

PPD-ED-69
R558
C.2

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias de la Educación
Licenciatura de Psicología y Consejería Social



**Violencia y Abuso Sexual en Adolescentes,
Practica realizada en el "Refugio de la Niñez"
(Práctica Profesional Dirigida)**

Graciela Norma Riera

Guatemala, Enero 2011



15 FEB 2011

BIBLIOTECA UPANA I. 16,661 C.2
Q.100.-

**Violencia y Abuso Sexual en Adolescentes,
Practica realizada en el “Refugio de la Niñez”
(Práctica Profesional Dirigida)**

Graciela Norma Riera (Estudiante)

Licenciada Cynthia Brenes (Asesora)

Guatemala, Enero 2011


DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA


ASUNTO: Graciela Norma Riera
Estudiante de la Licenciatura en
Psicología y Consejería Social de
esta Facultad, solicita Autorización
para realizar Práctica Profesional
Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Guatemala, febrero 2010

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar Informe Final de Práctica Dirigida. Que es requerido para obtener el título Licenciatura en Psicología y consejería Social resuelve:

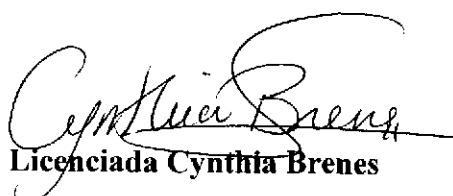
1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Violencia y Abuso Sexual en Adolescentes, Práctica realizada en el "Refugio de la Niñez"**, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo Cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art.9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cynthia Brenes como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
Guatemala, 23 de octubre del año dos mil diez.

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Violencia y Abuso Sexual en Adolescentes, Practica realizada en el "Refugio de la Niñez"** presentado por la estudiante: **Graciela Norma Riera** quien se identifica con número de carné 0601514 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

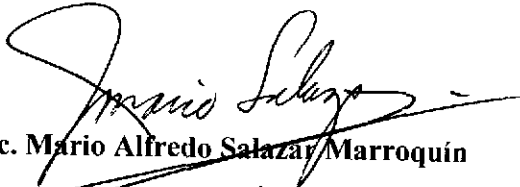

Licenciada Cynthia Brenes

Asesora



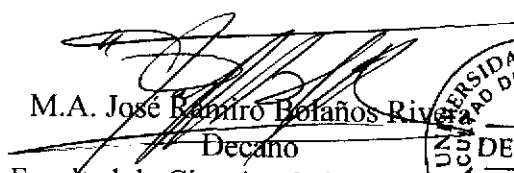
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN, Guatemala, a los veintisiete días del mes de noviembre del año dos mil
diez.-----

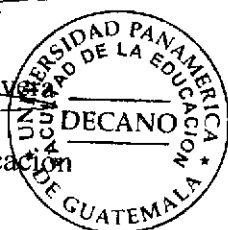
En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Violencia y Abuso Sexual en
Adolescentes, Practica realizada en el "Refugio de la Niñez"**. Presentado por la
estudiante: **Graciela Norma Riera**, previo a optar al grado Académico de Licenciada
en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido
establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que
se continúe con el proceso correspondiente.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA EDUCACION. Guatemala a los siete días del mes de enero del dos mil diez.-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Violencia y Abuso Sexual en Adolescentes, Práctica realizada en el "Refugio de la Niñez"**, Presentado por la estudiante **Graciela Norma Riera**, 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, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE LA EDUCACION
DECANO
UNIVERSIDAD PANAMERICANA
DE GUATEMALA

Contenido

Resumen	5
Introducción	6
Síntesis Descriptiva	7
Capítulo I Marco de referencia	
1.1. Descripción de la Institución	8
1.2. Misión	10
1.3. Visión	11
1.4. Organigrama	11
1.5. Objetivos	12
1.6. Población que se atiende	12
1.7. Planteamiento del problema	14
Capítulo II	
Referente teórico	15
Capítulo III	
Referente Metodológico	
3.1. Programa de Práctica Profesional	67
3.2. Cronograma de actividades	69
3.3. Informes mensuales	70
Capítulo IV	
Presentación de resultados	
4.1. Programa de atención a casos	90
4.2. Programa de elaboración de proyectos de salud mental	92
4.3. Gráficas y análisis de resultados	93
Conclusiones	94
Recomendación	100
Referencias	102
Anexos	
Anexo 1 Carta de solicitud de práctica	105
Anexo 2 Horas de práctica supervisada	107
Anexo 3 Imágenes	109

Anexo 4 Formularios utilizados	112
Anexo 5 Material del Taller impartido	117
Anexo 6 Material de un caso clínico	123

Resumen

El presente Informe contiene la experiencia realizada a nivel terapéutico clínico, en una Institución como parte de la práctica profesional requerida en el quinto año de la Licenciatura de Psicología y Consejería Social.

El Informe expone de manera articulada en los diferentes capítulos, la labor realizada en los variados niveles de intervención clínica, sean estos referentes a procesos terapéuticos, con su evaluación psicológica, intervención en crisis y talleres implementados.

El mismo se ha ejecutado en la Institución El refugio de la Niñez, cito en la Ciudad de Guatemala, el cual alberga niñas de 13 a 17 años, derivadas por la PNC y/o denuncias privadas, las cuales son sometidas a un proceso judicial para ser reintegradas a familias de origen o sustitutas.

La práctica profesional se desarrolló en un período de Enero a Septiembre del año 2010, ofreciendo una alta gama de oportunidades de implementación de los conocimientos en un ámbito particular, el cual, aporta experiencias únicas para el aprendizaje en experiencias clínicas, como profesional del área de la salud.

Introducción

Actualmente Guatemala, presenta un abanico de múltiples problemas a nivel económico, social, educacional y de seguridad. De lo que va del año 2010, ya se contabilizan un total de 4.200 muertes por asesinatos, y esto es sólo un dato, aunque significativo, que demuestra los niveles de incertidumbre, desprotección e inestabilidad que se viven.

Sumada a esta realidad, la educación todavía dista de encontrar un punto de equilibrio entre derecho y oportunidad, y las coyunturas económicas desbordan en una masa de trabajadores cada vez con menos oportunidades de superar estatus de calidad de vida.

Si la educación define a un país, Guatemala debe sin lugar a dudas centralizar sus esfuerzos para superar amplios vacíos de efectividad y realización. En este ámbito, es que la educación adquiere un lugar preponderante. Los niveles de cambio y prosperidad se van dando en la medida que los pueblos pueden tener más herramientas para combatir y producir mejoras a través de procesos de desarrollo.

Considerando lo dicho anteriormente, la familia, siendo el primer eslabón en la cadena social, es la receptora de todos los efectos distorsionados de una realidad nacional que empaña y debilita el funcionamiento normal, armónico y de desarrollo que se espera en una familia. Es por esto que gran parte de las problemáticas emergentes como, desintegración familiar, problemas de alcohol, maltrato y abuso, discriminación de género, etc. se expresan en las comunidades marginales en su premacia.

Este informe, modela de manera ínfima una pequeña muestra del gran *iceberg* que representa la dimensión del marginismo y la no-educación.

La intervención psicológica a través de la Universidad Panamericana, ha permitido complementar en la formación profesional de la practicante, otorgando una visión de la realidad total guatemalteca a la que no siempre se tiene acceso.

Síntesis Descriptiva

Durante la práctica que se llevó a cabo en la Institución El Refugio de la Niñez, dado el perfil socio-económico, psicológico y educacional de las niñas y sus diferentes problemáticas, se han abordado temas relacionados en primer lugar al proceso psicológico. El mismo implica desde la entrevista, evaluación psicológica completa, y tratamiento.

Teniendo en cuenta el modelo de comunidad terapéutica que el Refugio maneja, la intervención clínica se amoldo a las necesidades y urgencias de la población tratada, manteniendo una flexibilidad constante ante las innumerables situaciones de fluctuación emocional sobre todo en las internas.

La actuación interdisciplinaria comprendida entre psicólogos, abogados, educadoras, personal administrativo y practicantes, ofreció una oportunidad de aprendizaje de trabajar con objetivos y metas propias de los programas internos y por otro lado, poder testimoniar como el trabajo en equipo se convierte en funcional o disfuncional cuando las partes efectivizan o no sus roles.

En el ejercicio de la práctica se logró completar todo el proceso psicológico con muchas internas y en otros casos, colaborar con el equipo a manera de apoyo emocional ante situaciones emergentes.

Capítulo I

Marco de Referencia

1.1 Descripción de la Institución

La Institución asignada para la realización de la práctica profesional, lleva por nombre El refugio de la Niñez, está ubicada en la 17 Calle 10-75 Zona 1, Departamento de Guatemala Ciudad.. Su correo electrónico es: e-mail – Web: www.refugiodelaninez.org.gt // ninez@refugiodelaninez.org.gt

El Director del Centro es el Lic. Mario Castillo y la Psicóloga asignada es Licda. Zoila Ajuchan.

El Refugio de la Niñez es una organización civil sin fines de lucro, cuyo interés primordial es el bienestar superior de la niñez y adolescencia. Su política organizativa y de atención es apolítica e incluyente del género, credo, religión o estrato social.

Se trabaja con el apoyo de la Cooperación Nacional e Internacional y se promueve el relacionamiento con instancias gubernamentales y no gubernamentales que contribuyan al logro de los objetivos.

Se busca el protagonismo de la niñez y adolescencia, como un eje fundamental en los procesos de protección, abrigo y tratamiento y se basan en la metodología de Comunidad Terapéutica para desarrollar los procesos de protección integral.

Los mayores esfuerzos y compromisos es la búsqueda de las mejores alternativas familiares, logrando la restitución del derecho a la familia así como la realización personal de la niñez que se atiende, promoviendo proyectos de vida basados en su crecimiento personal.

Principios que maneja a Institución

Servicio: La Asociación se caracteriza por tener personal con convicción y vocación de servicio, orientado a brindar sus competencias con amor, comprensión, cuidado y atención. **Compromiso:** Asumir la responsabilidad como ser humano, profesional y agente de cambio, ante una realidad de la niñez y adolescencia necesitada.

Compromiso: Se refiere a la intervención, actitud y reacción inmediata de parte del personal, al momento en que el niño, niña o adolescente necesita de su apoyo y acompañamiento en los procesos terapéuticos y desarrollo integral ya sea dentro o fuera de la institución.

Confidencialidad: Se refiere a resguardar de manera responsable y privada, el registro y la historia de vida de cada integrante de la Asociación, respetando su ser individual y familiar.

Transparencia: En toda la gestión que se realiza a nivel administrativo, financiero y programático, es necesario tener y realizar la transparencia completa, para el buen propósito al cual ha sido creada.

Filosofía Institucional

"Y vio Dios todo cuanto había hecho y era bueno en gran manera". (Génesis 1:31)

El hombre ha evolucionado separado de Dios y hoy vemos el resultado de esta separación. Nosotros nacimos como Refugio con la convicción de la guianza de Dios para desempeñarnos como instrumentos de rehabilitación hacia los niños, niñas, adolescentes en un ambiente de paz, amor y confianza para lograr su bienestar integral.

Por refugio se entiende un lugar que brinda asistencia inmediata y cobertura de necesidades básicas a la niñez, donde se expresan, recuperan y luego de un proceso de sanidad integral, encuentran amor, paz, tranquilidad, valor personal, e identidad y un anhelo de vida noble y bueno que les permite desarrollarse en todas las esferas de su vida.

En él encuentran atención adecuada y bienestar integral, en un ambiente de confianza, donde logran crecer sanamente, descubren sus capacidades y fortalecen sus habilidades para la vida, a

través del estudio, la reflexión, la espiritualidad y el apoyo incondicional del personal, que les atiende con dedicación, respeto, amor y compromiso.

En el Refugio, la niñez y juventud encuentra apertura para conversar, tratar y superar sus traumas, para convertirse en niños, niñas y jóvenes sanos, propositivos y exitosos, a través de un personal amoroso y reverente especializado que les orienta, acompaña en sus procesos de vida y les prepara para reinsertarse a la familia y la sociedad con mayores recursos.

El quehacer del Refugio se desenvuelve dentro de un marco terapéutico, creado a través de la especialización, capacitación del personal y la metodología de atención, que unidos al espíritu de servicio y demás principios que le rigen, contribuyen en la formación, de niños, niñas y jóvenes preparados para enfrentar la vida y la sociedad en forma asertiva.

Nuestra filosofía institucional de atención busca el interés superior de la niñez y es totalmente incluyente, por lo que no distingue origen étnico, idioma, cultura, sexo o religión.

1.2. Misión

Nosotros quienes asumimos un compromiso firme y persistente, guiados por la Palabra de Dios y la guía del Espíritu Santo, trabajamos responsablemente por el bien superior de la niñez y juventud, restituyendo sus Derechos Humanos, a través de una adecuada atención integral, que contribuye a su exitosa inserción social y les haga adultos y adultas dignas, responsables y felices.

