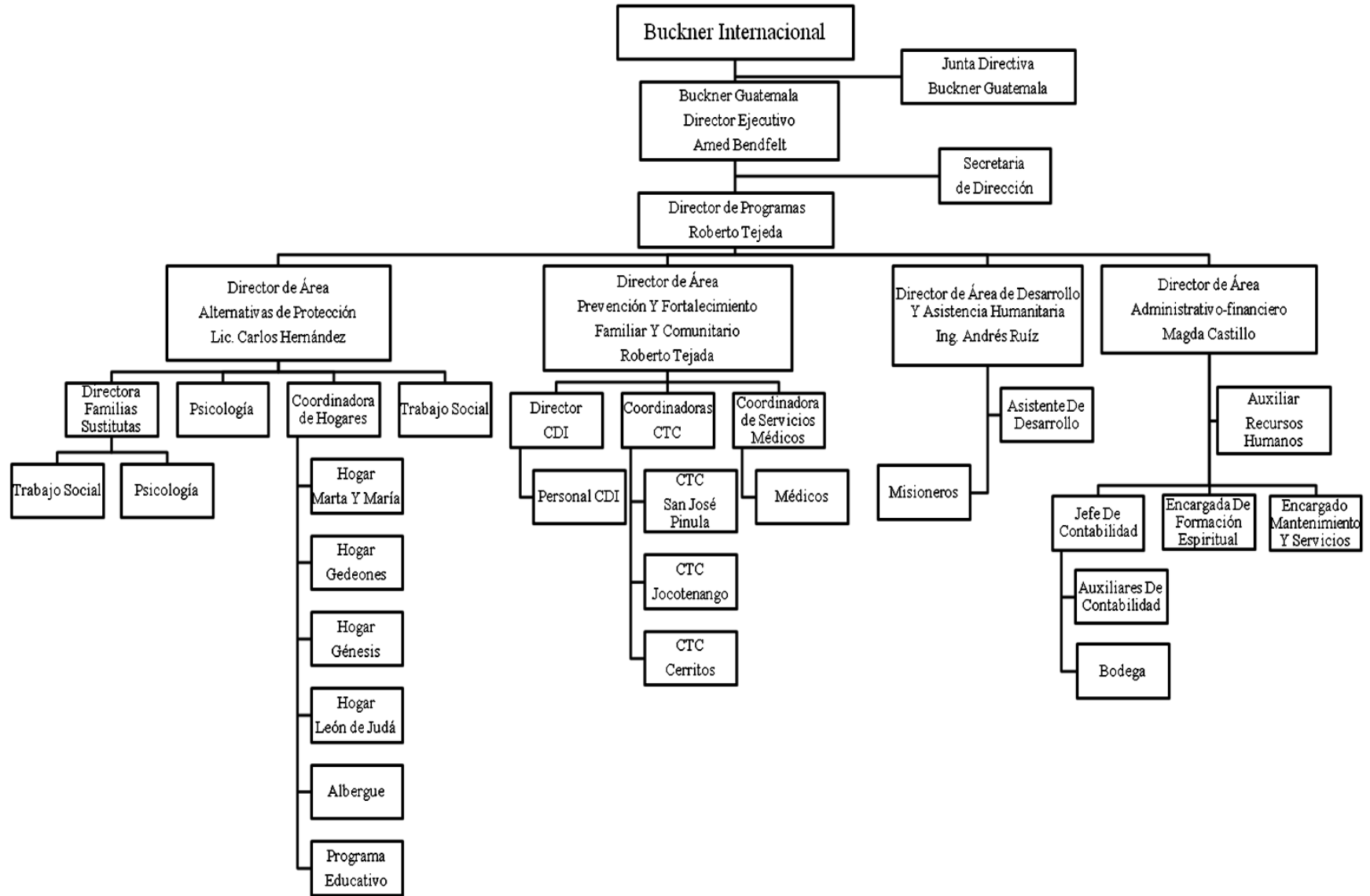
- Trabajadora Social
- Médico General
- Profesores de Computación y de Idioma Inglés
- Capacitadores y voluntariado
- Apoyo en Alfabetización por CONALFA

1.4 Programas establecidos

El centro cuenta con diferentes áreas de servicio, siendo la prioridad atender a familias de escasos recursos. Los integrantes del centro son un grupo de ayuda en todos los sentidos, viajan hacia el interior del municipio en busca de familias necesitadas, acompañados por profesionales de las ciencias sociales, médicos, odontólogos y voluntario nacional e internacional, prestando toda la atención gratuita, que incluye medicamentos, alimentos y vestuario, así como:

- Consultas y jornadas médicas
- Asesoría social
- Jornadas odontológicas dentro y fuera de la institución
- Clases diarias de computación e idioma inglés
- Alfabetización con el apoyo de CONALFA
- Talleres de cocina, bordado y capacitación a niñeras

1.5 Organigrama



1.6 Planteamiento del problema

Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. El ser humano percibe poseer cierto control sobre su estado de ánimo, que puede variar entre: estable, superior o depresivo.

En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general. El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría se debe al desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo en sí, ya que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Tal rasgo puede evidenciarse a través de sentimientos de desesperanza, soledad, vacío, tristeza profunda, desvalorización, frustración y culpabilidad excesiva.

Los datos generales señalan que tanto mujeres como hombres a lo largo de la vida experimentan algún episodio de trastorno del estado de ánimo que puede requerir atención especializada. La prevalencia de estos trastornos en mujeres ha superado al doble que en hombres, sin embargo en la actualidad este porcentaje se ha incrementado en la población masculina, sin conocer a cabalidad los factores que han intervenido para que esto suceda. Se conoce que generalmente los hombres suelen atribuir los síntomas de desánimo a otros factores, por lo tanto carecen de habilidad para percibir y aceptar la necesidad de buscar apoyo o tratamiento apropiado.

Esta falta de búsqueda y de aceptación puede provocar en el entorno donde éste se desarrolla, inadecuación de relaciones sociales, así como, inestabilidad familiar, inseguridad, desempleo, además de falta de comunicación, incapacidad paterna, e incluso establecer relaciones emocionales asertivas. En ocasiones como estas, ellos suelen tornarse hacia el aislamiento, depresiones y adicciones; en casos extremos, manifestarse afecciones físicas, trastornos de personalidad e incluso llegar al suicidio.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (*National Institute of Mental Health*, NIMH) indica que el índice de suicidios es cuatro veces más en hombres que en mujeres; pues mientras estas realizan más intentos durante sus vidas, los hombres lo llevan a cabo. La alarmante tasa de

suicidio entre los hombres puede reflejar que ha sido menos probable la búsqueda de un tratamiento adecuado para este tipo de afecciones y trastornos.

Por esto, es necesario dar a conocer la importancia de un tratamiento preventivo, adecuado y oportuno a la población masculina, dentro de los que se puede incluir; psicoeducación en trastornos del estado de ánimo y sus diferentes variantes, terapias interpersonales, terapias conductuales, logoterapia, aplicación de técnicas gestálticas, uso de apoyo multidisciplinario principalmente farmacológico, este último especialmente en casos extremos.

Por lo anteriormente expuesto, se genera la siguiente interrogante:

¿Qué factores intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina?

1.7 Objetivos

Objetivo General:

- Describir los factores que generan el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina.

Objetivos Específicos:

- Identificar las causas que intervienen en los trastornos del estado de ánimo en la población masculina del área rural de Guatemala.
- Definir los efectos nocivos de los trastornos del estado de ánimo de la población masculina en su convivencia interpersonal.

- Detallar los tratamientos terapéuticos y multidisciplinarios acordes a los trastornos del estado de ánimo en hombres.

- Estructurar un documento psicoeducativo, como aporte al Centro de Transformación Comunitaria de la Fundación Buckner Guatemala en San José Pinula, donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida a través de afiches que contengan la información de causas, efectos y tratamientos de los diferentes trastornos del estado de ánimo en la población masculina.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 El Estado de Ánimo

El estado de ánimo o de humor es un estado emocional de mayor duración y menor intensidad que las emociones agudas. Su duración es indefinida, puede oscilar desde horas hasta años, estas circunstancias dependerán de valoraciones globales que cada individuo perciba de su contorno, se puede decir que depende del “color del cristal con que lo vea”.

Cuando se refiere a emociones agudas, se trata de características personales de disposición o tendencia a reaccionar, por ejemplo; se dice de una persona que es rabiosa, afectiva o triste, no para describir una experiencia emocional, sino la tendencia a comportarse de esta forma.

El estado de ánimo es considerado, más bien como una sensación de fondo que persiste en el tiempo. Regularmente el ser humano apenas logra percibir su estado de ánimo aun cuando este puede algunas veces llegar a ser muy intenso y hasta insoportable. Los estados de ánimo no son lo mismo que las emociones, aunque comparten muchos aspectos en común. La mayoría de las veces los estados de ánimo se caracterizan por ser de menor intensidad y mayor duración en el tiempo. A diferencia de la mayoría de las emociones, en los estados de ánimo no parece que exista una causa explícita, es decir no existe una relación causa-efecto entre estados de ánimo y acontecimientos.

El estado de ánimo predispone a actuar de determinadas maneras. Un estado de ánimo determinado favorece que se incremente la probabilidad de que ocurra una determinada conducta, siendo esta positiva o negativa, la cual dependerá del temperamento de cada individuo y de la situación actual, contorno y percepción de los acontecimientos.

"Los estados de ánimo pueden ser considerados como indicadores generales, tanto del funcionamiento fisiológico como de la experiencia psíquica. El estado de ánimo es algo así como un termómetro clínico que refleja todos los acontecimientos externos e internos que nos afectan". Robert E. Thayer "El origen de los estados de ánimo cotidianos" E. Paidós.1998

2.1.1 ¿Qué es un trastorno del estado de ánimo?

Es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo. El DSM-IV TR define por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable).

Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo. Lewis, AJ (1934). "Melancholia: A Historical Review". Journal of Mental Science 80: pp. 1-42

Se caracterizan por alteraciones en el estado de ánimo o un estado emocional prolongado.

Depresión: alteración del estado de ánimo caracterizada por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y acontecimientos de la vida diaria durante al menos 2 ó 3 semanas. En casos graves, el afectado puede tener ideas de suicidio y/o determinados síntomas psicóticos.

Manía: estado de ánimo patológico, extremadamente alto, expansivo y/o irritable, en el que pueden aparecer delirios y/o alucinaciones.

Trastorno bipolar: desorden del estado de ánimo caracterizado por la alternancia entre episodios de depresión y de manía o hipomanía. Pueden aparecer síntomas psicóticos en ambas fases, especialmente en la maníaca.

2.1.2 Clasificación de los estados de ánimo según el DSMIV-TR

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) los trastornos del estado de ánimo se clasifican de la siguiente manera:

Episodio depresivo mayor: F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante F34.1 Trastorno distímico
Episodio maníaco
Episodio mixto
Episodio hipomaníaco
Trastornos bipolares: F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado F31.8 Trastorno bipolar II F34.0 Trastorno ciclotímico
Trastorno del estado del ánimo debido a (indicar enfermedad médica) F06.32 Con síntomas depresivos F06.32 Con síntomas de depresión mayor F06.30 Con síntomas maníacos F06.33 Con síntomas mixtos
Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias

2.1.3 Descripción de los trastornos del estado de ánimo

La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. A menudo estas manifestaciones no son consideradas importantes por el propio paciente o sus familiares, por lo que no acuden al médico y piensan que sólo pasan por una mala época, sin darle mayor importancia, estas se van gestando en días y semanas e incluso en los meses anteriores la persona puede presentar síntomas como ansiedad generalizada, crisis de angustia o fobias.

Algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor incluyen sensaciones de desesperanza, insatisfacción o ansiedad, disminución o aumento del apetito, dificultad para dormir y múltiples despertares durante la noche, durante los cuales recuerdan sus problemas, o pueden dormir más de lo habitual, tener cansancio exagerado, inquietud, irritabilidad, cambios en las funciones psicomotrices, pérdida del interés, de energía y de la capacidad para el placer incluyendo el sexo, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración, encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeora su rendimiento escolar y laboral, y disminuye su motivación para emprender nuevos proyectos.

Las personas con este tipo de afecciones describen los síntomas iniciales con sentimientos de tristeza, desesperanzados, sumidos en la melancolía o inútiles. Además como depresión o un dolor emocional muy agudo y a veces se quejan de ser incapaces de llorar; sin embargo, algunas veces parecen no ser conscientes de su estado de ánimo, aunque es notorio que se aíslan de la familia y de los amigos y abandonan actividades con las que antes disfrutaban. Sus pensamientos contienen tres elementos claves: se consideran insignificantes o que se merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren en el futuro.

2.2 Población masculina y los trastornos del estado de ánimo

La depresión y los trastornos del estado de ánimo en el hombre es más infrecuente que en las mujeres aun cuando estos no lo reflejen con signos de alta percepción. Sin embargo, al producirse en ellos estos trastornos, conllevan mayores riesgos, debido a que están asociados a posibles enfermedades coronarias e hipertensión arterial, mismas que son una de las principales causas de muerte en hombres mayores de 40 años. En una investigación reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, se estableció que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa de muerte debido a un padecimiento coronario que es acompañado con un trastorno depresivo.

Es claro que los síntomas, son diferentes en mujeres que en hombres y como ya se ha mencionado, estos lo manifiestan a través de irritabilidad, en lugar de sentimientos de desesperanza. Por lo tanto, estos síntomas pueden ser difícil de reconocer, debido a que el hombre sólo pide ayuda cuando ya no puede más o lo hace alguien por él.

En los hombres adultos, el estado de ánimo pareciera no ser muy variado, sin embargo la forma de expresión en ellos es muy diferente, regularmente exponen sus propios síntomas de depresión sin darse cuenta de que estaban deprimidos. Particularmente, muchos de ellos no tienen conocimiento de que los síntomas físicos, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos, dolores crónicos, trastornos del sueño, pérdida del deseo sexual y disfunción eréctil, pueden estar asociados con la depresión. Suelen además experimentar cambio de humor tales como irritación, hostilidad e incluso agresión.

Sumándole a esto, suele evadir el acudir a un profesional de la salud física y mental regularmente por temor a que otros se enteren. La falta de conocimiento en la población masculina, de la naturaleza de estos trastornos, de su función y del método para tratarlos, acarrea al hombre a muchas dificultades que en sí son evitables de ser reconocidas a tiempo.

Es triste admitirlo, pero por la falta de información de los estados de ánimo, fracasan grandes proyectos, decisiones importantes son realizadas de forma inadecuada en la vida de la población masculina. Cualquier persona puede sentirse triste o deprimida. Sin embargo en los hombres, los estados de ánimo son menos perceptibles pues suelen evadirlos.

Es importante mencionar que los hijos de una persona que sufre o ha sufrido de algún trastorno de estado de ánimo, tiene mayores posibilidades de desarrollarlos. No obstante, se debe tener en cuenta que el estrés y ciertos acontecimientos en el rol de la población masculina, pueden exponer o potenciar los sentimientos de tristeza y depresión hasta el grado de desarrollar en un trastorno, sin necesidad de poseer el factor genético. Es de reconocer que actualmente la posición del hombre como tal, ha sido relevada en muchas áreas por el sexo femenino, situación que genera un mayor reto y al mismo tiempo un estrés mayor, problemas cotidianos como este que deberían ser más bien un reto, suele desencadenar un episodio de depresión imperceptible para ellos, solo por el hecho de ser desplazados como hombres.

Así también existen determinadas situaciones fuera de su control, por ejemplo; una infidelidad, un divorcio inesperado, la muerte de un ser querido, el fin de una relación afectiva o los problemas laborales, donde la presión emocional resulta difícil de sobrellevar. A consecuencia de dichas situaciones, un hombre puede experimentar sentimientos de tristeza profunda y desesperación, llevándolo a una situación de crisis y un desequilibrio difícil de explicar y enfrentar. El diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo suele ser más complicado. Esta falta de búsqueda y de aceptación de un estado de ánimo depresivo, puede provocar en su entorno inadecuación de relaciones sociales, así como; inestabilidad familiar, inseguridad, desempleo y además falta de comunicación, incapacidad paterna, e incluso establecer relaciones emocionales asertivas. En ocasiones como estas suelen tornarse hacia el aislamiento y en casos extremos, manifestarse afecciones físicas, trastornos de personalidad hasta llegar al suicidio. Existen estudios que revelan que en los hombres la tasa de suicidio es cuatro veces mayor que en las mujeres, por ser estos los más reacios para admitir que tienen depresión.

2.2.1 Características de la población masculina con síntomas de trastornos del estado de ánimo

A partir de los 40 años de edad, la capacidad de sacrificio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 60 años. Esta patología también puede afectar la salud física de la población masculina.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre, igualmente el hábito de trabajar en exceso puede disfrazar los síntomas. Es importante que cuando el individuo reconoce que algo le sucede entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento terapéutico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

De ahí que desde las distintas clases sanitarias se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

Para reconocer síntomas característicos de un trastorno del estado de ánimo en la población masculina es necesario prestar atención a las siguientes descripciones.

Tienen una visión negativa de sí mismos: Se ven torpes, desgraciados y sin valor personal. Atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto suyo y como consecuencia, se ven inútiles y carentes de valor. Se critican a sí mismos, se culpabilizan y piensan que carecen de la capacidad necesaria para sentirse felices y llevar la vida que les gustaría.

Interpretan la realidad de forma negativa y tienden a centrarse más en el lado malo de las cosas: Por ejemplo; si alguien se porta bien con ellos pueden pensar que es por lástima o porque espera algo a cambio y no por una verdadera amistad. Esto es debido a que al valorarse tan poco

a sí mismos piensan que no es posible que los demás sientan cariño por ellos o los valoren como personas.

Tienen una visión negativa del futuro: Piensan que sus penas y dificultades no terminarán nunca. Esperan lo peor del futuro y que las cosas les salgan mal, hagan lo que hagan, el resultado es que no están motivados para actuar e intentar cambiar.

Además de síntomas físicos que deben presentarse en forma ininterrumpida durante al menos dos semanas, alteraciones del apetito como la disminución del interés por la comida o deseos de comer más generalmente golosinas, disminución de la libido, exceso o falta de sueño, ya sea por dificultad para conciliarlo, por interrupciones frecuentes durante la noche o por despertar al alba sin poder volverse a dormir; sensación de cansancio, especialmente en la mañana, y desgano frente a actividades habitualmente placenteras.

Como se ha mencionado en varias ocasiones, dentro de la población masculina, por lo general se tiende a evadir y aceptar todo síntoma que refleje debilidad en su masculinidad. En países como Guatemala el ser hombre tiene un connotación muy especial, ya que esta figura es representada de manera tal, que la población no debe mostrar debilidad especialmente ante otros hombres.

En el siguiente espacio, se describirá la percepción de la cultura guatemalteca, principalmente en el interior de la nación. Relacionando los estados de ánimo y rol del hombre; y de cómo este deberá desempeñarse de acuerdo a lo que se espera de él, siendo esta transmitida de generación a generación. *Tillit Montepeque, (2005).*

2.3 Rol de la población masculina adulta en el interior de la Republica de la Sociedad Guatemalteca

El hombre tiene una serie de estereotipos que determinan cual es su forma de actuar, vestir, comportarse, sentir, hablar es decir le ha sido asignado un papel que debe ser cumplido, el cual se va imponiendo de generación a generación a través de la cultura.