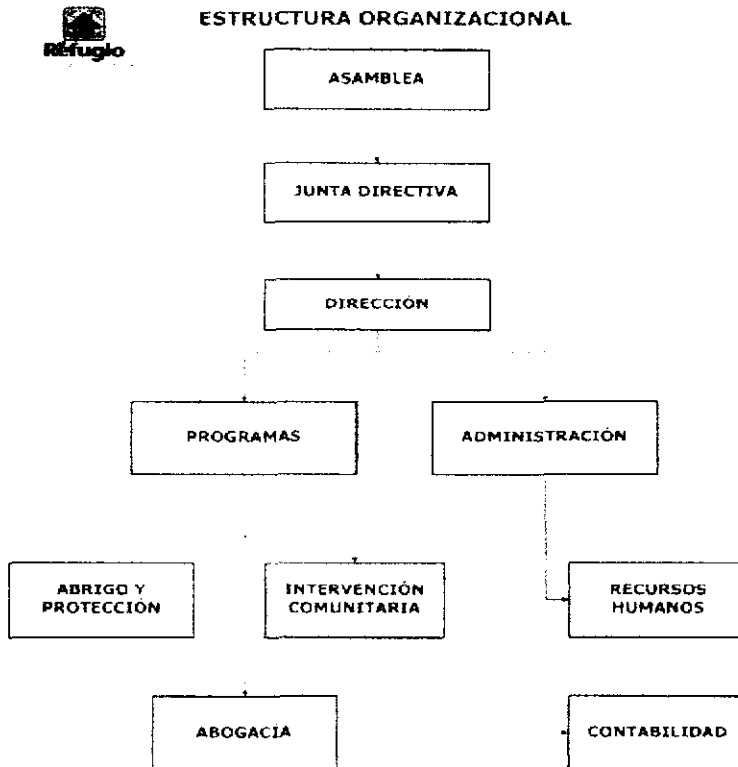
Incidiremos en la creación, reforma y/o aplicación de políticas públicas que promuevan la protección, defensoría y el respeto de los derechos de la niñez. Es labor y responsabilidad de todo el personal conocer y aprender la Misión Institucional, así como el transmitir su significado e interactuar con los niños, niñas, y adolescentes compañeros y compañeras de trabajo, con el objetivo de interiorizarla, hacerla nuestra y asumir el compromiso de vida que conlleva como razón de ser.

1.3. Visión

Que las niñas y los niños disfruten de bienestar, protección y pleno goce de sus Derechos Humanos. Facilitándoles un desarrollo integral que les permita trascender a la vida adulta como personas responsables, auto realizadas y felices.

La Visión está basada en la creencia de que todas las niñas, niños y jóvenes tienen derecho al bienestar, a la felicidad, al amor, al respeto y a una vida digna, por lo que debemos facilitarles todos los medios necesarios para que vivan una vida íntegra y plena, que los forme en valores y principios que fortalezcan su desarrollo personal.

1.4. Organigrama



1.5. Objetivos

Se busca el protagonismo de la niñez y adolescencia, como un eje fundamental en los procesos de protección, abrigo y tratamiento y se basan en la metodología de Comunidad Terapéutica para desarrollar los procesos de protección integral.

Los mayores esfuerzos y compromisos es la búsqueda de las mejores alternativas familiares, logrando la restitución del derecho a la familia así como la realización personal de la niñez que se atiende, promoviendo proyectos de vida basados en su crecimiento personal.

1.6. Población que se atiende

La institución alberga a niñas de edades que oscilan entre 13 y 17, y son atendidas a través de dos programas desarrollados.

Intervención Comunitaria

El programa de intervención comunitaria trabaja con niñez, adolescencia, familias y su comunidad, a través de estrategias de intervención con un equipo multidisciplinario realizando diagnósticos preliminares que dirigirán la investigación social la cual permitirá ampliar información que contribuirá a trabajar el plan de tratamiento, el cual buscará la alternativa al proceso de acogimiento familiar.

Programa de Protección Temporal

El programa de Protección y Abrigo Temporal esta basado en los principios de Comunidad Terapéutica, el cual brinda un lugar seguro, de resguardo, tranquilo y sobre todo familiar. Proporcionando un proceso de Atención Integral con diferentes alternativas de vida que fortalezcan el proyecto de vida.

Dicho programa alberga aproximadamente un promedio de 23 niñas y adolescentes entre los 13 y 17 años.

Las niñas llegan al Refugio por varios motivos, abuso sexual, maltrato, ó explotación de blanca. Las niñas son derivadas por orden judicial y todas están bajo proceso en detención en el Refugio hasta poder asignarles una familia sustituta o bien lograr que se reinseren en sus familias nucleares o extendidas.

El programa se extiende para cada niña en un promedio de seis meses, en donde a través de la comunidad terapéutica se realiza un abordaje integral, niñas y familia.

Las niñas reciben terapia individual y grupal, están bajo un programa que desarrolla talleres de panadería y corte y confección. Las que están habilitadas asisten a escolaridad y las que no están en grado son referidas a tutoría asignadas por el Juez a cargo.

El refugio cuenta con tres educadores que permanecen rotativamente con turnos de 24 horas. Cuentan con dos psicólogas de planta.

Además cuentan con talleres de fortalecimiento familias, facilitando a las familias del interior del país la asistencia a las visitas de las niñas internadas.

Se desarrolla un programa que consta de cuatro niveles

Nivel 1: Dura aproximadamente dos meses, en este tiempo las internas son integradas al ambiente, reciben los chequeos médicos necesarios y la asistente psicológica.

Nivel 2: Se identifica el problema y se elabora un compromiso personal

Nivel 3: Se genera un proyecto de vida individual y se lo fortalece

Nivel 4: Se entra en el proceso de preparación para reinsertarlas a las familias nucleares, sustitutas o extendidas.

Todos los días realizan por la mañana un encuentro terapéutico donde se trabaja:

- La filosofía del Refugio
- La frase del día
- Cita bíblica
- Expresión de sentimiento (como se sienten, las metas y deseos para el día)
- Luces (lo positivo del día)
- Sombra (lo negativo del día)
- Tiempo lúdico
- Escucha responsable (donde se pueden expresar en respeto y libertad hacia otras compañeras)
- Diario Vivir

Al final del día se realiza otro encuentro para evaluar la jornada con acompañamiento de la Psicóloga y la educadora de turno.

1.7. Planteamiento del problema

Dado la compleja problemática que vivencian las niñas que son hospedadas en El Refugio de la Niñez , experimentando tanto traumas como adaptación por los diferentes motivos de sus procesos personales y legales, y debido a la estructura psico-emocional, proporcionada por la Institución, se hace necesario el aporte de una contribución que brinde un acompañamiento psicológico y que sirva a su vez como un aporte de sostenimiento a la ejecución de los diferentes programas internos aplicados.

Debido a que el equipo de educadoras están sobrecargadas por la alta demanda de atención, seguimiento y ejecución de actividades, el plantel del equipo psicológico se encuentra reducido por falta de presupuesto, por lo que la intervención extra en los procesos emocionales y de recuperación traumática son altamente valorados.

Por este motivo ha sido elegida la Institución, para aportar por lapso de meses, una contribución por parte de la Universidad Panamericana.

Capítulo II

Referente teórico

Dentro del contexto de las diferentes problemáticas abordadas en el proceso de atención a pacientes en la Institución asignada, El refugio de la Niñez, se han trabajado diferentes temáticas de las cuales a continuación se exponen.

1. Desintegración familiar

La familia desde tiempos inmemorables, se ha conformado como la unidad vital de reunión humana, a través de la cual se encuentra un sentido en el compartir la vida, crearla y trascender a través de ella.

Desde los diferentes modelos culturales, la familia ha sido el engranaje equilibrador, en el cual se ha construido toda una forma de vida, desde los roles, los derechos y los deberes.

El gran desafío ha sido mantener y sostener una familia en BIENESTAR, donde los códigos de valores sean los techos ideales para generar la armonía, la felicidad, la comunicación y el pilar, más importante, el Amor.

Pero esto no ha sido así, la debilidad humana, los conflictos sin resolver, las creencias generacionales, las distinciones sociales, la desigualdad de clases, las pocas oportunidades, son parte de los motivos, por la cual la familia se quiebra, se desmorona, se desintegra.

Definición de familia

A través de muchos autores encontramos definiciones de familia veamos algunas:

- Un grupo social irreducible a lo otros grupos (que forman parte de una sociedad).
- Según Pichón Riviere, define a la familia como una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), el cual constituye el modelo natural de interacción grupal.

- Es un grupo de personas que conviven en un determinado lugar durante un tiempo prolongado y que están unidos – o no – por lazos *sanguíneos*. Este núcleo se halla relacionado con la sociedad, que le imprime una cultura y una ideología particular.
- Grupo de personas vinculadas entre si, por relaciones de parentesco o afinidad.

Según las definiciones, se concluye que “La Familia”, es un grupo de personas que nacen de la unión en un pacto de amor, de a dos, y que deciden crear una historia de trascendencia, donde las normativas y estructuras internas, están delineadas o definidas por factores culturales.

Actualmente la familia ha sufrido la amplitud de otras épocas y el devenir social y crecimiento económico, ha traído en algunos sectores la independencia del hábitat, dejando atrás la convivencia intergeneracional (varias generaciones en la misma casa).

Si bien esto es favorable al desarrollo individual de gestión interna para el núcleo familiar, también ha traído como consecuencia relegar roles como los del parentesco de abuelos a una relación más estrecha con los nietos, y otros integrantes de la familia misma.

Uno de los fenómenos evidenciables ha sido la salida de la mujer del ámbito familiar al laborar por varias horas, quedando desequilibrado en algunos casos, la funcionabilidad de roles y la formación educativa emocional.

Así los niños y adolescentes crecen con estímulos de terceros (cuidadores eventuales o ajenos a la familia) muchas veces con estructuras de principio-valores muy lejanas a la de la familia, generando situaciones de desintegración, inseguridad, desestabilidad emocional, falta de guía.

Muchas veces, la ausencia de uno de los progenitores, obliga a una sistematización interna de la familia, donde no siempre las necesidades sea de provisión o afecto son claramente satisfechas.

La familia indiscutiblemente posee funciones no transferibles a ninguna otra estructura, veamos su función vital.

Función de la familia

- (según Bleger), la función institucional de la familia es servir de reservorio, control y seguridad para la satisfacción de la parte más inmadura o primitiva, narcisista, de la personalidad.
- Función: enseñanza del cuidado físico
 - Enseñanza de las relaciones familiares
 - Enseñanza de la actividad productiva y recreativa
 - Enseñanza de las relaciones sociales
 - Enseñanza de la inserción laboral
 - Enseñanza de las relaciones afectivas
 - Enseñanza de la formación y consolidación de un nuevo hogar

En una familia donde los roles son ejecutados de manera constructiva, eficazmente, armónicamente, la nutrición de la familia autogestará un bienestar y un crecimiento, que le permitirá, trascender en el tiempo y la propia evolución.

Desintegración familiar

La Desintegración familiar se da cuando se presentan varias situaciones que indican que la unión del núcleo familiar se ha roto, que los lazos entre los componentes no se da con una

comunicación de salud emocional, la misma palabra nos indica que se rompe lo que ha sido creado con una intención.

La desintegración familiar emerge por distintos motivos: problemas económicos, inestabilidad entre la pareja, problemas de los hijos entre sí, enfermedades, problemas de dependencia emocional y/o sustancias, divorcios mal manejados, nacimientos fuera de marco de matrimonio ó relación estable, infidelidad.

Algunas de las causas son:

- La ilegitimidad, se da cuando el padre no asume sus deberes y no reconoce al hijo-a generalmente engendrado sin ser deseado y fuera del matrimonio,
- Anulación, separación divorcio o deserción. La ruptura de la unión de la pareja, cualquiera que sea la figura, afecta a todas las personas involucradas y llega a lesionar su dignidad.
- Familias vacías, donde el tipo de relación interfamiliar caracterizado por la falta de una adecuada comunicación e interacción, aunque las personas vivan juntas.
- Ausencia o falta no deseada de uno de los cónyuges, cuando la muerte o alejamiento por otras razones, produce la disolución del vínculo familiar y obliga a sus integrantes a buscar, sin decidir voluntariamente, la elección de la nueva residencia. No siempre encontrando una sustitución del ambiente familiar óptimo o similar al anterior.
- Incumplimiento de los deberes por problemas de salud, las enfermedades graves, sobre todo cuando afectan el aspecto emocional, dan lugar a desavenencias y separación
- La violencia familiar es uno de los motivos de desintegración..
- La infidelidad del hombre o de la mujer.
- Matrimonios de temprana edad. (inmadurez para sostenerlo)
- El machismo, genera situaciones de posesión y poder sobre el sexo femenino,
- La adicción, sea de licores o de drogas.
- La emigración, , con propuestas de búsquedas hacia otros lugares lejanos al original.

- Destierro obligado como consecuencia de guerras o conflictos armados.
- Diferencia marcada entre los cónyuges
- Enfermedades incurables, pueden llevar a quien la padece a un aislamiento voluntario o al aislamiento de sus familiares al tener poco conocimiento de dicha enfermedad ejemplo el VIH-SIDA por considerar un potencial foco de infección.

La desintegración se produce cuando se instala como un patrón de comportamiento desorganizador en el núcleo familiar, sea promovido por uno o varios integrantes.