En la sociedad guatemalteca donde las condiciones de vida provocan que la prioridad básica sea obtener los recursos para la sobrevivencia diaria, los hombres ejercen autoridad por el poder económico que tienen dentro de la familia, aunque la mujer también aporte dinero; lo aportado por el hombre en un alto porcentaje es de mayor validez, pues es asignado para la manutención del hogar, esto les otorga en la mayoría de los casos el poder absoluto en su familia.

Esta situación de poder dentro del núcleo familiar está además de lo económico ligada a patrones culturales donde el hombre es el que manda y la mujer e hijos son quienes deben obedecer. La dominación del hombre es claramente desfavorable para la mujer y hay que entenderla como una construcción social dinámica que se da cotidianamente entre mujeres y hombres en diferentes lugares en su mayoría del interior del país.

El rol del hombre guatemalteco se ve obligado a ser cumplido y este básicamente está fundamentado en acuerdos tales como:

- Los hombres son racionales, las mujeres son emocionales.
- Los hombres están más capacitados para la vida pública y las mujeres más dotadas para la vida afectiva y privada.
- Los hombres son más activos y las mujeres más pasivas.
- Los hombres son más agresivos y las mujeres más pacíficas.
- Los hombres son quienes gobiernan y las mujeres sirven.
- Los hombres tienen grandes necesidades sexuales mientras las “buenas” mujeres tienen poco o nulo apetito sexual.

- Los hombres son físicamente fuertes mientras las mujeres son débiles.
- Los hombres son más ambiciosos que las mujeres.
- Los hombres son egoístas mientras que las mujeres son abnegadas y sacrificadas.
- Los hombres son psicológicamente fuertes y las mujeres más vulnerables.
- Los hombres son discretos y las mujeres todo lo dicen.

En la fase de socialización de un hombre, en todo momento este se ve forzado a demostrar que es “hombre” libre de toda demostración emocional y afectiva e incluso comportamental, todo su rol debe estar dirigido hacia demostrar ante los demás su virilidad, aprobación social y confirmación interna de su identidad masculina.

Sobre la necesidad de demostrar que se es hombre, Sergio Sinay expresa “...*los varones tenemos estomago fuerte para aguantar las situaciones que enfrentamos en la vida, las que a menudo son tragos amargos. Pocas veces reconocemos que se nos suben los huevos a la garganta y, mucho menos, que se nos parte el corazón.*” Sinay, Sergio. Esta noche no, querida. El derecho del hombre a cambiar las reglas del juego. Beas Ediciones. Buenos Aires, 1992. Pág. 43,46.

Es importante resaltar como este rol, esta escenificado en todos los aspectos en que se desenvuelve, llámese vida cultural, cotidiana, afectiva, laboral e íntima, y como este está obligado a actuar según la sociedad lo indica.

El hombre se encuentra con la incapacidad de cambiar esta condición, pues no está bajo su total control el realizarlo. Reconocer que no fue capaz de cumplir su papel causa cierta desesperanza, sentimientos de culpa y desesperación, luego con diálogos internos de odio a sí mismo, por haber sido débil ante los demás surge el temor a volver a fracasar, creando un círculo vicioso donde quedan atrapados, por la incapacidad inconsciente de no poder pedir auxilio.

En el momento que un hombre pierde el control, su estado de ánimo decae mostrando actitudes sorprendentes, desde irritabilidad hasta suicidio. En Guatemala, es más común observar la parte agresiva y de abuso en un hombre, como signo de depresión.

2.4 Principales causas de trastornos del estado de ánimo en la población masculina

Los estados de ánimo se manifiestan de diferentes formas, y varían de acuerdo a diferentes causas, como; actividades, deseos, relaciones, entre otros; aunque dentro de estas también se involucra la salud, el sueño, la alimentación, los estilos de pensamientos, la cantidad de ejercicio y otros aspectos que influyen de forma muy importante como puede ser la actitud que la persona sostenga hacia cada una de ellas. Estos estados no sólo se ven afectados por los acontecimientos descritos, sino también por las condiciones y los ritmos corporales. Las investigaciones científicas del sistema nervioso, genéticas y clínicas han demostrado de manera contundente que los trastornos depresivos son trastornos cerebrales. Las causas exactas siguen siendo motivo de intensa investigación.

Las modernas tecnologías de imágenes cerebrales revelan que en los estados depresivos, los circuitos neurales responsables de la regulación del estado de ánimo, los pensamientos, el sueño, el apetito y el comportamiento dejan de funcionar correctamente y que los neurotransmisores críticos sustancias químicas usadas por las células nerviosas para comunicarse están desbalanceados.

La investigación genética indica que el riesgo de un estado de depresión es el resultado de la influencia de múltiples genes que actúan en combinación con el medio ambiente y otras causas no genéticas. Los estudios de la química del cerebro y de los mecanismos de acción de los medicamentos antidepresivos continúan ampliando el entendimiento sobre los procesos bioquímicos implicados en la depresión.

Con frecuencia, una combinación de factores genéticos, cognoscitivos y ambientales causan la manifestación de un trastorno depresivo. Un evento traumático, la pérdida de un ser querido, una

relación personal dificultosa, un problema financiero o cualquier cambio estresante en el patrón de vida, independientemente de que el cambio sea deseado o no deseado, puede provocar un episodio depresivo en las personas vulnerables. Los episodios posteriores de depresión pueden ocurrir sin una causa obvia.

En algunas familias, los trastornos depresivos parecen manifestarse generación tras generación; sin embargo, también pueden ocurrir en personas que no tienen un historial familiar de estas enfermedades. Los trastornos depresivos, ya sean heredados o no, están asociados con cambios en las estructuras cerebrales o en la función cerebral, los cuales pueden verse usando las modernas tecnologías de reproducción de imágenes cerebrales.

En el caso específico de la población masculina no es la excepción todo lo descrito, sin embargo a pesar de todo este conocimiento, dicha población ha mostrado aun científicamente resistencia a manifestar un episodio depresivo y regularmente estos episodios son descubiertos en una sala de emergencias a través de una afección física como un ataque de pánico, un paro cardiorrespiratorio o un derrame cerebral.

Entre las principales causas de trastornos de los estados de ánimo en la población masculina podemos encontrar:

2.4.1 Genéticas

La presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano, (padres y hermanos) incrementa en un 25 a 30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos.

2.4.2 Fisiológicas

Los trastornos depresivos no tienen una causa fisiológica específica, existen cuadros depresivos que aparecen en el contexto de enfermedades médicas y nos aportan evidencias sobre la influencia de los factores biológicos. Entre las enfermedades del sistema nervioso central (SNC) se ha observado que el 25% de sujetos con ciertas enfermedades presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. Sin embargo esto dependerá del sujeto. En lo fisiológico el mayor índice con depresión lo reflejan las mujeres.

2.4.3 Psicosociales

Existen factores adicionales como la tensión en el medio ambiente en que se mueven las personas, tal tensión puede llegar a ocasionar el principio de este mal. Los acontecimientos estresantes, por ejemplo la pérdida del cónyuge, o de un progenitor precede con frecuencia a los primeros episodios del trastorno depresivo mayor. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo.

2.4.4 De género

Un reciente estudio de la Universidad de Westminster, en el Reino Unido reveló que; la capacidad de identificar correctamente los signos del estado depresión depende del género, tanto de la identificación de la enfermedad como las personas que la padecen, así como las diferencias psicológicas individuales. El estudio descubrió que las personas identifican con más facilidad los síntomas de la depresión en las mujeres que en los hombres.

Viren Swami, autor principal del estudio, *“Nadie nota cuando los hombres se deprimen”* refiere que los hombres son más propensos a recomendar ayuda que a buscarla, considera que los resultados son importantes para reflexionar el impacto de los estereotipos de género y las actitudes hacia los comportamientos de búsqueda de ayuda psicológica. La población masculina comprendida entre los 40 y 70 años es la más propensa a padecer de estados depresivos, por el incremento de la capacidad de sacrificio, y esta patología incide además en la salud física, acrecentando que el índice de vida en un hombre sea menor que el de la mujer.

2.4.5 Ambientales

Desde un punto de vista ambiental, las circunstancias de la vida en la población masculina, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida, situaciones deseadas o no deseadas, que se encuentran fuera de su control pueden precipitar un episodio depresivo. El abuso de las drogas o el alcohol también puede desencadenar la depresión.

2.4.6 Familiares

A nivel familiar las causas para un trastorno de ánimo son variadas. La sociedad caracteriza al hombre como; proveedor de la economía, la seguridad y el equilibrio dentro de la familia. La población masculina es juzgada y criticada si alguna de estas características no se cumple de acuerdo a los estándares sociales y de cultura establecidos. Es decir si este no provee deja de ser útil, si no otorga seguridad es débil y si su familia pierde el equilibrio es incapaz.

Por lo que en cada desacierto el hombre desarrolla sentimientos de culpa, desesperanza y tristeza profunda que conlleva una depresión. La familia juega un papel importante tanto en la detección temprana de los primeros síntomas y por lo tanto debería ser quien le apoye en la búsqueda de ayuda para evitar que estos se tornen en un trastorno.

2.4.7 De personalidad

La población masculina tiene tendencia a juzgarse a sí mismos o al mundo con pesimismo, o bien se dejan embargar por las presiones, lo que hace que estén más propensos a la depresión. Sea cual sea su perfil de personalidad, pueden deprimirse y de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos tipos de personalidad oral, tales como dependiente, obsesivo-compulsiva o histérica, presentan un mayor riesgo de estados depresivos que las personalidades antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna.

2.5 Efectos nocivos en de los trastornos del estado de ánimo en la población masculina.

La terapia conductual derivada de la teoría de la depresión de Lewinsohn, sostiene que las personas con estados depresivos reciben pocos refuerzos o resultados positivos por sus conductas, lo que provoca que dichas conductas cada vez se lleven a cabo con menos frecuencia y las personas se vuelvan más pasivas, y sin darse cuenta llegan al aislamiento parcial o total.

A continuación se describen los efectos nocivos de los trastornos del estado de ánimo, en algunas áreas de relación más importantes dentro de la población masculina:

2.5.1 A nivel familiar

Es notable que las relaciones comienzan a deteriorarse, la comunicación se vuelve escasa o nula con casi todos los miembros de la familia, se retira de eventos que con frecuencia le agradaban asistir e inventa excusas para alejarse de toda actividad, el cansancio es mayor que su necesidad de afecto, en hombres con pareja suele disminuir considerablemente su deseo de contacto físico y sexual. En el caso de los padres pierden autoridad y relación con sus hijos.

2.5.2 A nivel laboral y de jubilación

Regularmente en los hombres esta área les ocupa la mayoría de su tiempo, suelen tornarse en trabajadores compulsivos, siendo esta la mejor y más acertada e inconsciente excusa de escape a la realidad. En otros quizá el dejar toda relación laboral incluso se tornan improductivos es otra manera de reflejar su malestar. En cuanto al adulto mayor al momento de llegar a la jubilación y la pérdida de empleo son dos factores que pueden afectar la salud mental e incidir en patologías como estados depresivos mayores, demencia y delirium o estado de estrés agudo. Entre los factores nocivos internos se encuentra la disminución de las capacidades físicas y fisiológicas, enfermedades físicas y la falta de visión a futuro, sufrir insomnio, síntomas hipocondríacos y somatizaciones, entre otros, incluso a pensar o cometer suicidio.

2.5.3 A nivel social

Todo lo que era atractivo como deportes, fiestas o reuniones de cualquier tipo ya no son más de su interés, aunque en ocasiones para alejarse de la familia sucede todo lo contrario, tratan de asistir a todo evento social disponible para evadir conversaciones molestas y saciar el vacío que el estado de ánimo depresivo está creando en sus emociones.

2.6 Tratamientos psicoterapéuticos y multidisciplinarios para los trastornos del estado de ánimo en la población masculina

El primer paso para obtener el tratamiento apropiado es someterse a un examen físico médico. Algunos medicamentos, al igual que algunas enfermedades médicas tales como infección viral, trastorno de la glándula tiroides o un bajo nivel de testosterona pueden causar los mismos síntomas que la depresión, y el médico debe descartar estas posibilidades mediante un examen, una entrevista y análisis de laboratorio. Si estas posibilidades se descartan como causa de los síntomas depresivos, el médico o un profesional de la salud mental debe realizar una evaluación

psicológica para determinar si se trata de un estado patológico que determine alteraciones en el estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo, son un diagnóstico médico serio que afecta el organismo, el comportamiento y los pensamientos. Afecta la manera de comer y dormir, la percepción que uno tiene de sí mismo y la manera de pensar. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un sentimiento de decaimiento pasajero. No es una señal de debilidad personal ni una afección que puede desaparecer con sólo desearlo. Las personas que tienen trastornos depresivos no mejoran por sí solas. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Sin embargo, con un tratamiento apropiado, que generalmente incluye medicamentos y/o psicoterapia a corto plazo, la mayoría de personas que sufren de este trastorno tienden a mejorar considerablemente.

Una buena evaluación diagnóstica incluirá un historial completo de los síntomas, por ejemplo; ¿cuándo comenzaron? ¿cuánto duran? ¿cuál fue la severidad?, si el paciente los tuvo anteriormente, en ese caso, si los síntomas fueron tratados y cuál fue el tratamiento administrado. El médico debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además el historial debe incluir preguntas acerca de si otros miembros de la familia han sufrido trastornos depresivos y, si fueron tratados, qué tratamiento recibieron y si éstos fueron eficaces. Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si el habla, los patrones de pensamiento o la memoria han sido afectados, como algunas veces sucede en personas que sufren de trastornos depresivos.

El tipo de tratamiento dependerá del diagnóstico la severidad de los síntomas y la preferencia del paciente. Se ha comprobado que una variedad de tratamientos, inclusive medicamentos y psicoterapias a corto plazo, por ejemplo, terapias de diálogo o plática, son eficaces para combatir los trastornos depresivos. En general, los trastornos depresivos severos, especialmente los que son recurrentes, requerirán una combinación de tratamientos para obtener el mejor resultado.

La terapia cognitiva para la depresión fue desarrollada por Aarón Beck (1978). Esta psicoterapia se basa en una teoría que concibe la depresión como el resultado de unos patrones de

pensamiento negativos. Según el modelo cognitivo de Beck, las personas con estados depresivos tienden de forma involuntaria a desarrollar pensamientos negativos sobre sí mismos, sobre el mundo y sobre el futuro, lo que se denomina "tríada cognitiva". Esta forma de pensar, o "esquemas cognitivos", es relativamente estable a lo largo del tiempo, y a menudo ocurre de forma tan automática que la persona prácticamente no se da cuenta de ello.

El objetivo central de la terapia cognitiva es lograr modificar los estilos de pensamiento y razonamiento de las personas con este tipo de trastorno.

Inmersa en esta forma de pensar, la persona tiende a cometer "errores cognitivos", es decir, errores en el procesamiento de la información sobre el mundo y las cosas que le ocurren. Estos errores cognitivos son los que mantienen como válidos los esquemas o pensamientos negativos que se han desarrollado, incluso aunque exista evidencia en contra. Por ejemplo una persona con esquemas cognitivos negativos sobre sí mismo; "no sirvo para nada", cuando tiene éxito en alguna tarea o trabajo, tenderá a pensar que ha sido por factores ajenos a ella; "ha sido por suerte" o "era una tarea muy fácil", y de esta forma mantiene la validez de sus esquemas cognitivos negativos.

Por tanto, el objetivo central de la terapia cognitiva es lograr modificar los estilos de pensamiento y razonamiento de las personas. Mediante la colaboración con el psicoterapeuta, la persona aprende a reconocer sus patrones de pensamiento negativos y a reevaluar su forma de pensar e interpretar la realidad. Este método requiere de la práctica de ejercicios que ayuden a reconocer y modificar los pensamientos negativos. Poco a poco, la persona logra automatizar una forma más positiva de pensar sobre sí misma y el mundo, lo cual se traduce en una disminución de los síntomas depresivos.

Lo más importante es poder reconocer el problema porque la mayoría de los hombres no lo ven, puesto que su defensa psicológica más fuerte es la negación. Es importante que los hombres busquen ayuda, ya que solo la piden cuando se encuentran bajo mucha presión, e incluso cuando ya es demasiado tarde.

2.6.1 Tratamiento de los estados depresivos en la población masculina

Una vez diagnosticado un trastorno del estado de ánimo, el paciente debe iniciar el tratamiento, siendo en casi todos los casos una acción combinada de terapia farmacológica con apoyo psicológico. Es muy importante que antes de que el paciente inicie cualquier terapia, sea informado por su médico de la duración del tratamiento, los beneficios que se van a intentar alcanzar, y los efectos secundarios que se pueden desarrollar a lo largo del tratamiento.

2.6.2 Tratamiento farmacológico

De forma general, el tratamiento farmacológico se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En los pacientes diagnosticados como leve no se suele recurrir a terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo. Únicamente se recomienda en caso de fracaso de otras terapias, problemas médicos o psicológicos asociados, o historial previo de estados depresivos de moderado a mayor.

En los pacientes con estados depresivos de moderado a mayor, la terapia farmacológica se considera un tratamiento de primera línea, aunque existe un 38% de pacientes que al cabo de 6-12 semanas no presentan respuesta al tratamiento instaurado, y en un 54% de los pacientes no existe remisión de los síntomas. En el siguiente apartado detallaremos los principales grupos de fármacos antidepresivos con más detalles, así como sus efectos y las claves para aplicarlos.

2.6.3 Tratamiento psicoterapéutico

Las terapias psicológicas más empleadas por su carácter específico son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP).

La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado tan efectiva como la psicoterapia interpersonal (más lenta en lograr los objetivos que la TCC y la farmacoterapia) y la terapia farmacológica, lo

que la ha convertido en la terapia psicoterapéutica de elección en el abordaje de estados depresivos de moderado a mayor o resistente.

La duración de la terapia se amplía en función del tipo de depresión diagnosticada, la situación personal del paciente y la evolución de este. En pacientes con depresión grave o crónica, si la terapia psicoterápica se asocia a tratamiento farmacológico la efectividad siempre será superior a cualquiera de estas terapias por separado.

La terapia cognitivo-conductual, asociada al tratamiento de mantenimiento, contribuye a incrementar la efectividad del mismo para evitar la aparición recurrente. Esto es especialmente beneficioso para aquellos pacientes con antecedentes de recaídas, o que presentan síntomas residuales, ya que son los que tienen un mayor riesgo de sufrir de nuevo episodios depresivos.

2.6.4 Otros tratamientos

Autoayuda guiada: su objetivo es que los pacientes adquieran capacidades de autocontrol y manejo de la sintomatología de este trastorno. Se emplean tanto soportes bibliográficos, como materiales digitales. Aunque se ha demostrado buena efectividad en pacientes con estados depresivos leve-moderada, no se conocen los efectos a largo plazo.

Ejercicio físico: está demostrada la capacidad del ejercicio físico para mejorar el bienestar personal, tanto físico como psíquico. En los pacientes con estados depresivos leve-moderada, un programa de ejercicio de intensidad moderada, de 40 a 45 minutos, 2 a 3 veces a la semana, durante un periodo de 10 a 12 semanas, podría repercutir en una clara mejoría de la sintomatología depresiva.