No se deben considerar los momentos de crisis momentáneas donde los factores de orden económico, emocional o de estructura, o crisis de vida pueden alterar la armonía habitual.

Cuando la nutrición cesa, y los roles no son desempeñados de manera adecuada, se inicia la ruptura o desintegración donde la comunicación y acción adquiere una modulación alterada y negativa, generando sistemas internos de desestabilidad.

A nivel legal las causas para desformalizar una unión matrimonial son:

Decreto ley 106 Código Civil

ARTÍCULO 155. CAUSAS: son causas comunes para obtener la separación o el divorcio:

- 1º. La infidelidad de cualquiera de los cónyuges.
- 2º. Los malos tratos, las riñas y disputas continuas, las injurias graves y ofensas al honor y, en general, la conducta que haga insoportable la vida en común.
- 3º. El atentado de uno de los cónyuges contra la vida del otro o de los hijos.
- 4º. La separación o abandono voluntario de la casa conyugal o la ausencia inmotivada, por más de un año.
- 5º. El hecho de que la mujer de a luz durante el matrimonio, a un hijo concebido antes de su celebración, siempre que el marido no haya tenido conocimiento del embarazo.

- 6°. La incitación del marido para prostituir a la mujer o corromper a los hijos.
- 7°. La negativa infundada de uno de los cónyuges a cumplir con el otro o con los hijos comunes, los deberes, asistencia y alimentación a que está legalmente obligado.
- 8°. La disipación de la hacienda doméstica.
- 9°. Los hábitos de juego o embriaguez, o el uso indebido y constante de estupefacientes cuando amenazaren causar la ruina de la familia o constituyan un continuo motivo de desavenencia conyugal;
- 10°. La denuncia de delito o acusación calumniosa hecha por un cónyuge contra el otro;
- 11°. La condena de uno de los cónyuges, en sentencia firme, por delito contra la propiedad o por cualquier otro delito común que merezca pena mayor de cinco años de prisión.
- 12°. La enfermedad grave, incurable y contagiosa perjudicial al otro cónyuge o a la descendencia;
- 13°. La impotencia absoluta o relativa para la procreación siempre que por su naturaleza sea incurable y posterior al matrimonio;
- 14°. La enfermedad mental incurable de uno de los cónyuges que sea suficiente para declarar la interdicción; y
- 15°. Asimismo, es causa para obtener el divorcio, la separación de persona declarada en sentencia firme.

Un tema particularmente preocupante en Guatemala es la **violencia Intrafamiliar**, causante de la desintegración familiar, veamos algunos conceptos importantes.

Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es un fenómeno que se ha ido acrecentando en los últimos años afectando principalmente a mujeres, niños, niñas, adolescentes, ancianos y ancianas, de diversos países, considerándose como un problema que atenta contra los derechos humanos y al que hay que ponerle especial atención.

La Violencia Intrafamiliar tiene serias repercusiones en la salud integral de las personas, en la economía familiar en el ámbito del trabajo impactando en forma negativa en el desarrollo humano.

En Guatemala no es ajeno el problema, la cultura de violencia que nos apremia se extiende a todo el entramado social, incluida la familia. Son muchas las causas : deterioro de valores, problemas de orden social, patrones culturales aprendidos, estructuras familiares cimentadas en relaciones asimétricas, donde la razón y la verdad están únicamente del lado de la autoridad socialmente establecida como característica del varón y del adulto.

Después de 36 años de guerra interna, a la firma de los acuerdos de Paz en 1996, se dio relevancia al acuerdo global sobre los derechos Humanos, aunque los resultados no hayan sido los esperables.

Aunque hay una Ley de prevención contra la violencia intrafamiliar, la nro. 49-82, tanto las instituciones de orden público como las que acogen a las víctimas, todavía no han alcanzado la actuación necesaria, en rapidez, intervención y actos concluyentes.

Sin embargo existen servicios en forma gratuita que intentan palear la terrible ola de violencia cotidiana.

La mayor parte de las veces, son las propias víctimas que no piden ayuda, en parte por el gran temor infringido por el victimario y en parte porque o poseen la información adecuada.

El grave problema con que se encuentra alguien que sufre maltrato, es que no existen espacios adecuados (hogares, casas de tránsito) donde las familias enteras puedan quedarse a vivir hasta fortalecerse emocional y materialmente.

La Infidelidad

Generalmente la infidelidad es una consecuencia y no una causa del fracaso matrimonial. La infidelidad suele ser resultado de la separación de la pareja, la cual, en ocasiones, no es separación física, los cónyuges, pueden estar viviendo en la misma casa, durmiendo en la misma

cama, aún teniendo relaciones sexo genitales, pero están separados por sus intereses, deseos y sentimientos.

Estudios del sexólogo Kinsey, refieren que aproximadamente la mitad de los hombres casados tienen relaciones sexuales ilícitas con mujeres que no son sus esposas, durante el matrimonio, El Dr. Hamilton, en los estudios realizados por él en un grupo de 100 hombres casados y 100 mujeres casadas asegura que 28 hombres y 24 mujeres han tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio. Algunos investigadores llegan al extremo de afirmar que en nuestros días, la infidelidad es más la regla que la excepción, en lo que se refiere al matrimonio entre personas comunes y corrientes.

Cuando una pareja se presenta, cada vez con mayor frecuencia actitudes de impaciencia, hostilidad e insatisfacción sexual, deben considerarse como señales o advertencias de que la infidelidad se puede presentar de un momento a otro.

La infidelidad no significa solamente la existencia de relaciones sexuales extramaritales, sino que va mucho más allá. La infidelidad, además de la traición sexual, significa engaño, deshonestidad y deslealtad.

Es la traición a una confianza depositada. Es la característica de un carácter débil y un rasgo de cobardía es una evasión, una fuga, la huida del cumplimiento del deber, del trato honrado y decente que se esfuma en un fácil "escape", más simple y sencillo que enfrentar las circunstancias conflictivas de la relación conyugal.

El Dr. Frank Caprio, en su libro *Infidelidad Conyugal*, considera que la infidelidad, como el alcoholismo, como la adicción a las drogas enervantes o son sino, expresiones de desórdenes básicos muy profundos del carácter. Con frecuencia se trata de un síntoma de depresión o infelicidad que no ha sido resuelto desde la infancia. Tiene raíces en la inseguridad de la infancia del individuo. La infidelidad suele ocurrir con más frecuencia entre los neuróticos que entre los llamados "normales". En raras ocasiones la infidelidad puede ser el escape con un estado depresivo causado por el hostigamiento o la negligencia del cónyuge

Por lo planteado anteriormente, los causales de la desintegración familiar son varios, en cada uno de ellos, radica una estructura sostenida por fuerzas internas (carencias, malos hábitos, patrones de pensamiento, respuestas aprendidas a nivel generacional, adicciones,) y fuerzas externas (destierro, guerras, muertes, separación por enfermedad, etc.)

¿Cómo evitar la desintegración familiar? La respuesta es compleja pero simple en su esencia, si los causales están dados por problemas económicos, de orden de desestabilidad emocional, y creencias instaladas de larga data, hay que generar programas a nivel educacional, sobre principios y valores, que vayan poco a poco en un sembradío, tejiendo socialmente una convivencia en respeto, tolerancia, solidaridad y amor.

La tarea no es fácil, pero si, conjuntamente a los programas religiosos, de parte de las Instituciones se fomentan enfoques a la juventud, para la igualdad de género, el sentido de constituir familias integradas, sostenidas por valores, sería mas posible que los hijos y sus hijos, crearan bienestar en todas las actitudes de su vida, inclusive, la intrafamiliar.

Un país sin educación, es un país sin futuro y en este contexto, es indispensable, que el individuo que se forma en el seno familiar, tenga oportunidades de cambiar su pasado familiar por otro de bienestar.

Es responsabilidad de todos en cada una de las áreas donde trabajemos o ejerzamos nuestra tarea, laborar en virtud de construir una sociedad sana y amorosa, responsable y solidaria. Más que una utopía, es una esperanza.

2.2. Trastorno de Estrés Postraumático

Rasgos

El TEP aparece en forma diferida o tardía (semanas o meses), después de un acontecimiento traumático fuera del rango de la experiencia humana normal (como un desastre, violación, incesto, secuestro, tortura, accidentes) el paciente puede ser víctima directa del trauma, haberlo presenciado o le han explicado.

Los pacientes presentan reexperiencia persistente del trauma, evitación de estímulos asociados al trauma, embotamiento y síntomas de alerta aumentada. Estos síntomas se prolongan un mes. El TEP es agudo si dura menos de tres meses y crónico si dura más de tres meses.

Diagnosis

Al igual que el ETA, solo si se extiende a 3 meses.

Tratamiento

Psicoeducación, apoyo psicológico, con técnicas de relajación y sanación del trauma, eventualmente se utilizan ansiolíticos y antidepresivos.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Rasgos

El paciente presente al mismo tiempo síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico separado.

Diagnosis

- Estado de ánimo bajo o tristeza
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar
- Ansiedad o preocupaciones predominantes
- Los síntomas de ansiedad y depresión aparecen simultáneos pero ninguno predomina claramente, ni tienen la suficiente intensidad como para considerar un diagnóstico por separado.
- Frecuentemente aparecen asociados los siguientes síntomas:
 - Trastornos del sueño
 - Astenia y pérdida de energía
 - Falta de concentración



- Trastornos del apetito
- Ideas o actos suicidas
- Pérdida de la libido
- Temblores
- Palpitaciones
- Mareos
- Sequedad de boca
- Tensión o intranquilidad

Tratamiento

- Psicoeducación
- Técnicas respiratorias y de relajación muscular
- Métodos estructurados para la resolución de problemas
- Terapia cognitivo-conductual
- Tratamiento de acompañamiento farmacológico como :antidepresivos, ansiolíticos

Es importante también considerar las enfermedades médicas que cursan con síndrome de ansiedad, para la evaluación pertinente con pacientes.

Sistema cardiorrespiratorio

- Arritmias
- Crisis hipertensa
- Cardiopatías congestiva
- Hipoxia
- Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- Ataque de asma.

Sistema nervioso

- Crisis parciales complejas
- Enfermedades degenerativas
- Neoplasias migraña
- Delirium
- Demencia

Sistema Endocrino

- Síndrome carcinoide
- Síndrome de Cushing
- Hipo o hiperparatiroidismo
- Síndrome premenstrual
- Feocromocitoma
- Hipoglicemia
- Hipo o hipertiroidismo

Enfermedades del oído

- Disfunción vestibular
- Enfermedad de meniere

Enfermedades sistémicas e inflamatorias

- Poliarteritis nodosa
- Arteritis temporal
- Arteritis reumatoide
- Lupus eritematoso diseminado

Endocrinopatías

- El síndrome carcinoide
- Síndrome de Cushing
- Hipoglicemia

- Disfunción tiroidea
- Trastorno premenstrual.

Fármacos que pueden producir síndrome de ansiedad

Alcohol

Narcóticos

Ansiolíticos

Hipnóticos

Cafeína

Opiáceos/naricóticos

Anfetaminas

Cocaína

Nicotina

Broncodilatadores

Teofilina

Antihipertensivos

Estimulantes beta-adrenérgicos

Nitrito

Salicilatos

Hormonas esteroideas

Anticolinérgicos

Mercurio

Desulfuro carbónico

Benceno

Arsénico

Fósforo

Organofordorados

2.3 Intervención en Crisis

Este tipo de intervención se da a través de métodos breves, que han surgido como primera ayuda emocional en casos de ingerencia urgente o tratamientos a corto plazo.

Surgen debido a la escasez de personal capacitado para responder de manera inmediata en situaciones de crisis o emergencia como lo son los desastres naturales o situaciones que tienen que tienen que ver con el comportamiento humano.

Los principales objetivos de la intervención en crisis es restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra y proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido. Aliviar de inmediato los síntomas, desarrollar habilidades de afrontamiento afectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.

La crisis se define en general como el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares.

Los principios clínicos que se utilizan para la intervención en crisis son

- Valoración
- Oportunidad
- Metas

En general se definen dos tipos de intervenciones:

- De primera instancia: abarcan la asistencia inmediata por lo que usualmente se llevan solo una sesión. Proporcionan apoyo, reducen el peligro de muerte y enlazan a la persona en crisis con los recursos de ayuda

- De segunda instancia: es un proceso terapéutico breve que se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida, busca que el individuo emerja listo y preparado para encarar las situaciones críticas del futuro. Puede durar de semanas a meses, lo hacen los psicoterapeutas y orientadores.

Los pasos a seguir en los primeros auxilios psicológicos de primera instancia.

1. Realización del contacto psicológico
2. Analizar las dimensiones del problema
3. Sondear las posibles soluciones
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos
5. Seguimientos para verificar el progreso

En caso de crisis es importante:

Escuchar de manera cuidadosa, comunicar aceptación, plantear preguntas abiertas, evaluar la mortalidad, alentar la lluvia de ideas, trabajar de manera directa por bloques, establecer prioridades, dar un paso a la vez, *confrontar cuando sea necesario*, evaluar los pasos de acción.