Terapia electroconvulsiva (TEC): esta terapia consiste en provocar una crisis comicial generalizada (una convulsión), mediante la estimulación eléctrica del sistema nervioso central. A pesar de ser una terapia devaluada y denostada en sus inicios, actualmente se aplica bajo anestesia, y se considera efectiva en pacientes adultos con estados depresivos grave o resistente.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización práctica profesional dirigida

Para la presente investigación de la sistematización y en el proceso de la Práctica Profesional Dirigida se utilizó el método cualitativo, para el logro de los objetivos propuestos.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de sistematización de práctica profesional supervisada

Durante el proceso metodológico se hizo uso de diferentes técnicas como:

La observación

Técnica de mucho valor en el terapeuta pues se puede obtener información relevante del paciente a través de su lenguaje no verbal.

La entrevista

Esta técnica se utilizó tanto en la forma estructurada como en la no estructurada, la primera como herramienta para presentación de informe y la segunda para obtener información sin limitar al paciente en su relato y de esta manera obtener igualmente información principal al motivo de consulta.

Examen mental

Es una herramienta basada en la observación a detalle de la conducta física, emocional, verbal y conductual del paciente que proporciona otro tipo de información a nivel neoripsíquico del paciente.

Genograma

Técnica que proporciona una información clara sobre el historial familiar del paciente.

Test psicológicos

Recursos de evaluación cualitativa y cuantitativa sobre estados de ánimo, personalidad, y otros necesarios para un diagnóstico asertivo a través de la proyección e introyección del paciente.

Dentro de estos los más utilizados fueron:

- Figura Humana
- Familia
- Árbol
- CAQ
- Persona Bajo la Lluvia
- Frases Incompletas de Rotter
- CAT
- TAT
- Pintner Durost
- Escala de Depresión de Beck
- GAD7

3.3 Población atendida en el centro de práctica

En el Centro de Transformación Comunitaria San José Pinula se tuvo una población abundante y variada, cada estudiante debía realizar sesiones de cada 15 días para poder apoyar a la mayor cantidad de pacientes posibles, dentro de los atendidos personalmente se encuentran 3 niños y 3 niñas menores de 10 años, 1 adolescente, 5 mujeres de entre 30 y 65 años y 1 hombre.

3.4 Cronogramas de actividades realizadas

La programación general de la práctica se dividió en reuniones de clases magistrales y de supervisión los días jueves de 5:30 a 7:30pm impartido por la Licenciada Elsa Obregón y de acuerdo al centro y horario asignado cada estudiante obtuvo un horario distinto. En el Centro de Transformación Comunitaria San José Pinula, el horario de atención fue sábados de 8:00am a 12:00pm bajo la supervisión de la coordinadora Licenciada Lesbia Castillo.

3.4.1 Actividades normales de práctica

El desarrollo de la práctica se asignó primero en clase, con la metodología y los requerimientos necesarios para cada caso. Ya dentro del Centro de Transformación Comunitaria San José Pinula, se tuvo una encargada la cual transmitió la información a la población sobre el servicio de psicología a partir del mes de marzo. Fueron asignados a los pacientes a través de fichas previamente llenadas por los interesados y cada practicante tuvo la oportunidad inicialmente de elegir a los pacientes, luego por la afluencia ya se hizo por parte de la encargada.

Se organizó un horario y se atendió a 4 pacientes por día cada quince días, los pacientes fueron informados de sus fechas de consulta y estas les eran recordadas por la practicante vía telefónica.

La atención a los pacientes fue de manera profesional y cordial, supervisada desde el centro como por la asesora dentro de la universidad. Se realizó como requisito de la práctica un informe completo y muy estructurado de 5 de los casos, y para el Centro de Transformación Comunitaria San José Pinula se dejó un detalle de todos los casos atendidos, tanto los concluidos como los cerrados con asuntos pendientes.

3.4.2 Talleres y otras actividades especiales

Se realizaron dos talleres especializados a las necesidades más relevantes de las diferentes poblaciones atendidas, el primero fue dirigido hacia los adultos “*Factores que influyen en la crianza de los niños en sus diferentes etapas*”. Así mismo se realizó el segundo ya con los niños y adolescentes “*Inteligencia Emocional – Comunicación y Relaciones Intra e Interpersonales en la Adolescencia.*” En cada uno de ellos se realizaron diferentes actividades con el objetivo de fijar la información y lograr el autoconocimiento de sus diferentes capacidades y fortalezas.

3.5 Programa del curso de práctica profesional dirigida

Se localiza en anexos – (anexo 1 – pág. 50)

Siendo la catedrática del curso Licenciada Elsa Obregón

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Análisis de la investigación

La práctica profesional dirigida dentro del Centro de Transformación Comunitaria de San José Pinula, permitió la capacitación constante de profesionales en el área de la psicología clínica, todo este proceso realizado sirvió de guía para el análisis del presente trabajo de investigación que llevó a la pregunta de investigación ¿Qué factores intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina?

La investigación de este tema surge a raíz de la creencia popular de que la población masculina no posee facultades para expresar sus sentimientos y emociones de manera adecuada, por lo que se considera que esto provoca en ellos un aumento en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo.

En general la población masculina es percibida como el género fuerte y es así como de generación en generación se ha establecido, incluso se expresa en el interior de nuestro país la existencia del denominado machismo, por lo que estos no tienen ninguna probabilidad de expresión de tristeza, angustia o desesperanza aun cuando estén en momento de crisis, ya que si alguno de ellos logra hablar del asunto equivaldría a perder su tan resguardada hombría.

Es por esto que se considera importante que esta población no solo reconozca los signos, síntomas, causas o factores que intervienen en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo por el simple hecho de que existen, sino que la relevancia va mas allá, este trabajo está dirigido a prevenir los efectos nocivos dentro de la población, con el objetivo de mejorar relaciones con su ambiente tanto familiar como de trabajo entre otros y además de los riesgos físicos que esto conlleva.

4.2 Caso Clínico

I. Datos Generales:

Nombre:	E.L.Y.R.
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	11 de mayo de 1973
Edad:	40 años
Estado civil:	Casado
Escolaridad:	Radio Técnico – 6°. Primaria
Religión:	Católico
Dirección:	
Teléfono:	
Referido Por:	Buckner – San José Pinula
Fecha de inicio del Proceso terapéutico:	11 de mayo de 2013

II. Motivo De Consulta:

“Me siento solo y deprimido, ningún día me parece que tenga algo bueno”

III. Historia del Problema Actual:

- a. **Fecha de inicio y duración:** El paciente refiere que no tiene idea de cuándo inició con los síntomas de tristeza y soledad. Sin embargo refiere sentirse solo la mayor parte del tiempo, le desagradan los días lluviosos pues para él representan tristeza. No se percibe capaz de ser padre a pesar de llevar 8 años de matrimonio, además refiere no estar seguro de amar a su esposa, aunque la ha respetado siempre. Consideró recibir apoyo psicológico al observar a su madre y hermana hacerlo.
- b. **Estresores o factores precipitantes:** Refiere que está cansado de sentirse así todo el tiempo y que necesita apoyo para lograr mejorar su propia vida ya que piensa que por alguna razón debe seguir con vida.
- c. **Impacto del problema:** Para el paciente su vida no tiene sentido, ningún día le hace sentirse seguro, ni feliz, cree no estar disgustado con nadie sin embargo ha perdido toda comunicación familiar, (hermanos y padre) con la única que mantiene un lazo levemente afectivo es con su madre, el paciente presenta sentimientos de tristeza y frustración. Prácticamente nada le hace sentido ni siquiera su relación matrimonial. No ha logrado establecerse como trabajador dependiente durante 6 años.

IV. Historia Clínica:

A) Personales no patológicos:

1. Historia prenatal: Refiere ser el segundo de 3 hermanos, y según le ha comentado su madre no hubo complicaciones en el parto y su desarrollo fue adecuado a pesar de vivir en un ambiente de escasos recursos económicos.

2. Nacimiento: Su madre le ha comentado que todo al nacer se presentó sin complicaciones.

3. Evolución neuropsíquica: No se tienen datos exactos, sin embargo refiere que su desarrollo no tuvo mayor complicación.

4. Evolución del lenguaje: No cuenta con datos exactos sin embargo refiere que su evolución ha sido satisfactoria.

5. Desarrollo escolar: Tuvo dificultades económicas para sus estudios, sin embargo su desarrollo fue bueno hubiese deseado seguir estudiando pero no fue posible.

6. Desarrollo social: No tiene muchas amistades, su relación más cercana es con su mamá y esposa, aunque asiste a un grupo espiritual donde se apoya a los jóvenes de la comunidad.

7. Historia Psicosexual: Su desarrollo fue adecuado, no tuvo novias, su esposa llegó a vivir con ellos por razones de apoyo hacia ella, luego de un tiempo tuvo relaciones sexuales y de ahí comenzaron a vivir como marido y mujer, luego de 4 años se casó con ella.

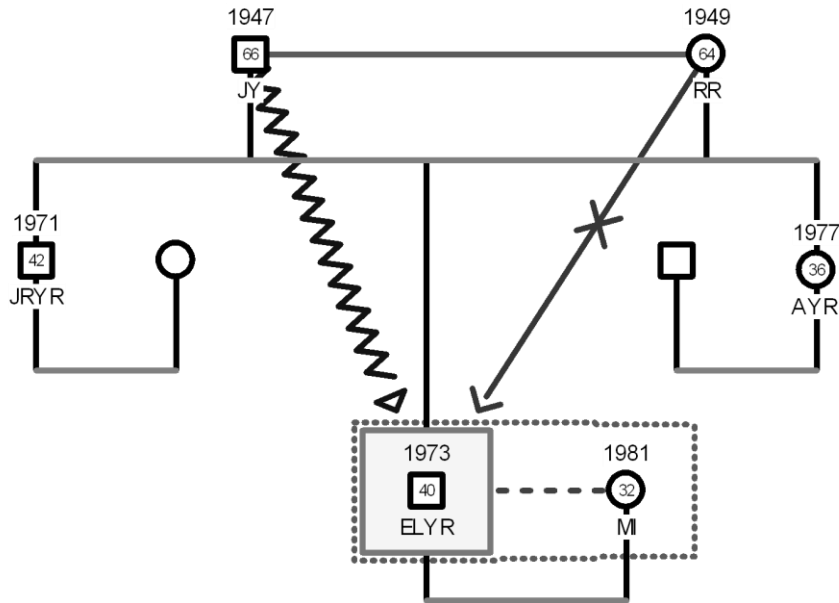
B) Personales patológicos:

1. Historia médica: El paciente no tiene referencia de vacunación, refiere además que ha sido muy sano y no asiste al médico con ninguna regularidad.

2. Antecedentes de trastornos emocionales o mentales anteriores: No se refiere ninguno.

V. Historia Familiar

1. Genograma



2. Estructura familiar: La familia nuclear está constituida por el paciente **E.L.Y.R.** y su esposa **MI**, únicamente tiene relación “manipuladora” según refiere el paciente de su madre hacia él, la relación marital no es estable y considera que su padre únicamente le habla para ofenderle.

3. Antecedentes familiares: Viene de una familia de muy escasos recursos económicos, sin embargo refiere que su padre pagó los estudios de su hermano mayor y propio con esfuerzo. Su hermano deja los estudios por huir con la novia y luego de eso el padre ya no paga más los estudios de nadie, su madre con sacrificio “tortillera” paga un técnico para que él logre ser “alguien en la vida”, se considera responsable de pagarle a su mamá ese sacrificio.

Considera además que sus hermanos no le tienen ningún cariño por esta situación y que no le es necesario contar con ello. Sus padres actualmente viven en una casita que él les construyó en un terreno de su propiedad.

4. Antecedente familiar relacionado con problemas mentales: No tiene conocimiento de ninguno.

VI. Examen del Estado Mental:

1. Presentación

- a. **Nivel de conciencia:** Mantiene concentración adecuada.
- b. **Aspecto general:** Complexión media, estatura baja, tez morena, higiene y arreglo personal adecuado, semblante bajo y de aspecto triste, lento al caminar.
- c. **Actitud:** Responde amable y de acuerdo a lo que se le pregunta. No muestra resistencia aunque si inseguridad.

2. Conducta motora y estado afectivo:

- a. **Conducta motora:** Sus movimientos son congruentes con la situación, no se observa dificultad motora, aunque camina lento.
- b. **Afecto:** Expresión facial congruente con el relato, volumen de voz adecuado.

3. Estado Cognoscitivo:

- a. **Atención:** Mantiene atención constante y satisfactoria.
- b. **Concentración y vigilancia:** Concentración adecuada. Mantiene un estado de vigilia satisfactorio.
- c. **Orientación:** Adecuada en tiempo, persona y espacio.
- d. **Lenguaje:**
 - **Fluidez:** Habla con lentitud aunque congruentemente.
 - **Comprensión:** No se le dificulta comprender conceptos y relacionarlos.
 - **Repetición:** Puede repetir sin dificultad frases y conceptos.
 - **Designación:** Utiliza términos apropiados la mayoría de veces.
- e. **Memoria:** Memoria visual inmediata, memoria auditiva inmediata y remota, todas satisfactorias.
- f. **Razonamiento:** Se nota influenciado por los síntomas actuales que padece, se observa tendencia a evadir sus problemas actuales así como a maximizarlos, resistencia a mostrar emociones.

4. Pensamiento:

- a. **Proceso:** No se observan incoherencias en el mensaje, de contenido lógico.
- b. **Contenido:** Se observan preocupaciones que interfieren con atención, concentración.
- c. **Introspección:** Sabe que tiene dificultades, no sabe cómo enfrentarlas y evade aspectos específicos.

5. Estado de ánimo: Muestra congruencia entre afecto y contenido del pensamiento. Expresa su estado de ánimo real sin dificultad.

VII. Resultados de las Pruebas: Durante las pruebas el paciente se mostró colaborador, tuvo dificultad emocional en la prueba de la familia, no al momento de realizarla sino al momento de compartir sobre ella.

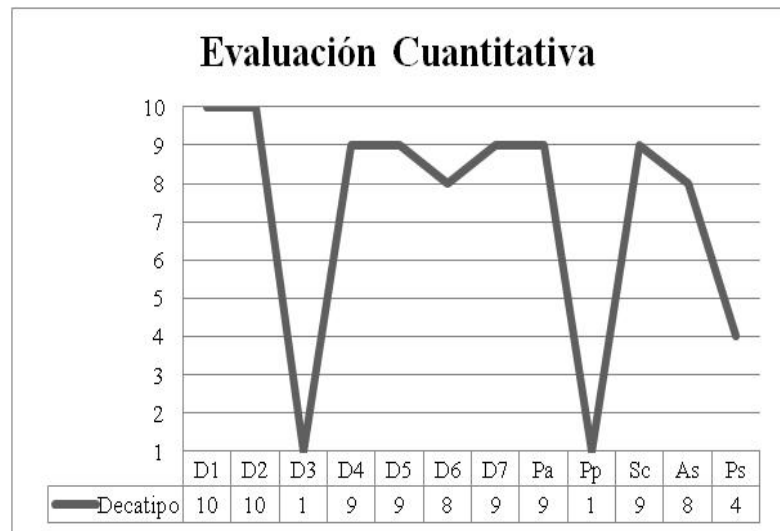
Pruebas Aplicadas

Prueba	Fecha de Aplicación
CAQ	25/05/2013
Figura Humana	08/06/2013
Árbol	08/06/2013
Inventario de Depresión de Beck	22/06/2013
Familia	06/07/2013

1. CAQ

Evaluación Cuantitativa:

Escala	Puntuación Directa	Decatipo
D1	4	7
D2	3	7
D3	5	2
D4	9	6
D5	6	6
D6	8	6
D7	5	7
Pa	6	6
Pp	11	4
Sc	6	7
As	10	4
Ps	6	7



Evaluación Cualitativa:

El paciente refleja excesiva preocupación por sus funciones corporales y de salud, una marcada insatisfacción de vida y pensamientos autodestructivos. No refleja ninguna necesidad de tomar riesgos ni sentido de excitación.

Además de presentarse como una persona desorientada con sentimientos de incapacidad de enfrentarse a las exigencias inmediatas, presenta una depresión de media a severa con posible trastorno, refleja resentimientos guardados así como sentimientos de culpa, y mucha inseguridad en sí mismo. Tendencia a evitar trato con los demás lo que nos puede reflejar conducta poco sociable, alejado de la realidad y ansioso.

2. Test de la Figura Humana

Se proyecta en ambas figuras sentimientos de inseguridad y necesidad de afecto. Además de timidez, inseguridad y ansiedad. Bajo nivel de energía en sus trazos reflejando además tendencias agresivas. Privación en afecto maternal.

3. Test del Árbol

Se refleja en esta prueba deseos de comunicación opresión y angustia, conducta a la defensiva. Instintos controladores rasgos obsesivos, refleja además agresión en retrospectiva. Aferrado al pasado, sentimientos de culpabilidad y abandono, necesidad de vinculación paterna.

4. Test de la Familia

La prueba refleja necesidad de lazos reales afectivos entre los miembros de la familia. Así como la necesidad de afecto y superación en aspectos de vinculación familiar. Predominando siempre la agresividad y tendencias al pasado.

5. Inventario de Depresión de Beck

Evaluación Cuantitativa: 28 pts. El paciente se encuentra en el rango considerado “moderada”

Puntuación	Nivel de Depresión
1-10	Altibajos considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de animo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema

Este test se aplicó para confirmar si el paciente efectivamente ha mejorado su estado anímico, reflejando una leve mejoría, pues pasó de grave a moderada según reflejo el CAQ. Aunque se encuentra en el límite de la puntuación.

VIII. Otros Estudios Diagnósticos: Ninguno

IX. Impresión Diagnóstica:

Se observó en el paciente un manejo inadecuado de sus emociones. Con una depresión de moderada a mayor. Aun cuando refleja tranquilidad su aspecto facial refleja la tristeza profunda que el paciente expresa.

Lo que le ha causado alejamiento de su familia paterno filial por mucho tiempo, además ha sido inseguro al momento de conseguir un empleo de tiempo completo por sentirse incapaz de lograrlo, teniendo una percepción de incapacidad y baja autoestima. El paciente muestra personalidad pobremente integrada, regresión debida a serias perturbaciones emocionales y autoimagen inadecuada.

X. Evaluación Multiaxial:

EJE I	F34.1 Trastorno Distímico [300.4] F93.3 Problema de relación entre hermanos [V61.8] Z56.7 Problema laboral [V62.2]
EJE II	Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]
EJE III	Sin diagnóstico
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Perturbación familiar por descuido de su padre en cuanto al apoyo de sus estudios, debido al mal comportamiento de su hermano. Problemas de relación entre hermanos: Alejamiento y falta de comunicación entre hermanos. Problemas laborales: Pérdida del trabajo, inseguridad de realizarse como un trabajador dependiente en la actualidad.
EJE V	EEAG Actual 51-60

XI. Recomendaciones:

1. Por el momento se recomienda estimular al paciente a iniciar su proceso terapéutico de acuerdo al plan terapéutico asignado así como las diferentes tareas para su casa. Basado en las técnicas de CONDUCTUAL, COGNITIVA E INTERPERSONAL, logrando el fortalecimiento de conductas adaptativas y reducción de las inadaptativas, así como en habilidades interpersonales y familiares para disminuir la ansiedad y depresión.
2. Así mismo es recomendable la combinación de técnicas de terapia GESTALT vivenciales para conectar al paciente con su presente y con sus emociones, a través del plan de vida desarrollado por el mismo, en los ámbitos familiar, social, laboral y espiritual. Con estas técnicas se trabaja especialmente, la frustración e inseguridad que el paciente maneja actualmente.
3. Se le ha recomendado al paciente realizarse un chequeo médico general, con el objetivo de obtener apoyo para el control de la depresión y de ser necesario medicarlo.