No se debe bajo ningún argumento:

Contar tu propia historia, ignorar sentimientos o hechos, juzgar, regañar o tomar partido, depender de preguntas si-no, dar la razón del problema, dejar obstáculos sin examinar, intentar resolverlo todo, ser tímido o prometer cosas, dejar la evaluación a alguien más.

2.4. Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son tan frecuentes en atención primaria que se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente lo presentan.

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad presenta algunas dificultades puesto que el cuadro clínico muestra en primer plano una sintomatología somática, mientras las quejas psíquicas solo logran aflorar cuando el médico las pesquisa. Otras veces el trastorno esta subyacente en una enfermedad orgánica o psiquiátrica.

Concepto de Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

Cotidianamente la ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

La ansiedad y la angustia, tienen hoy un significado unificado, las dos significan lo mismo, esto está aceptado tanto en el DSM-IV como en las clasificaciones del CIE-10.

En psiquiatría la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

Rasgos

Síntomas motores

- Temblor, contracciones o sensaciones de agitación
- Tensión o dolorimiento de los músculos
- Inquietud
- Fatigabilidad fácil

Síntomas de Hiperactividad vegetativa

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo

- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración o manos frías y húmedas
- Boca seca
- Mareos, diarrea u otras molestias abdominales
- Sofocos o escalofríos
- Micción frecuente
- Dificultad para deglutir o sensación de “nudo en la garganta”

Síntomas de hipervigilancia

- Sensación de que va a suceder algo
- Respuesta de alarma exagerada
- Dificultad para concentrarse o “mente en blanco”
- Dificultad para conciliar el sueño
- Irritabilidad

La neurobiología de la ansiedad

Las estructuras anatómicas implicadas en ansiedad son: la amígdala, locus ceruleus, tálamo, hipotálamo, sustancia gris periacueductal, hipocampo, corteza orbitofrontal.

Los mecanismos neurobiológicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad son:

1.- Hiperactividad Adrenérgica

- Aumento de la liberación de noradrenalina por el locus cerúleus
- Hipersensibilidad de los receptores B-adrenérgicos
- Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiazepínicos
- Hipersensibilidad de quimiorreceptores de lactato y del CO₂

2.- Disfunción Serotoninérgica

- Hipersensibilidad de los receptores 5HT del locus ceruleus
- Down regulation de los receptores 5ht presinápticos de la corteza prefrontal
- Hiperactividad serotoninérgica de la vía rafe-amígdala-corteza prefrontal
- Hipoactividad serotoninérgica vía rafe-substancia nigra periacueductal
- Disminución de los niveles de serotonina en LCR

3.- Disfunción dopaminérgica

- Hiperactividad dopaminérgica a través de una hiposerotoninergia en la vía rafe-substancia nigra en los trastornos obsesivos compulsivos
- Hipoactividad dopaminérgica (evidencias indirectas) en la fobia social

Causas

Se adjudican factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje, así como en anomalías neuroquímicas influenciadas genéticamente, otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos.

Diagnósticas

Los síntomas frecuentes que presentan los pacientes a nivel somático son:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.
- Molestias digestivas: sensación de estorbo al tragar, náuseas, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño

- Mareos
- Sudoración

También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:

- Preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos
- Irritabilidad
- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse, perder el control)
- Nerviosismo, sobresaltos.

Para realizar un efectivo diagnóstico es necesario:

- 1.- Escuchar la descripción que hace el paciente de sus síntomas.
- 2.- Preguntar sobre la evolución, estresores y patrón de síntomas
- 3.-Evaluar realizando el examen mental
- 4.- Explorar haciendo un examen físico
- 5.- Informar que si existe un trastorno, no negar que no pasa nada.
- 6.- Concluir revisando todos los hallazgos estableciendo el diagnóstico específico.

Los tipos de ansiedad se clasifican en:

- A. Trastorno de ansiedad generalizada
- B. Trastorno de pánico
- C. Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso
- D. Trastornos fóbicos
- E. Trastorno obsesivo compulsivo
- F. Trastorno de estrés agudo
- G. Trastorno de estrés postraumático

H. Trastorno mixto ansioso-depresivo

A continuación se describen las características de cada trastorno, y diagnóstico de cada uno.

A.-Trastorno de ansiedad generalizada

EL TAG, se caracteriza por ansiedad y preocupación por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas de ansiedad. El TAG es de comienzo insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua más que episódica. La característica principal es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia. Antes de establecer el diagnóstico de TAG deben descartarse trastorno por pánico, depresión y trastorno de adaptación.

Criterios de diagnóstico para el TAG

- Ansiedad y preocupaciones excesivas, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades
- A la persona le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación
- La ansiedad o preocupación se asocian a tres de los seis síntomas siguientes:
 - inquietud e impaciencia
 - fatigabilidad fácil
 - dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - irritabilidad
 - tensión muscular
 - alteraciones del sueño
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Tratamiento

Como los pacientes se sienten desbordados y desmoralizados, es importante ofrecer:

- psicoeducación (desde la explicación física a los elementos que pueden activarla),
- enseñarle herramientas sobre el manejo de ansiedad y como enfrentar y resolver los problemas,
- identificar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas
- practicar entrenamiento sobre relajación, caminatas, actividades destresantes.

Si hay interconsulta y la derivación con el médico o psiquiatra suministra fármacos, serán a corto plazo (de 3 a 6 meses), en general son ansiolíticos con benzodiazepínicos o no.

2.5. Trastornos del Alcohol

Rasgos

El alcoholismo es una conducta que consiste en consumir de forma intermitente o continuada bebidas con alcohol, lo cual determina la aparición de una dependencia (tanto física como psicológica) y problemas en los distintos ámbitos de la vida de la persona (familiar, laboral, de salud).

El consumo de alcohol es algo aceptado socialmente. En cualquier celebración o reunión es frecuente que nos tomemos una “copita”, ya sea por gusto o por compromiso, y eso está bien visto y tolerado.

La aceptación empieza a desaparecer cuando la persona empieza a beber más de la cuenta. A partir de ese momento, empieza a ser rechazado por los que antes eran sus amigos y recluido al mundo de los marginados. La actitud que generalmente adoptamos ante la persona que tiene un problema de alcoholismo es que ella es capaz de controlar su comportamiento, que si quisiera dejaría de beber. Nada más lejos de la realidad.

Veamos qué criterios se utilizan para determinar si existe o no un problema de alcoholismo:

- La dependencia física (si deja de beber durante un tiempo, aparecen los síntomas característicos de la abstinencia) y psicológica (“para estar bien necesito beber”).
- El consumo de alcohol de una forma reiterada y en grandes cantidades.
- La repercusión en la vida cotidiana de la persona, en su trabajo, en sus relaciones con los demás.
- La capacidad para abandonar el consumo a pesar de la aparición de problemas físicos y psicológicos, la persona se ve incapaz de abandonar el consumo.

En la mayoría de los casos las personas alcohólicas, como todas las personas que dependen de sustancias, aseguran que ellas son capaces de controlar la situación, que pueden dejar de beber en cualquier momento, pero casi nunca lo pueden demostrar. El problema aumenta porque el alcohólico no se da cuenta de la gravedad de la situación.

Palabra clave relacionadas con el consumo de alcohol (y de cualquier sustancia tóxica en general): *Abstinencia*

Abstinencia: Se denomina así a una serie de molestias que aparecen cuando una persona alcohólica deja de beber. Entre los síntomas más habituales destacan el insomnio, los mareos y vómitos, la ansiedad, los temblores. También se utiliza este término para definir a la persona o período de tiempo que transcurre sin beber.

Dependencia: Existe dependencia cuando la persona necesita físicamente el alcohol, cree que no puede pasar sin él y hace todo lo posible para conseguir y consumir alcohol. La dependencia es un conjunto de acciones y pensamientos que ponen de manifiesto que la persona bebe con frecuencia.

Intoxicación: Se dice que una persona está intoxicada cuando el consumo de alcohol ha provocado que su comportamiento cambie de modo significativo. Por ejemplo empieza a comportarse de forma grosera o agresiva, es incapaz de mantenerse en pie, no se le entiende cuando habla. La intoxicación etílica (provocada por el alcohol) es causa de numerosos accidentes de tráfico.

Tolerancia: Poco a poco, la persona necesita ingerir más cantidad de alcohol para conseguir los efectos deseados. Si antes una persona se tomaba una copa para tranquilizarse, probablemente al día siguiente necesitará beber dos copas para lograr esa tranquilidad que el día anterior consiguió con una sola copa.

El alcoholismo puede ser entendido como una historia de aprendizaje. Una persona aprende a utilizar el alcohol para hacer frente a las dificultades de su vida. Beber le proporciona una serie de beneficios que le animan a recurrir al alcohol una vez que tenga un problema. Algunos de estos beneficios son los siguientes:

- **Relaja.** Imaginemos a un adolescente que sale con sus amigos y está nervioso porque le acaban de presentar a una chica. El alcohol le ayuda a reducir la tensión.
- **Da energía.** El alcohol es un desinhibidor del sistema nervioso central, por lo que cuando bebemos nos ponemos más contentos, nos sentimos más capaces de hacer o decir cosas que en un estado de sobriedad serían impensables.

QUÉ HAY QUE SABER SOBRE EL ALCOHOL

- **ES UN DESINHIBIDOR DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.** Los efectos inmediatos nos permiten expresarnos con más libertad, ser más espontáneos.
- **ES UN INHIBIDOR DE LA RESPUESTA SEXUAL.** El alcohol altera, entre otras funciones, la respuesta sexual. Esto puede crear muchas insatisfacciones porque la persona que bebe atribuye su “fracaso” a sus propias características y no a los efectos del alcohol.
- **INTERFIERE EN NUESTRA COMUNICACIÓN.** Hemos visto que nos ayuda a expresarnos con más facilidad, pero no con más lucidez. Es preferible decir pocas cosas y que éstas tengan sentido.
- **ES UNA ENFERMEDAD.** En la medida que crea un serie de dependencias físicas, pero no se va a “curar” con un tratamiento médico exclusivamente.
- **ES UN PROBLEMA SOCIAL.** Las repercusiones del alcoholismo en la familia

nos dan información de la magnitud del problema. No podemos responsabilizar a la persona alcohólica de lo que le pasa sin más; debemos facilitarle una serie de estrategias y recursos para que pueda afrontar su problema.

- **ES UN PROBLEMA SOCIAL.** Las repercusiones del alcoholismo en la familia nos dan información de la magnitud del problema. No podemos responsabilizar a la persona alcohólica de lo que le pasa sin más; debemos facilitarle una serie de estrategias y recursos para que pueda afrontar su problema.

La presión de los amigos y conocidos también es relevante. Aunque se manifiesta a todas las edades, sin lugar a duda los adolescentes y los jóvenes son el grupo más vulnerable. Se les ha enseñado que beber es de adultos y que si no lo hacen están fuera de onda.

Cuando ingerimos alcohol, nuestro organismo pone en marcha un sistema defensivo para eliminar a ese intruso que está poniendo patas arriba el orden y la tranquilidad. Después, viene la resaca, el malestar, los mareos. Hemos conseguido pasarlo bien, superar nuestros miedos y problemas durante unas horas, pero no hemos sido capaces de ir más allá, conscientes de que el alcohol conlleva más consecuencias negativas que positivas y que si tenemos que recurrir a él para divertirnos o superar dificultades, es que hay algo en nuestra vida que no esta funcionando bien.

Efectos típicos en diferentes niveles de concentración de alcohol en la sangre (GAS)

GAS /mg/100ml)	Efectos psicológicos/clinicos
20	Imperceptible
30	Posible bochorno ligero y un poco más parlanchín de lo normal
50	Relajación, disminución de las inhibiciones, deterioro de la atención y a vigilancia.
60-90	Deterioro de la función sensorial, incoordinación motora, cambios en el estado de ánimo y la conducta (euforia moderada, autosatisfacción,

	habla profusa en volumen alto), deterioro de la actividad mental.
100	Sensaciones significativas de intoxicación, deterioro de la memoria a corto plazo.
150	Tambaleo, alargamiento del tiempo de reacción, marcado deterioro en pruebas mentales y psicomotoras, habla confusa.
200	Insensibilidad a los estímulos, torpeza extrema, náusea y vómito.
250	Marcada tendencia al desmayo.
300	Hipotermia, amnesia, anestesia, respiración lenta y pesada
400	Estado comatoso
500	Paro respiratorio, muerte,

Fases emocionales del consumo del alcohol

1ª. FASE	Esta persona tiene que hacer frente a una situación que le causa tensión y malestar.	¿Qué hace?	<ul style="list-style-type: none"> - Bebe - Porque los amigos le animan, por que en las películas lo hacen así, porque toda la gente lo hace... - Se encuentra mejor. Es capaz de superar su timidez y de hablar con esa
		¿Por qué?	
		¿Qué le ocurre?	

			Persona sin problemas.
2ª. FASE	La persona se encuentra con situaciones similares.	¿Qué hace? ¿Por qué	- Bebe - Por que en la primera ocasión beber le hizo estar simpático y aunque ahora no está tan nervioso, ha encontrado en el alcohol un buen aliado.
3ª. FASE	La persona tiene que enfrentarse a situaciones diferentes (un examen, una entrevista) que le causa un enorme malestar.	¿Qué hace? ¿Por qué?	- bebe. - Porque ha aprendido que bebe le da tranquilidad.
4ª. FASE	A medida que pasa el tiempo, la persona se siente mal cuando no bebe.	¿Por qué? ¿Qué hace? ¿Por qué?	- porque está empezando a depender del alcohol. - Bebe. - Porque no puede aguantar tantas molestias y dolores y sabe que el alcohol le ayudará a sentirse bien.

Hay algunas características personales y del entorno que pueden propiciar el mantenimiento de una conducta de alcoholismo, entre ellas:

- La Inseguridad. Si no confiamos en nosotros mismos, es más probable que recurramos a determinadas sustancias para hacer frente a nuestros problemas.
- La Timidez. Las dificultades para iniciar o mantener conversaciones es una importante causa de malestar. Superarlo no resulta fácil y a veces el alcohol es, aparentemente, el único recurso disponible para hacerlo.
- La Marginación. Vivir una situación prolongada de marginación en cualquiera de sus manifestaciones (pobreza, paro, soledad...) es determinante para explicar el mantenimiento (y muchas veces, el inicio) de un problema de alcoholismo.

DIAGNOSIS -- (criterios del DSM-IV)

1.- Diagnóstico por intoxicación por alcohol

- A) Ingestión reciente de alcohol
- B) Cambios psicológicos de comportamiento desadaptativo clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C) Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol son:
 - 1.- Lenguaje farfullante
 - 2.- Incoordinación
 - 3.- Marcha inestable

4.- Nistagmo

5.- Deterioro de la atención o de la memoria

6.- Estupor o coma

D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.- Diagnóstico por Abstinencia de alcohol

A) Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A.:

1.- Hiperactividad autónoma (ej. Sudación o más de 100 pulsaciones)

2.- temblor distal de las manos

3.- Insomnio

4.- náuseas o vómito.

5.- Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones

6.- Agitación psicomotora

7.- Ansiedad

8.- crisis comiciales del gran mal (crisis epilépticas)

C) Los síntomas del criterio B, provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D) Los síntomas no se deben a enfermedad ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El Tratamiento

Podemos hablar de distintos tipos de alcoholismo o al menos de diferentes niveles, en función de la cantidad de alcohol ingerido o la secuencia de las consumaciones. No es fácil poner límites que nos indiquen cuando existe un problema de alcoholismo y cuando no. Normalmente serán la familia y las personas más allegadas quienes se den cuenta de que algo no marcha bien, pues es posible que el alcohólico no perciba ningún problema o no pueda atribuir a la ingestión del alcohol las dificultades que está teniendo en el trabajo, en su familia o con sus amigos. Por eso resulta tan difícil iniciar un tratamiento.

A veces se hace imprescindible la intervención del profesional para que motive a la persona para que inicie el cambio. El objetivo principal de la mayoría de los tratamientos es conseguir que la persona deje de beber, para lo cual se utilizan distintas técnicas como los fármacos, unas sustancias químicas que producen molestias diversas cuando la persona toma alcohol, o los programas de recompensas, que permiten a la persona cuando ésta deja de beber.

El trabajo en grupo o terapia de grupo también forma parte de muchos tratamientos.

Debido a las presiones que desde los distintos ámbitos recibimos para consumir alcohol, el objeto de algunos tratamientos psicológicos se ha planteado de una forma diferente. Ya no se trata de conseguir que el paciente concreto deje de beber, si no de lograr que lo haga de una forma controlada. Ninguno de los objetivos planteados es mejor que el otro, pues la elección va a depender de las características de la persona, sus necesidades y del entorno que le rodea. Pensemos en la persona que tiene que dejar de beber porque tiene una grave enfermedad; en ese caso, el tratamiento adecuado sería el que cumpliera el objetivo de abstinencia total. Por otro lado, imaginemos a una persona cuyo trabajo le obliga a reuniones frecuentes en las que beber alcohol es algo habitual; en este caso, salvo que existan otras contradicciones, parece más adecuado enseñar a la persona a controlar lo que bebe.

2.6. Trastornos de Depresión

Rasgos

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgana, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamientos de culpa de inutilidad excesivos.

Estos síntomas provocan malestar en la persona que los padece e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana.

Es muchos casos la depresión parece estar justificada (muerte de un familiar, cambios hormonales, etc.) pero en otros no existe ninguna causa que pueda explicar el inicio o el mantenimiento del problema.

El ser humano es una interacción de facetas, la salud, los amigos, la familia, el estudio, el trabajo, el tiempo libre, son algunas de estas áreas, por lo que un cambio importante en alguna de ellas puede provocar el inicio de un episodio depresivo.

Hay factores externos que inciden sobre internos de la persona como:

- Baja autoestima: complejos sobre si mismo, acomplejados e dependientes
- Baja tolerancia a la frustración: Cree que no va a poder superar las dificultades que aparecen en su vida, porque no tiene capacidad suficiente para hacerlo. Cualquier obstáculo, por mínimo que sea, le crea una gran ansiedad y malestar.
- Falta de control sobre el entorno: La persona está convencida de que haga lo que haga no puede controlar lo que le rodea. Cree que es imposible cambiar su entorno y con frecuencia se deja arrastrar sin más, sin plantearse la posibilidad de iniciar un cambio.
- Interpretación errónea: La persona ha aprendido a interpretar los acontecimientos de una forma errónea.

Los síntomas que presentan las personas deprimidas abarcan estas áreas:

1.- Síntomas anímicos: la tristeza, el abatimiento, la pesadumbre o la infelicidad. En algunos casos, también se manifiesta como un tipo de irritabilidad y de nerviosismo.

2.- Síntomas motivacionales y conductuales. La característica principal es la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrutar las cosas. A la persona deprimida le cuesta levantarse por las mañanas, elegir lo que se va a poner, salir de casa, etc.

3.- Síntomas cognitivos: la persona deprimida tiene dificultades para concentrarse, para atender y memorizar. Posee una visión pesimista de sí misma, de lo que le rodea y de su futuro.

4.- Síntomas físicos: entre el 70-80% de las personas deprimidas tiene problemas de sueño (insomnio o somnolencia excesiva) asimismo, es posible que exista otras molestias como dolores de cabeza, náuseas, vómitos.

5.- Síntomas interpersonales: Las relaciones de la persona deprimida se van deteriorando, en parte por la falta de interés que ésta demuestra por estar con los demás y en parte por el rechazo que provoca en la gente este tipo de comportamiento.

Diagnosis

Para calificar para un diagnóstico de *depresión clínica* es necesario que estén presentes, al mismo tiempo y durante cierto período, varios de los siguientes síntomas:

A.- Bajo estado de ánimo persistente (al menos durante dos semanas)

B.- Al menos cinco de los síntomas siguientes:

1. Falta de apetito o pérdida de peso, o mayor apetito o aumento de peso (variaciones de 500 gramos a la semana durante varias semanas o 4.5 Kg. en un año sin estar a dieta)
2. Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado.
3. Fatiga, cansancio o pérdida de energía.
4. Movimientos corporales disminuidos o agitados (no sólo sensación subjetiva de intranquilidad o decaimiento sino observable por otros)
5. Pérdida de interés o placer por actividades cotidianas, incluyendo contacto social o sexual.
6. Sentimientos de autorreproche, culpabilidad excesiva o inapropiada

7. Queja o prueba de capacidad disminuida para pensar o concentrarse, como pensamiento lento o indecisión.
8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Diagnóstico para Depresión endógena

Tanto del grupo A como del B se requieren por lo menos seis síntomas antes de hacer un diagnóstico definitivo de depresión endógena, estos seis deben incluir, al menos, un síntoma del grupo A.

- A:
- 1.- Cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo, es decir, el ánimo depresivo se percibe de manera diferente del tipo de sensación que se tendría después de la muerte de un ser querido.
 - 2.- Falta de reactividad a los cambios ambientales (una vez deprimido, no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando suceden cosas positivas).
 - 3.- El ánimo empeora regularmente por la mañana.
 - 4.- Pérdida de interés o placer que afecta todo.
- B:
- 1.- Sentimientos de autorreproche o culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - 2.- Despertar muy temprano por la mañana, o insomnio a mitad de la noche.
 - 3.- Movimientos corporales disminuidos o agitados más que mero sentimiento subjetivo de estar inquieto o decaído, los cambios son suficientes para que otros los perciban
 - 4.- Poco apetito
 - 5.- Pérdida de peso (1Kg. Por semana durante varias semanas o 9 Kg. al año sin estar a dieta)
 - 6.- Pérdida de interés o placer por actividades cotidianas, o decremento en el impulso sexual

Tratamiento

El tratamiento tiene un abordaje psicoterapéutico en combinación según criterio del profesional con fármacos, que ayuden a estabilizar la normalidad emocional y anímica, a través de antidepresivos, que serán prescritos por el psiquiatra de acuerdo al diagnóstico.

El abordaje específicamente psicológico, esta ampliamente trabajado la terapia cognitiva, la que ofrece beneficios para transformar los pensamientos negativos y depresores en positivos y creencia de transformación.

Las técnicas cognitivas, intentan que los pacientes reconceptualicen sus pensamientos y recuerdos sólo como pensamientos y recuerdos que se pueden modificar y no como un reflejo de la realidad.

La terapia cognitiva actúa sobre técnicas y objetivos como estos:

- a.- Atrapar pensamientos: se enseña a la persona a percatarse de los pensamientos depresivos en el momento en que éstos ocurren.
- b.- Asignar tareas: se alienta a actividades que la persona había evitado (por su malestar)
- c.- Evaluar la realidad: Se seleccionan tareas que ayuden a hacer aflorar la verdad en pensamientos o creencias negativas
- d.- Ensayo cognitivo: se invita a que la persona haga un recuento, al terapeuta de las etapas de alguna actividad que no haya querido hacer, así como de los pensamientos y sentimientos implícitos en ello, la meta es descubrir posibles “bloqueos” imaginar un posible éxito.
- e.- Terapia alternativa: se instruye a la persona a imaginar situaciones desagradables y después generar estrategias para su solución.

2.7. Trata de Blancas

El término “trata de blancas” se usaba a finales del siglo XIX y hacía hincapié en las mujeres europeas que eran llevadas con fines de explotación sexual a países de Europa, Asia y África, ya que eran únicamente mujeres blancas. Pero ahora cambió de nombre, porque es “tráfico de personas”: mujeres, hombres, niños, que son buscados, elegidos y captados o secuestrados. Los trasladan hacia los centros de prostitución en contra de su voluntad, con el objetivo bien claro de comerciar con ellos.

La trata de blancas existe porque existen consumidores. Sin consumidores no habría trata de blancas. No se podría estar en contra de la prostituta y de su cliente que libremente contrata el servicio, porque eso forma parte del libre albedrío de cada uno, sino de la prostitución forzada o servidumbre sexual implicada en la trata de blancas.

En términos económicos la trata de blancas se encuentra casi a la altura del tráfico de armas y el tráfico de drogas. En lo que se refiere a la prostitución infantil, una niña, dependiendo de su juventud y belleza, puede reportarle al proxeneta alrededor de 13.000 dólares por mes, o algo así como 130.000 dólares anuales. Hay proxenetas que regentan hasta 30 chicas, lo que les significaría una entrada aproximada de 400.000 dólares mensuales.

La trata de personas conocida hoy en día como la esclavitud del siglo XXI es un delito que atenta contra los derechos humanos, pues vulnera, la esencia misma de la persona, vida contra la libertad, integridad, y dignidad.

Se define trata de personas como: El tráfico sexual en el cual se induce a la persona a realizar un acto sexual con fines comerciales mediante fuerza, fraude o coerción, o en el que la persona forzada a realizar ese acto no ha cumplido los 18 años de edad.

La contratación, ocultamiento, transporte, suministro u obtención de una persona para trabajo o servicios, mediante el uso de fuerza, fraude o coerción con el fin de someterla a servidumbre involuntaria, peonaje, servidumbre por deudas o esclavitud.

La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

A continuación se recogen toda una serie de indicios que pueden ayudar al personal que, por cualquier motivo, pueda encontrarse en el desempeño de sus funciones con una posible víctima de trata.

- **Indicios generales**

Si bien los siguientes indicadores no son suficientes por sí mismos para determinar si nos encontramos ante un caso de trata, sí pueden indicar que la persona en cuestión está siendo controlada por otra u otras personas, por lo que su situación debe ser investigada con más profundidad.

- Carencia de documentos de identidad (en especial el pasaporte) y de inmigración (visados, permisos de residencia, etc.) También puede darse el caso de que tenga documentos falsos.
- Ausencia o escasez de dinero, sin ningún tipo de control sobre él, ya que es controlado por el tratante o proxeneta.
- Incapacidad de mudarse a otro sitio o dejar su trabajo.
- Aislamiento de sus familiares y miembros de su etnia o comunidad religiosa.
- Incapacidad de comunicarse libremente con amigos o familiares.
- Coste excesivo pagado por su viaje, normalmente pagado en forma de deuda.