XII. Presentación del Plan Terapéutico

Problema clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Problemas del estado de ánimo Trastorno Distímico	Establecer un fortalecimiento de la propia valía y de la capacidad para funcionar como persona integral y así controlar sus problemas respecto a su estado de ánimo y baja autoestima.	Se utilizarán técnicas variadas cognitivas, conductuales e interpersonales, de modo que el paciente logre un fortalecimiento integral en su estado de ánimo.	Se realizarán las técnicas durante un periodo de 8 sesiones, se asignarán tareas para casa.
Conflicto de relaciones familiares e interpersonales Problema de relación entre hermanos Problema laboral	Apoyar al paciente para reconocer sus capacidades y que las limitantes son solo obstáculos que debe superar.	Se utilizarán técnicas gestálticas a través de un proyecto de vida. Técnicas variadas cognitivas, conductuales, intra e interpersonales	Se realizará las técnicas durante un periodo de 5 sesiones, se asignaran tareas para casa.

Objetivo	Técnicas GESTALT	Recursos
Apoyar al paciente para reconocer sus capacidades y que las limitantes son solo obstáculos que debe superar.	<p>El darse cuenta. A través de un plan de vida, el paciente revelará cuáles son sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, en sus ámbitos personal, familiar, espiritual y laboral. Además el proyecto incluye el uso de principios y valores que él deberá poner en práctica.</p> <hr/> <p>A través de lecturas sobre límites, en su propio actuar y hacia los demás, se le darán herramientas psicoeducativas al paciente</p>	<p>A través de un formato escrito se le darán las indicaciones del desarrollo del plan. Se revisará paso a paso durante la sesiones.</p> <p>Pequeñas lecturas quincenales. Se evaluará la comprensión de las mismas durante las sesiones.</p>

Objetivo	Técnicas	Recursos
<p>Establecer un fortalecimiento de la propia valía y de la capacidad para funcionar como persona integral y así controlar sus problemas respecto a su estado de ánimo y baja autoestima.</p>	<p><u>COGNITIVA</u></p> <p>Se darán lectura sobre la depresión y sus efectos a manera de psicoeducación para comprensión del paciente y autoreflexión.</p> <p>Biografías de personajes reales que han superado su estado emocional y económico.</p> <p>Films relacionados al tema.</p> <hr/> <p><u>CONDUCTUAL</u></p> <p>Autoregistro de conductas adaptativas e inadaptables</p> <hr/> <p><u>INTRA E INTERPERSONAL</u></p> <p>Afrontamiento</p> <p>Relacionar lo presente con lo pasado y futuro</p> <p>Identificación de áreas problemáticas principales</p>	<p>Cada sesión se le otorgará al paciente lecturas sobre, la depresión y o personajes que han logrado superarla.</p> <p>Hojas de registro semanal, se revisarán y discutirán en cada sesión.</p> <p>A través de cada sesión se irán discutiendo temas sobre la depresión y comportamiento del paciente según sus registros semanales. Además se irán identificando debilidades, fortalezas, mejoras y estancamientos, relacionándolos entre sí.</p>

4.3 Logros

Como estudiante de la carrera de Psicología, la experiencia en el campo de atención fue no solo de soporte a la profesión sino al desarrollo como persona, lograr la comprensión de la necesidad fuera del contexto de estudio y enfrentar la realidad de las comunidades, así mismo ampliar las expectativas de apoyo como profesionales en las ciencias humanitarias.

El proceso de este caso fue muy especial, por haber sido el único varón adulto que se atendió durante toda la práctica. Al principio fue todo un desafío, relativamente fácil de superar, por la idea prejuiciosa de que los hombres siempre han sido valientes y capaces de afrontar cualquier situación en la vida. Sin embargo este caso no fue el típico caso de los hombres. Su afección reflejó superar cualquier expectativa de progreso a corto plazo.

Actualmente con las técnicas otorgadas y bajo la recomendación de continuar un tratamiento multidisciplinario adecuado para una mayor efectividad en su recuperación, el paciente posee herramientas para lograr sostenerse en situaciones de riesgo, logró reconocer en sí mismo un valor que según él ya no poseía y que percibía no lograrlo jamás. Es de mucha importancia el confiar en los pacientes y sus capacidades para una buena resolución de un caso que a juicio del terapeuta parece complicado.

Otros logros como profesional fueron:

- Afrontar los diferentes tipos de afecciones y la perspectiva de cada paciente cara a cara.
- Se acrecentó el deseo como profesional de adquirir nuevos conocimientos y técnicas efectivas para atender adecuadamente al paciente.
- Ejecutar a través de esta práctica, los conocimientos previamente adquiridos durante el proceso de la carrera.

4.4 Limitaciones

Básicamente el mayor conflicto fue el espacio, no por el tamaño en sí, sino por falta de privacidad, ya que el centro es utilizado para otras áreas de enseñanza y capacitaciones, cada cambio de período con los estudiantes de idioma inglés se convertía en un distractor para los pacientes, especialmente en momentos de conversaciones íntimas y expresiones emocionales fuertes.

Con relación al paciente tratado en este caso, el hecho de ser hombre como él mismo en algunas ocasiones expuso, -*“los hombres no lloran”*- le fue complicado expresar su emocionalidad en este sentido, aun cuando las circunstancias de su narración, pudieron llegar al borde del llanto, el paciente lo contuvo casi todo el tiempo. Hubo al inicio mucha resistencia. Algo muy impactante, fue el hecho de no aceptar su propia necesidad de una terapia, según refirió desde un inicio - *“debo dejarle claro que estoy acá porque mi esposa me lo pidió”*-. Aunque expresiones y acciones como estas son muy comunes en este tipo de población atendida.

Conclusiones

- Dentro de los factores que generan el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en la población masculina se puede indicar que el factor genético y el fisiológico están fuera del control como individuo, por lo que su activación se opera a través de una incidencia imperceptible provocando que la prevalencia aumente y que además el tratamiento no sea solo psicológico.
- Al momento de la identificación de las causas que intervienen en el aumento de la prevalencia en los trastornos de estado de ánimo en la población masculina, se refleja que las más frecuentes son los factores familiares y laborales, pues es donde estos sostienen sus relaciones más allegadas.
- Con relación los efectos nocivos de los trastornos del estado de ánimo de la población masculina en su convivencia interpersonal, se llegó a la conclusión que la falta de información y desconocimiento provoca relaciones inestables y una mala salud física.
- Los tratamientos multidisciplinarios que logran intervenir para los trastornos del estado de ánimo en hombres, son una herramienta muy utilizada en la actualidad que ha logrado en los pacientes una recuperación a corto y mediano plazo.
- La elaboración del afiche fue un aporte muy bien aceptado por el Centro de Transformación Comunitaria de la Fundación Buckner Guatemala en San José Pinula, ya que comprenden y comparten la necesidad de información para la población masculina de municipio.

Recomendaciones

- Cuando se trata trastornos del estado de ánimo en factores genéticos o fisiológicos es de mayor importancia tomar acción en cuanto a buscar ayuda de un especialista, es por esto que es necesario la psicoeducación del paciente en todo tipo de estado de ánimo que este refleje ya que para esta población, son casi imperceptibles los efectos del mismo pues por lo general estos se dan hacia sus relaciones interpersonales a excepción de cuando su salud se ve afectada.
- Al reconocer síntomas de un estado de ánimo depresivo es necesario solicitar apoyo, sobre todo de los más cercanos, familia y amigos. Este tipo de trastornos no se debe tomar a la ligera como una emoción más, pues sus consecuencias sin la ayuda de un profesional son de vida o muerte.
- Una vida más activa al momento de ser diagnosticado es la mejor recomendación. Lo importante es comenzar, y aprovechar el apoyo de otras personas, salir a caminar en compañía es un buen comienzo. Y por supuesto el apoyo psicoterapéutico.
- El uso de un equipo multidisciplinario en el campo de la psicología como en cualquier otra rama profesional, es recomendable, pues este sistema es de mucho beneficio para el restablecimiento de la salud tanto física como mental en un periodo más corto.
- La información con los afiches debe no solo distribuirse en las cercanías del Centro de Transformación Comunitaria de la Fundación Buckner Guatemala en San José Pinula, sino en las comunidades cercanas al lugar para difundir la información a la mayor cantidad de población posible.