- Aislamiento social: limitación del contacto con personas ajenas a los tratantes o establecimiento de medidas para vigilar todo contacto o para garantizar que éste sea sólo superficial.
- Incapacidad o dificultades de comunicarse en el idioma del país en el que se encuentra; particularmente, si su estancia es ya prolongada en él.
- Sufrimiento de abusos verbales o psicológicos con el fin de intimidar, degradar o atemorizarla.

Lugares en los que se encuentran las víctimas

Las personas víctimas de trata con fines de explotación sexual se encuentran, a menudo, en la calle o en establecimientos de comercio sexual como:

- Zonas o clubes donde se ejerce la prostitución
- Bares y clubes de desnudismo
- Casas de producción de pornografía
- Salones de masajes

Las personas víctimas de trata con fines de explotación laboral son un grupo más heterogéneo y se encuentran principalmente en la agricultura, la construcción, el servicio doméstico y también en industrias ilegales como puedan ser el tráfico de drogas o de armas. Aunque la mayoría son mujeres y menores de edad, también muchos hombres sufren este tipo de esclavitud. Estos casos pueden encontrarse en:

- Fábricas y talleres de confección donde se trabaja bajo condiciones abusivas
- Recogida y procesamiento de productos agrícolas
- Empleadas del hogar, niñeras, etc.

- Construcción
- Hotelería.

Las víctimas de trata con fines de explotación sexual o laboral sufren con frecuencia alteraciones psicológicas que pueden, dependiendo de los casos, derivar en: trastorno del estado de ánimo, estrés agudo, trastornos psicológicos graves. Entre éstos, cabe mencionar los trastornos; de ansiedad, postraumático, fobias, ataques de pánico y depresión. Como indicios sobre estas alteraciones o trastornos, destacan:

Estrés postraumático o alteraciones psicológicas (trauma, depresión, ansiedad). Trastornos de personalidad, adaptativos, relacionados con la adicción a drogas y alcohol, amnésicos, disociativos, del sueño.

Los síntomas o manifestaciones más frecuentes pueden ser: Dolores de cabeza, alteraciones del sueño, se sobresalta con facilidad, temblores en las manos, apariencia nerviosa o preocupada, llora con facilidad, dificultad en tener las ideas claras, piensa que no vale mucho, pérdida de interés en las cosas, pensamientos de suicidio, cansancio generalizado, malestar en el estómago, adicción a tóxicos y alcohol.

Indicios específicos relativos a víctimas con fines de explotación laboral.

Situación de servidumbre por deuda y, por lo tanto, las víctimas se encuentran bajo presión para cumplirla o manifiestan un compromiso de honor para satisfacerla.

Daños o heridas relacionados con trabajo duro o peligroso (cicatrices, problemas crónicos, de espalda, pérdida de audición, visuales, respiratorios, cardiovasculares o incluso amputación de miembros).

Indicios específicos relativos a menores víctimas de trata.

Según diversas fuentes, en el caso de trata de menores, predomina la mendicidad forzada, seguida de la trata con fines de explotación sexual.

Problemas emocionales: depresión, ansiedad, aislamiento, fantasías excesivas, conductas regresivas, falta de control emocional, fobias repetidas y variadas, problemas psicosomáticos o labilidad afectiva, sentimientos de culpa o vergüenza extremos.

- Problemas conductuales: agresiones, fugas, conductas delictivas, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio.
- Indicadores conductuales sexuales: conductas sexuales impropias de su edad (masturbación compulsiva, caricias buco genitales, conductas sexualmente seductoras, agresiones sexuales a otros niños más pequeños o iguales), conocimientos y afirmaciones sexuales impropias de su edad.
- Problemas en el desarrollo cognitivo: retrasos en el habla, problemas de atención, fracaso escolar, retraimiento, disminución del rendimiento, retrasos no orgánicos del crecimiento, accidentes frecuentes, psicomotricidad lenta o hiperactividad.
- Indicadores físicos: dificultad para caminar o sentarse, lesiones, desgarros, magulladuras en los órganos sexuales, irritación del área ano genital, infecciones en zonas genitales y urinarias, enfermedades venéreas, presencia de esperma, embarazo, dificultades manifiestas en la defecación, enuresis o encopresis.

Debido a la desnutrición, problemas de salud relacionados con el crecimiento: estatura muy baja por su edad, malformación o deterioro dental, subdesarrollo de sistemas reproductivos en adolescentes

Indicios según la edad de la víctima en caso de explotación sexual.

Entre los 6 y los 12 años: baja autoestima, problemas escolares, trastornos de sueño, reacciones psicosomáticas, dolor abdominal.

En adolescentes: baja autoestima, fugas de casa, depresión, embarazo, auto mutilaciones, agresividad y aislamiento. Una persona puede ser víctima de trata independientemente de que alguna vez haya consentido a ello, participado en un delito como resultado directo de ser víctima de trata, haya sido transportada a una situación de explotación o, sencillamente, haya nacido en

una situación de servidumbre. En el centro de este fenómeno, se encuentra la infinidad de formas de esclavitud, no las actividades involucradas en el transporte internacional.

Las víctimas esclavizadas mediante una combinación de control psicológico, intimidación y abuso. Las amenazas constantes, y sufrir o presenciar violencia pueden condicionar a las adolescentes, como estrategia de sobre vivencia, a someterse a sus traficantes. Las descripciones que hacen ellas de abusos y sus efectos son similares a las de quienes padecen violencia doméstica, por la experiencia de vivir bajo un estado de vigilancia, trauma y miedo constantes. Las niñas y mujeres arrebatadas a las organizaciones criminales muestran un patrón. "Llegan a los albergues con mucho dolor y desconfianza, dejan de comer, de dormir y de ir al baño. El suicidio se vuelve una opción para olvidar lo que vivieron.

2.8. Adicciones

La adicción es una enfermedad o un desorden que responde positivamente al tratamiento adecuado. Al igual que otros desordenes de naturaleza crónica, existe una tendencia a la recaída, pero la recuperación es posible.

La adicción: También es una enfermedad primaria, progresiva y mortal. Primaria: Esta palabra significa "primera" o que aparece en primer lugar. Muchas personas piensan que la adicción a las drogas aparece después o es consecuencia de algún problema como lo es alguna enfermedad mental, un "trauma" sufrido durante la niñez o cosas similares. Si así fuera diríamos que es una enfermedad secundaria, esto es, que es una consecuencia directa de otro problema mental o emocional.

Progresiva: Quiere decir simplemente que las cosas van a ir empeorándose cada vez más mientras la persona no se atiende. Muchos adictos, sus familiares, amigos piensan que con sostener una buena platicada con la persona problema, dándole algunos consejos o regaños, esta va a dejar de consumir droga o de abusar de las bebidas alcohólicas y las cosas van a cambiar.

Desgraciadamente esto no es así en el caso de los verdaderos alcohólicos y adictos. Se requiere de ayuda especializada. Algunas personas suponen que el hecho de dejar de consumir por algún tiempo su droga de preferencia, alejarse de ella por semanas o meses, se convertirá en el mejor argumento para demostrarse a sí mismo y a los demás que no tienen ningún problema y que pueden dejar de beber o drogarse cuando así lo deseen o se lo propongan.

Mortal: Esto parece fácil de entenderse: a medida que las personas adictas consuman más drogas o alcohol, tiene más riesgo de morir por una sobredosis. Mientras se abusa del alcohol o de las drogas se pierde el sentido de la vida y se llega al suicidio y esto es algo que le sucede a gran cantidad de alcohólicos y adictos, finalmente se puede perecer por la sencilla razón de que a la mayoría de los adictos les resulta muy difícil parar de consumir el alcohol o drogas y esto va a provocar un deterioro progresivo de las funciones vitales del organismo hasta que este deje de funcionar.

Las Drogas

Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. Es toda sustancia capaz de alterar el organismo y su acción psíquica la ejerce sobre la conducta, la percepción y la conciencia. La dependencia de la droga es el consumo excesivo persistente y periódico de toda sustancia tóxica. El término drogas visto desde un punto de vista estrictamente científico es principio activo, materia prima.

Existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusan y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social.

La edad media de inicio de consumo es distinta para cada una de las sustancias. El alcohol y el tabaco se sitúan entre las sustancias donde el inicio del consumo es más precoz, en el entorno de los 13 años.

Tras ellas, se sitúa el consumo de cannabis con una edad media de inicio en el consumo alrededor de los 15 años. A partir de los 15 años se inicia el consumo de estimulantes como la cocaína o antefaminas, alucinógenos como el LSD, drogas de síntesis como el éxtasis y opiáceos como la heroína.

Una de las principales droga de inicio suele ser la marihuana, que se comienza a consumir a la par del cigarrillo y combinada, en la mayoría de los casos con alcohol.

La educación desde la infancia hasta la adolescencia se desarrolla en el seno familiar, la escuela y el grupo de iguales (amigos, compañeros) Por ello, cualquier actividad de prevención de conductas de riesgo, entre ellas el abuso de drogas, ha de orientarse hacia estos ámbitos.

Las drogas están presentes en nuestra sociedad, esto es una realidad. La forma de relacionarse con ellas surge de nuestra actitud y de nuestra escala de valores.

Educar es algo más que informar, cabe mencionar que una parte importante del problema parte de la formación educativa.

Hay 4 niveles de consumo:

1- *Uso o etapa experimental*, el consumo se realiza, generalmente, con finalidad exploradora y sin el propósito de iniciarse en un hábito continuo.

2- *Uso ocasional o etapa lúdica-recreativa*, cada vez se consume con mayor frecuencia, siempre para disfrutar de los efectos buscados y en ambientes socialmente proclives a ellos, en solitario, en pareja, con amigos, sin conciencia clara de la adicción.

3- *Uso regular o abuso*, también se denomina *etapa de pérdida de control*. Con el tiempo se incrementa la frecuencia y la cantidad de los consumos.

4- *Drogodependencia o etapa de consumo compulsivo*, se llega inclusive a cambiar de vía de administración. Si antes se hacía vía tabaco, al final se puede llegar a la vía intravenosa, de efectos más rápidos y potentes.

Los tratamientos por lo general incluyen la abstinencia de la sustancia causante de una patología y de todas las demás sustancias adictivas.

Si hay dependencia fisiológica, el tratamiento empieza por la desintoxicación, (o sea el aislamiento gradual de la droga).

Otros métodos principales de tratamiento incluyen la terapia individual, de grupo y/o familia, la orientación, la educación y la modificación de comportamientos.

Las personas dependientes de sustancias tienen tres cosas en común:

- 1- La negación del problema adictivo.
- 2- El creer que necesitan la droga para funcionar normalmente
- 3- El mal uso de una sustancia (la droga)

Otros síntomas pueden incluir la tolerancia, la supresión (dependencia fisiológica), cambios en las relaciones interpersonales, impulsividad, inmadurez, comportamientos dependientes y una habilidad disminuida para hacer frente a las cosas.

Consecuencias en el uso de drogas

El consumo de drogas constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Lo que hace que una adicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás.

Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. El problema sobreviene cuando la búsqueda se vuelve continua y el deseo de consumo crece sin tener límite.

Pero más temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

la vida de una persona. Estas consecuencias son muy diversas y afectan la salud física, mental, social y las relaciones familiares.

Salud: el consumo de drogas origina o interviene en la aparición de diversas enfermedades, daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Por ejemplo: Hepatitis, Cirrosis, Trastornos cardiovasculares, Depresión, Psicosis, Paranoia, etc.

Salud psíquica: Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa

Salud Física: La adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

Social: Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación, etc.

Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como solución

Relaciones: La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

La adicción es una enfermedad o un desorden que responde positivamente al tratamiento adecuado. Al igual que otros desórdenes de naturaleza crónica, existe una tendencia a la recaída, pero la recuperación es posible.

Tratamiento

El tratamiento es un proceso, que consiste en una serie de intervenciones estructuradas, dirigidas

a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida. Además de la prevención universal conocida como la drogodependencia, se debe tomar en cuenta otras alternativas como el acercarse a los adolescentes y jóvenes dentro de su contexto cultural, social y económico, a través de estrategias de mediación, y deben existir programas de intervención breves para los consumidores de alguna droga como herramienta de socialización.

La familia del adicto tiene un papel de importancia en la recuperación de las adicciones, ya que los consumidores vienen de familias disfuncionales o en muchos casos carecen de una familia. Y esto nos permite entender que la mayoría de consumidores adictos adolescentes viven en zonas marginales que viven en exclusión social.

Mientras que la recuperación es el proceso mediante el cual el adicto detiene su uso y produce cambios positivos en su estilo de vida, el tratamiento se define como una serie de actividades clínicas estructuradas que se utilizan con el fin de ayudar al adicto a reconocer y detener la adicción activa; así como promover y mantener la recuperación sostenida.

La recuperación es para toda la vida y su objetivo es el de mejorar la calidad de vida del adicto en recuperación

La intervención clínica también puede ser eficaz para comenzar el proceso de recuperación. Muchas veces el primer contacto con el tratamiento lo hace el adicto para tratar alguna complicación secundaria al uso. Por ejemplo una gastritis aguda en el alcoholismo, o una enfermedad venérea en el adicto al sexo. Si en ese momento se hace el adecuado diagnóstico de adicción es más probable que se haga una recomendación de tratamiento específico para la adicción. Pero muchas veces no se hace el diagnóstico por la falta de entrenamiento que existe en las profesiones de ayuda en esta área del tratamiento de las adicciones

El tratamiento de las adicciones debe ser integral, sistémico y estratégico abordando la mayor cantidad de niveles posible: personal, familiar, laboral, social, etc.; y se debe tener en cuenta a la persona de manera integral y completa. Las diferentes herramientas terapéuticas pueden y deben ser usados de manera integral y teniendo en cuenta las necesidades especiales del paciente.

No existen tratamientos mejores que otros sino que cada persona tiene necesidades distintas y cada modalidad de tratamiento ofrece posibilidades distintas. Los grupos de autoayuda y de grupo son modalidades de tratamiento que han sido exitosos a lo largo del tiempo y son siempre recomendables especialmente en la etapa de mantenimiento.

2.9. Incesto

Actualmente vivimos un período donde se comienza a estudiar el problema de los efectos de la violencia, sea ésta del tipo que sea, sobre las personas y, dentro de este problema, el abuso sexual sobre menores es tan sólo un problema más, particular, acotado y con sus propias connotaciones y características.

El primer motivo para la represión legal del abuso sexual sobre menores es que existe una evidencia clínica creciente de que el abuso sexual durante la infancia afecta verdaderamente al desarrollo psicológico ulterior del adulto.

La hipótesis del abuso sexual como “trauma” dentro del desarrollo evolutivo del niño ha adquirido peso específico durante los últimos años. En este sentido, Mullen et al., demuestran que existen secuelas en las víctimas infantiles que les afectará en su desarrollo adulto y que son:

- Declive del status socioeconómico
- Problemas sexuales crecientes
- Propensión a percibir a sus parejas como poco cariñosas e hipercontrol

Otros factores son la deprivación y desventaja asociados al abuso sexual y que, por tanto, sería inadecuado realizar intervenciones terapéuticas centradas exclusivamente en el trauma sexual. Esto es completamente coherente con los datos que aportó: “Las reacciones de las víctimas son mucho más complejas y multidimensionales, y se trate del tipo de abuso que se trate, y en su conjunto, tan sólo el 50% de los niños nos informarán de alguna consecuencia para su salud mental a largo plazo”.

Aunque a veces se tiende a hablar del maltrato infantil como concepto global y éste se suele definir como “el tratamiento extremadamente inadecuado que los adultos encargados de cuidar al niño le proporcionan y que representa un grave obstáculo para su desarrollo”, se podrían establecer diferentes tipos, cada uno con características propias. En la actualidad se consideran cinco tipos diferentes de maltrato:

- 1) Abuso físico (maltrato físico activo): acción no accidental llevada a cabo por un adulto encargado de cuidar al niño, que le produce daño físico o que le sitúa en riesgo de sufrirlo.
- 2) Abuso emocional (maltrato emocional activo): acción no accidental, llevada a cabo por un adulto encargado de cuidar al niño, de naturaleza psicológicamente destructiva y que deteriora gravemente el desarrollo psicológico del niño, o que representa un grave riesgo para ello. Incluye: hostilidad, rechazo crónico, corrupción, aterrorizar al niño/a, etc.
- 3) Negligencia física (maltrato físico pasivo): persistente falta de atención de las necesidades físicas del niño (alimentación, vestido, higiene, vigilancia médica) por parte de los adultos encargados de su cuidado.
- 4) Negligencia o abandono emocional (maltrato emocional pasivo): persistente falta de atención a las necesidades psicológicas del niño (seguridad, afecto) por parte de los adultos encargados de su cuidado. Incluye: falta continuada de disponibilidad psicológica e interés hacia el niño, falta repetida de respuesta a las conductas iniciadas por el niño,
- 5) Abuso sexual: cualquier acción de tipo sexual (que transgrede los tabúes existentes en ese sentido en una determinada sociedad) por parte de un adulto hacia un niño.

Si nos guiamos por esta definición de abuso sexual, hay que destacar un primer elemento: los abusos sexuales distan de ser algo objetivo, es decir, dependiendo del contexto social donde se den serán vividos como abusos o no. El único tabú universal es el tabú del incesto y proviene prácticamente del nacimiento del hombre como especie. Según esta prohibición, los hombres de la tribu no pueden tener contacto carnal con las mujeres de su familia.

Este último tipo de maltrato, el abuso sexual, es el que se produce fundamentalmente contra las niñas, distribuyéndose de forma inversa en los demás tipos de maltrato.

Existen otras clasificaciones de tipos de maltrato, por ejemplo la realizada por Henry Kempe en su libro "Síndrome del niño maltratado", en el cual establece cuatro subtipos:

a) **Maltratos físicos:** la violencia física implica la existencia de actos físicamente nocivos contra el niño. Queda definida por cualquier lesión inflingida (hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento, administración a un lactante de las dosis de sedantes correspondientes a un adulto o bien drogas alucinógenas, ...). Las lesiones producidas requieren atención médica. La negligencia física también estaría incluida aquí e implicaría un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. Incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales.

b) **Maltratos psíquicos:** el maltrato psicológico es el más difícil de diagnosticar por la dificultad de encontrar unas manifestaciones características. Es la consecuencia de un rechazo verbalizado, de falta de comunicación, insultos y desvalorización repetida, educación en la intimidación, discriminación en el trato en relación con el resto de hermanos o compañeros y exigencias superiores a las propias de la edad. La negligencia y el abandono emocional se dan cuando el niño no recibe las atenciones afectivas, nutricionales, educacionales, sanitarias e higiénicas que necesita. Un ejemplo de esto sería la mendicidad.

El abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físicos, pero también puede darse en casos en que los cuidados meramente físicos son buenos, ocasionando entonces el mismo daño a la personalidad en vías de desarrollo. De vez en cuando surgen noticias de niños a los que se ha dejado atados en un desván o un sótano, aunque lo más frecuente son las formas sutiles de maltrato emocional, en las que un niño es constantemente aterrorizado, regañado o rechazado. Cuando el progenitor está constantemente ausente en el sentido emocional, el niño puede sufrir por causa de una privación que puede pasar perfectamente inadvertida.

El maltrato emocional, en ausencia de daños físicos, resulta difícil de demostrar, aunque sus efectos pueden ser invalidantes. Suelen ser diagnosticados por psiquiatras o psicólogos tan sólo años después, cuando los síntomas de la alteración emocional se hacen más evidentes. Los actos nocivos son sobre todo verbales, diciéndole constantemente al niño que es “odioso, feo, estúpido” o haciéndole ver que es una carga indeseable. Puede incluso no llamársele por su nombre, y referirse a él como “tú”, “idiota” o de cualquier otro modo insultante. Un niño así se siente el “chivo expiatorio” dentro de la familia, e incluso sus hermanos y hermanas son activamente animados, y quizá recompensados, por ultrajarle o ignorarle.

c) Maltratos sexuales: implican la explotación de niños mediante actos tales como incesto, abusos y violación. Los abusos sexuales se definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento voluntario o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares. Incluyen:

- *Paidofilia*: supone el contacto sexual, no violento, de un adulto con un niño, y puede consistir en manipulaciones, exhibiciones de genitales, o contactos buco-genitales. La edad del niño suele oscilar entre los dos años y el comienzo de la adolescencia.

- *Incesto*: corresponde a individuos con personalidades psicopáticas y sexualidad indiscriminada, que consideran a sus hijos como objetos, siendo frecuentemente violentos (relación materno/paterno-filial). Se puede iniciar a la edad de uno o dos años y continuar hasta la adolescencia.

- *Proxenetismo*: explotación de menores con fines lucrativos por parte de individuos con o sin parentesco con ellos (p. ej.: la prostitución infantil).

- *Violación*: es un abuso sexual violento, sin consentimiento por parte del menor.

d) Maltratos institucionales: se pueden definir como “cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario de las mismas. Comporta abuso, negligencia y

detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y de la infancia". También como institución, nos referimos a los medios de comunicación ya que tienen la suficiente fuerza como para poder modificar, aleccionar y formar hábitos en la población en general y también en la infancia.

A diferencia de los otros tipos de abusos cometidos contra el niño, en la variedad institucional, no es necesario el contacto directo entre el niño y las personas que van a dictar las disposiciones, normativas, etc., que pueden constituir malos tratos. Detrás de una mesa de despacho también se puede ser responsable de malos tratos. Tampoco hay que olvidar que el profesional o funcionario también pueden actuar directamente sobre el niño y producir un maltrato. Hay dos diferencias fundamentales: mientras que en el maltrato familiar aparecen síntomas evidentes a corto plazo o desde el momento de la agresión, en el maltrato institucional son raras las manifestaciones a corto plazo, provocándose las alteraciones a medio y largo plazo.

En el tema de los abusos sexuales infantiles, al igual que en todos los demás temas tabúes, existen numerosas creencias erróneas. A continuación apuntaré las más comunes, las cuales, de forma más o menos consciente, contribuyen a ocultar el problema, así como a tranquilizar a quienes no desean afrontarlo:

- Muchas personas piensan que los abusos sexuales no existen o son muy infrecuentes y, sin embargo, la frecuencia es muy elevada.
- La mayor parte de las personas creen que los agresores son personas con graves patologías o con desviaciones sexuales y, sin embargo, casi todos los abusos sexuales son cometidos por sujetos aparentemente normales.
- Es usual creer que si los abusos sexuales ocurrieran en nuestro entorno inmediato, nos enteraríamos. La realidad es que la mayor parte de los casos de abusos sexuales no son conocidos por las personas más cercanas a las víctimas y estas tienden con mucha frecuencia a ocultarlos.

- Se suele creer también que los abusos sexuales a menores sólo ocurren en ambientes muy especiales, asociándolos con la pobreza, baja cultura, etc. Aunque es posible que en determinados ambientes sean más frecuentes, los datos confirman que están presentes en todas las clases sociales, zonas geográficas, etc.
- Es también muy frecuente la tendencia a creer que los niños, cuando los cuentan, no dicen la verdad o que están fantaseando. Por el contrario, cuando un niño dice que ha sido objeto de estas conductas, prácticamente siempre dice la verdad y, por consiguiente, debemos creerle.
- También parecería razonable creer que si la madre de un niño se enterara de que su hijo ha sido objeto de un abuso sexual, no lo consentiría y lo comunicaría a alguien o lo denunciaría. Sin embargo, la realidad nos demuestra que si el agresor es un miembro de la propia familia, bastantes madres reaccionan ocultando los hechos.
- Otro error consiste en creer que en la actualidad hay más abusos a menores que antes, lo que pasa es que ahora son estudiados.
- Tampoco es correcto creer que los agresores son casi siempre familiares o casi siempre desconocidos. Los agresores pueden tener relaciones de muy diversos tipos con la víctima y no conviene hacer simplificaciones erróneas.

Los abusos sexuales contra niños se cobran al año un número desconocido de víctimas. No podemos arrancar las raíces de los abusos sexuales contra los niños, pero lo que sí podemos hacer es, a través de programas de prevención y tratamiento, educar al público sobre los peligros de estos abusos sexuales y sobre la necesidad de denunciar dichos abusos y los intentos de abuso.

Estos programas de prevención pasan, en primer lugar, por educarnos a nosotros mismos como padres o futuros padres, a nuestros hijos y a los profesionales que les rodean sobre los peligros y las consecuencias de los abusos sexuales. Esto será vital porque la experiencia demuestra que los niños alertados sobre la posibilidad de ser atacados sexualmente están mejor preparados para protegerse de ello que los que no son conscientes de dicho peligro. Además, tendrán más

probabilidades de revelar un incidente que los niños que sólo reconocen vagamente lo que les ha ocurrido.

En segundo lugar, los padres deben crear un ambiente en el que los niños sean libres de comunicar y discutir cualquier situación que les haga sentirse incómodos, y de revelar cualquier ataque sexual que hayan podido sufrir. Se ha de romper la barrera de silencio que rodea a este delito porque únicamente cuando se es consciente de la gravedad del problema y de sus consecuencias, disminuirán los sentimientos de culpabilidad y vergüenza que suelen experimentar las víctimas de este tipo de delitos. Solo entonces se romperá el silencio y dejarán de considerarlo un profundo y oscuro secreto.

Capítulo III

Referente Metodológico

3.1. Programa de Práctica IV

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el Seminario de Integración y demás actividades programadas para aplicar la Psicología y consejería social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

1.1. Objetivos Generales

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.