Referencias

Bibliografía

- Arean, P. (2000) "Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones". Psicología conductual, 8, 547-559.
- Asociación Psiquiátrica Americana - A.P.A.: (1996) "Tratado de Psiquiatría". Ancora S.A., Barcelona, Cap. 13: Trastornos del estado de ánimo.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002) "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)" Washington D.C.: A.P.A. Cap. Trastornos del estado de ánimo.
- Beck, A. (1978) "Inventario de depresión de Beck", en Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G.: (1983) "Terapia Cognitiva de la Depresión", Desclee de Brouwer, Bilbao-9.
- Beck, A. y Steer, R.: (1993) "Escala de desesperanza de Beck", The Psychological Corporation, Texas.
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G.: (1983) "Terapia Cognitiva de la Depresión", Desclee de Brouwer, Bilbao-9. Cap. 1: Visión General, Cap. 2. El papel de las emociones en la terapia cognitiva.
- Clemente, M. y González, A. (1996) "Suicidio. Una alternativa social", Biblioteca Nueva, Madrid. Cap. 2 y 4.
- Craighead, W. E.; Hart, A. y Madsen, J. W. (2000) "Estado actual de la recaída / recurrencia de la depresión mayor", Psicología Conductual, 8, 525-545.
- Craighead, W., Kazdin, A. y Mahoney, M.: (1981) "Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones", Omega S.A., Barcelona.
- Freeman, A. y Reinecke, M.: (1995) "Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida", Desclee de Brouwer S.A., Bilbao. Cap. 3 y 8.
- Limiñana Gras, R. y Corvalán Berná, F. (2007) "Intervención en un caso de duelo y adaptación a la pérdida", en Olivarez Rodríguez, J.; Espada Sánchez, J. y Méndez Carrillo, F. "Terapia Psicológica. Casos Prácticos" (2007) Ediciones Pirámide, Madrid.

- López, A. (2003) "Trastorno afectivo bipolar", EDAR S.A. Madrid. Segunda parte (págs. 109-199).
- Maldonado, A.; Luque, G. Y Herrera, A.: (1999) "Cognición, estilo atribucional y depresión", Ansiedad y Estrés vol. 5 (2-3): 161-173.
- Maldonado, Antonio ((1998) "Aprendizaje, cognición y comportamiento humano", Biblioteca Nueva, Madrid. Cap. 12: La indefensión aprendida: comportamiento depresivo y fracaso escolar.
- Mesa Cid, P. (1999) "Fundamentos de psicopatología general". Pirámide. Madrid. Cap. 7: Psicopatología de la afectividad.
- Mingote Adán, J. y col. (2004) "Suicidio. Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica", Díaz de Santos, Madrid. Cap. 2, 4, 5, 6 y 11.
- Moerk, K. y Klein, D. (2000) "Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica", Psicología Conductual, 8, 511-523.
- Navarro Arias, R. (1990) "Psicoterapia antidepresiva", Trillas, México. Cap. 5: Las actividades placenteras y el buen humor, Cap. 6: La modificación de las interacciones sociales depresivas y Cap. 9: Los roles falsos y las manipulaciones depresivas.
- Olivarez Rodríguez, J.; Espada Sánchez, J. y Méndez Carrillo, F. "Terapia Psicológica. Casos Prácticos" (2007) Ediciones Pirámide, Madrid.
- Overmier, B.: (1986) "Lecciones de desesperanza aprendida", Revista Latinoamericana de Psicología, 18:3.
- Pérez Álvarez, Marino y García Montes, J. (2003) "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión" en Pérez Álvarez, M. y col. (2003) "Guía de tratamientos psicológicos eficaces", Ediciones Pirámide, Madrid.
- Robert E. Thayer "El origen de los estados de ánimo cotidianos" E. Paidós.1998
- Rozenweig, M., Leiman, A. y Breedlove, S. (2001) "Psicología Biológica", Editorial Ariel. Barcelona. Págs. 610-619.
- Seligman, M.: (1990) "El optimismo se adquiere", Atlántida, Buenos Aires, Cap. 3: Explicando la desdicha

- Sinay, Sergio. Esta noche no, querida. “El derecho del hombre a cambiar las reglas del juego“ Beas Ediciones. Buenos Aires, 1992. Pág. 43,46.
- Tillit Montepeque, L. V. “Factores psicosociales que influyen y reproducen la cultura machista en Guatemala, desde la percepción de las organizaciones sociales” Escuela de ciencias psicológicas 2005, Universidad de San Carlos de Guatemala
- Vázquez, F.; Muñoz, R. y Becoña, B. (2000) “¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?”, Psicología Conductual, 8, 561-591.
- Vázquez, C. (2007) “Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor” en Olivarez Rodríguez, J.; Espada Sánchez, J. y Méndez Carrillo, F. "Terapia Psicológica. Casos Prácticos" (2007) Ediciones Pirámide, Madrid.
- Vázquez, C. y col. (2006) “La evaluación de la depresión en adultos”, en Caballo, V. (2006) Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Vázquez, C. y Sanz, J.: “Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos”, en Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F.: (1995) "Manual de Psicopatología", vol. 1, McGraw-Hill / Interamericana de España, Madrid.
- Vázquez, L; Muñoz, F. y Becoña, E. (2000) “Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX”. Psicología Conductual, 8, 419-449.
- Zúñiga, A., Sandoval Villegas, M., Urbina Torres, C., Juárez, N. y Villaseñor Bayardo S. (2005) “Los trastornos del estado de ánimo”, Volumen 6 Número 11 • ISSN: 1067-6079

Anexos

Anexo 1

- Programa Práctica Profesional Dirigida



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
 PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso: <u>Práctica IV -Profesional Dirigida-</u>	Ciclo: <u>2013</u>
Pre-Requisito: <u>Práctica I, Práctica II, Práctica III</u>	Código: _____
Trimestre: <u>X</u>	Jornada: _____
Sede: _____	Horario: _____

Mes	Año		
Enero	2013		
Fecha de Recepción		Sello de Registro y Control Académico	Vo.Bo. Decanato

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos
 Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- 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 deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica.
Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación
Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

Anexo 2

- Carta de realización de la práctica



BUCKNER
INTERNATIONAL GUATEMALA

Guatemala
31 de Octubre de 2013

Señores
Universidad Panamericana de Guatemala
Presente.

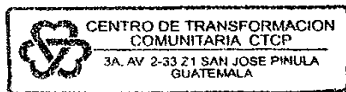
Estimados Sres.:

Por este medio hacemos de su conocimiento que la estudiante Lisbeth Xiomara Mayén Lara Realizó sus prácticas satisfactoriamente en el Centro de Transformación Comunitaria en San José Pinula desde marzo y finalizará en noviembre del presente año.

Y para los usos que a la interesada convengan extendemos y firmamos la presente.

Atentamente,

Licda. Lesbia Castillo
Encargada



Buckner International Guatemala

Lote 15, Manzana G, Sector B-3, Zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal, Guatemala, Centro América
Telefax: (502) 2480-7345 (502) 6660-0521 • www.buckner.org

Anexo 3

- Carta de entrega aporte a la institución
- Formato de afiche para aporte

Guatemala,
23 de noviembre de 2013

Licenciada
Lesbia Castillo Oliva
Encargada de CTC San José Pinula
Asociación Buckner Guatemala
Presente.

Estimada Licda. Lesbia:

Por este medio agradezco profundamente la oportunidad otorgada de ser parte de la práctica psicológica dentro del centro que dirige. Ha sido una experiencia además de agradable y satisfactoria muy enriquecedora como profesional y como persona.

En el proceso de cierre del pensum estamos realizando una sistematización de la Práctica Profesional Dirigida y parte de este es entregar un aporte hacia la institución que tan amablemente nos abrió las puertas.

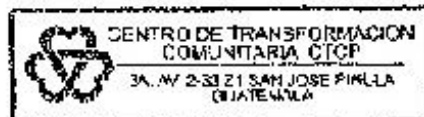
Por lo que por este medio hago entrega de 5 afiches para las diferentes sedes de la Asociación Buckner Guatemala, con el tema "*Estado de Ánimo Depresivo en Hombres*" como referencia, la elección de este fue basada en uno de los casos atendidos que formó parte importante del proceso de aprendizaje personal y motivo de investigación.

Espero sea de utilidad y apoyo a la problemática relacionada. Le reitero mi agradecimiento y ha sido un honor colaborar con ustedes.

Cordialmente.

Xiomara de Zamora

Lisbeth Xiomara Mayén Lara
Estudiante – Practicante
Psicología Clínica y Consejería Social
Universidad Panamericana





ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO EN HOMBRES

VIVIR SIN
AFRENTAR
ES MEJOR

SÍNTOMAS

- ✓ PERSISTENTE TRISTEZA, ANSIEDAD O SENTIRSE VACÍO
- ✓ SENTIMIENTOS DE DESESPERACIÓN, PESIMISMO
- ✓ SENTIMIENTOS DE CULPA, INUTILIDAD, IMPOTENCIA
- ✓ PÉRDIDA DE INTERÉS EN PASATIEMPOS FAVORITOS
- ✓ PÉRDIDA DE INTERÉS EN RELACIONES SEXUALES
- ✓ FALTA DE ENERGÍA, FATIGA, DEJAEZ
- ✓ DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE Y TOMAR DECISIONES, MALA MEMORIA
- ✓ CAMBIOS EN EL APETITO Y/O PESO
- ✓ PENSAMIENTOS DE MUERTE
- ✓ INQUIETUD, IRRITABILIDAD
- ✓ INSOMNIO

CAUSAS

- POR HERENCIA - POR EL AMBIENTE QUE LO RODEA
- PROBLEMAS FAMILIARES - PROBLEMAS DE TRABAJO
- POR ALGUNA ENFERMEDAD - PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

TRATAMIENTOS

- AYUDA MÉDICA
- TERAPIAS PSICOLÓGICAS

EFFECTOS

- RUPTURA DE RELACIONES ENTRE FAMILIA Y AMIGOS
ENFERMEDADES FÍSICAS TALES COMO :
- ✓ TRASTORNOS DIGESTIVOS
 - ✓ DOLORES DE CABEZA
 - ✓ DOLORES DE PECHO
- Y EN CASOS EXTREMOS INTENTOS DE SUICIDIO

ERES RESPONSABLE DE TU VIDA Y DE CÓMO DESEAS VIVIRLA
PEDIR AYUDA TAMBIÉN ES COSA DE HOMBRES.