1.2. Específicos

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.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
Práctica V

Institución: El Refugio de la Niñez

Período: Febrero – Agosto 2010

Mes	Actividad	Casos atendidos	Intervención grupal	Reunión con equipo educadoras y psicóloga asignada	Talleres	Evaluación psicológica	Intervención en crisis
Febrero	Presentación credenciales. Presentación al equipo comunitario. Asignación de casos	3	X	2	-----	-----	X
Marzo	Evaluación psicológica y atención psicológica	10	X	3	-----	X	X
Abril	Evaluación psicológica y atención psicológica	15	X	3	1	X	X
Mayo	Evaluación psicológica y atención psicológica Entrega de evaluación psicológica	12				X	X
Junio	Evaluación psicológica y atención psicológica Entrega de evaluación psicológica	15	X	2	-----	X	X
Julio	Evaluación psicológica y atención psicológica Entrega de evaluación psicológica	15				X	X
Agosto	Cierre en la Institución	-----	-----	2	-----	-----	-----

3.3. Informes mensuales de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Graciela Norma Riera

Fecha: 6 de Marzo del 2010

Institución de practica: El Refugio de la Niñez

INFORME MENSUAL MES DE FEBRERO 2010

I. **Nombre de paciente:** María Selena Raxon Barot – 13 años

Motivo de consulta: seguimiento de Proceso terapéutico. Derivación de la Psicóloga de planta para realizar evaluación diagnóstica y trabajar los traumas de abuso verbal y físico. Posibilidad de implementar el PEI como red de apoyo para reinserción escolar.

Diagnóstico: Maltrato físico y verbal por figuras parentales. Retraso de su desarrollo madurativo por falta de estímulos y aprestamiento adecuado. (Dado por el Refugio, el mío se dará al finalizar la evaluación)

Avances del mes: se trabajó acercamiento y construcción del rapport. Dado que Selena se muestra sumamente desconfiada de personas que no conoce, se estableció la relación terapéutica a través de Terapia de Arte, dado que siente agrado de pintar y dibujar. En la misma sesión se pudo aplicar las pruebas proyectivas menores, test de la familia, figura humana y bajo la lluvia.

Asimismo, se trabajó en investigar el expediente judicial, intercambiar información con la psicóloga que lleva el caso, y con las educadoras, como la abogada civil que mantiene la investigación con sus padres y figuras familiares extendidas.

No. de sesiones: 1

Inasistencias: -----

II. Nombre de paciente: Nancy Lourdes Ayala – 14 años

Motivo de consulta: referida por Psicóloga asignada al caso, para realizar evaluación completa y re-confirmar el diagnóstico dado. Se solicita que además se trabaje con la paciente, los traumas de abuso físico, emocional y sexual y dependencia de sustancias.

Diagnóstico: dado por el Refugio. Abuso y maltrato físico y sexual. Dependencia de sustancias. Conductas inadaptativas.

Avances del mes: En dos sesiones se trabajó manejo de ansiedad como producto de la abstinencia de sustancias, con manejo de control de impulsos, problemas de convivencia y emociones desbordantes. Se inició proceso de evaluación diagnóstica. Se aplicó pruebas proyectivas menores, y se definieron tareas de semana en semana.

Paralelamente se trabajó con la Psicóloga que lleva su caso, las educadoras y la abogada que lleva el expediente legal.

No. de sesiones: 2 **Inasistencias:** -----

III Nombre de paciente: Sandra María López Simon. 15 años

Motivo de consulta: referida por la Psicóloga asignada al caso para evaluación, y apoyo terapéutico al proceso que se realiza con la paciente.

Diagnóstico: (Refugio) Abuso sexual infantil. Maltrato físico. Problemas relativos al grupo primario.

Avances del mes: se realizó la primera sesión para generar rapport y vínculo terapéutico, se aplicó pruebas proyectivas menores y terapia del juego.

No. de sesiones: 1 **Inasistencias:** -----

Proceso personal

Desarrollar la práctica en un Centro como el Refugio de la Niñez, se convierte en una única oportunidad para estar en contacto con una realidad guatemalteca cruda y dramática.

Por otra parte, creo que es importante la experiencia como equipo interdisciplinario, psicólogas y educadoras, como así mismo el ente estatal representado por los juzgados, lo cual creo que me dará la experiencia para entender como se mueve este mundo tan lejano a mi vida cotidiana.

Después de un mes de asistir al Refugio, me siento más segura y muy aceptada por las internas, y con una gran ayuda y orientación por parte del personal.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Graciela Norma Riera

Fecha: 27 de Marzo del 2010

Institución de práctica: El Refugio de la Niñez

INFORME MENSUAL MES DE MARZO 2010

I. Nombre de la paciente: Lourdes Nancy Ayala

Motivo de consulta: Re-evaluación psicológica a petición del Director del Refugio

Diagnóstico: Trastorno de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia. Trastorno de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos de inicio durante la abstinencia. Negligencia de la infancia. Abuso sexual de la niña.

Avances del mes: durante el mes se trabajó el fortalecimiento del rapport terapéutico, se realizó la evaluación psicológica, se tuvieron dos sesiones de supervisión con la Licda. Zoila Ajuchan, y continuas pláticas con las educadoras de turno.

Dado que Lourdes se escapó del refugio, se realizó una reunión conjunta con el Director, las psicólogas y la educadora para evaluar la situación.

No. de sesiones: 4 (cuatro) **Inasistencias:** 1 justificada porque reinició la asistencia a la escuela.

II. Nombre de la paciente: María Selena Raxon Bonor

Motivo de consulta: Re-Evaluación psicológica y apoyar el proceso terapéutico en curso

Diagnóstico: Abuso sexual infantil, víctima de maltrato físico y verbal por ambos padres.

Avances del mes: se fortaleció el rapport terapéutico, se realizó la evaluación psicológica, y se comenzó con la instrucción del PEI, Programa de la Modificabilidad Cognitiva, método que se utilizará complementándolo con intervenciones a nivel emocional y psicológico.

Asimismo se mantuvieron dos reuniones con la Licda. Zoila Ajuchan para informar sobre los avances de Selena.

No. de sesiones: 4

Inasistencias: ninguna

III. Nombre de paciente: Sandra María López Sinar

Motivo de consulta: Re-Evaluación psicológica y apoyar al equipo en relación al proceso y tratamiento psicológico iniciado.

Diagnóstico: Abuso sexual, maltrato físico del niño,

Avances del mes: se fortaleció el rapport terapéutico, se realizó la evaluación psicológica, y se comenzó con la instrucción del PEI, Programa de la Modificabilidad Cognitiva, método que se utilizará complementándolo con intervenciones a nivel emocional y psicológico.

Asimismo se mantuvieron dos sesiones con la Licda. Zoila Ajuchan para acordar estrategias de intervención sobre actitudes y normativas.

No. de sesiones: 4

Inasistencias: ninguna

Proceso personal

Durante el mes de Marzo, tuve la oportunidad de trabajar dos horas seguidas con Sandra y Selena lo que me permitió avanzar sobre el plan de terapia y re-direccionar algunos objetivos.

Además de trabajar en cada sesión lo pendiente de la anterior ó lo que surge en la semana, tuve la oportunidad de integrarme de manera más efectiva en el equipo de educadores y psicólogos y compartir los avances o dificultades de las pacientes a mi cargo.

Como todos los días se realiza un encuentro de una hora, antes de iniciar las actividades, esto me permitió escuchar a las otras pacientes e interiorizarme de la estructura, dinámica, convivencia y problemáticas que existen en el grupo.

A sólo dos meses de iniciar mi proceso de práctica, hoy me siento más confiada y segura, porque me puedo apoyar en la Psicóloga a cargo y en la catedrática de supervisión, para recibir las orientaciones más adecuadas y dar seguimiento de manera efectiva a las necesidades de las pacientes.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Graciela Norma Riera
Fecha: 30 de Abril del 2010
Institución de práctica: El Refugio de la Niñez

Informe mensual mes de abril 2010

I. Nombre de la paciente: Lourdes Nancy Ayala

Motivo de consulta: Re-evaluación psicológica a petición del Director del Refugio

Diagnóstico: Trastorno de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia. Trastorno de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos de inicio durante la abstinencia. Negligencia de la infancia. Abuso sexual de la niña.

Avances del mes: Se entregó el Informe Psicológico a la Psicóloga de base. Lamentablemente en la primera semana de Abril Lourdes se fuga de El Refugio en una salida a la escuela. Por este motivo se suspendió el tratamiento.

Se realizó una reunión con las psicólogas y el director de la institución, y se acordó que parte de los motivos estuvieron sustentados en que Lourdes necesitaba otro tipo de medicación para la abstinencia. Se elogió el trabajo realizado y la calidad del informe realizado por la práctica.

No. de sesiones: ninguna

II. Nombre de la paciente: María Selena Raxón Bonor

Motivo de consulta: Re-Evaluación psicológica y apoyar el proceso terapéutico en curso

Diagnóstico: Negligencia de la infancia, víctima de maltrato físico y verbal por ambos padres.

Avances del mes: se fortaleció el rapport terapéutico, se concluyó la evaluación psicológica, y se comenzó con la instrucción del PEI, Programa de la Modificabilidad Cognitiva, método que se utilizará complementándolo con intervenciones a nivel emocional y psicológico.

Dado que se incorporó a Selena a un plan de tutorías por la mañana, se debió suspender el proceso terapéutico y la impartición del programa de la modificabilidad cognitiva.

Se mantuvieron reuniones de sostenimiento sobre la terapia con la Licda. Zoila Ajuchan a cargo del caso.

No. de sesiones: 1 sesión

Inasistencias: ninguna

III. Nombre de paciente: Sandra María López Sinar

Motivo de consulta: Re-Evaluación psicológica y apoyar al equipo en relación al proceso y tratamiento psicológico iniciado.

Diagnóstico: Maltrato físico de la niña, negligencia de la infancia

Avances del mes: se fortaleció el rapport terapéutico, se concluyó la evaluación psicológica, y se comenzó con la instrucción del PEI, Programa de la Modificabilidad Cognitiva, método que se utilizará complementándolo con intervenciones a nivel emocional y psicológico.

Se entregó el informe psicológico a la Licda. Zoila Ajuchan, y se mantuvieron sesiones con la Licda. para acordar estrategias de intervención sobre actitudes y normativas, alineadas sobre el perfil del trabajo.

Dado que se incorporó a Sandra a un plan tutorial por la mañana, se debió suspender el tratamiento que se estaba implementando.

Se elogió la calidad del informe psicológico y la intervención del tratamiento aplicado

No. de sesiones: 1

Inasistencias: ninguna

Intervenciones puntuales

El mes de Abril, dado que las tres pacientes asignadas, no estaban disponibles, se prestó ayuda a intervenciones puntuales con algunas de las internas, y asimismo se dió apoyo a una educadora, y se mantuvieron reuniones con la Licda. a cargo.

Se impartió un taller de control de ansiedad para las internas, con técnicas que favorecen el fortalecimiento del equilibrio emocional y personal.

Proceso personal

Abril, fue un mes particular, dado que la fuga de la paciente Lourdes, me afectó sabiendo al ambiente al cual ella regresó. De cualquier manera lo trabajé en mi terapia personal para eliminar cualquier culpa o creencia de no haber sido lo suficientemente eficiente para preveer la fuga.

También tuve que trabajar el desapego por las dos pacientes a las cuales no podré atender más.

Lo positivo fue estar flexible a las diferentes vivencias del ambiente del Refugio, él cual esta cargado de frustración, enojo, impotencia. La carga emocional con las que lideran las educadoras y las psicólogas es grande.

Además esto me ayudó a compartir más con el equipo de trabajo y darme cuenta que ya ocupo un lugar de reconocimiento sobre todo por los informes generados.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Graciela Norma Riera
Fecha: Mayo del 2010
Institución de práctica: El Refugio de la Niñez

Informe mensual mes de mayo 2010

I. Nombre de paciente: Antony Corea Padilla. Edad: 8 años

Motivo de consulta: Se solicitó realizar una evaluación psicológica (en curso) por problemas académicos y repitencia de primero grado y sensibilidad emocional (llanto extremo sin motivo, problemas de salud, vistos más como una somatización)

Diagnóstico: Probable Negligencia de la Infancia

Avances del mes: se realizó durante el mes de Mayo la aplicación de las pruebas: familia, figura humana, Test del Árbol, CAT, Raven. Quedando pendiente la prueba Wisc-R.

Se realizó entrevista a la madre de Antony y se asesoró sobre cuestiones de comportamiento y resolución frente a problemas de conducta y se dirigió una carta a la Dirección de la escuela para solicitar el permiso para asistir a la terapia y ausentarse de clases.

Dado que Antony es hermano de Fabiola, una interna, se trabajó conjuntamente con la psicóloga a cargo del caso para desarrollar estrategias de acercamiento de la madre con Fabiola, como parte del acompañamiento que se hace con las familias responsables de las niñas que están en proceso

No. de sesiones : 3

Inasistencias: 1

II Nombre de paciente: Marina Celia Campos Reyes Edad: 36 años

Motivo de consulta: se solicitó consulta para evaluación psicológica por probable retraso mental dado la alta actitud negligente de la madre frente a sus hijos.

Marina es la madre de una interna Marleny, la cual está en proceso por maltrato y prostitución .

Diagnóstico: A determinar al final de la evaluación

Avances del mes: Se realizó la entrevista, se pasaron las pruebas de: Raven TAT, Figura humana, familia y árbol.

En la próxima sesión se concluirá a evaluación y se procederá a reportar a la psicóloga a cargo.

No. de sesiones : 2

Inasistencias: 1

III Nombre de paciente: María José González Edad: 15 años

Motivo de consulta: Se solicitó la evaluación psicológica por probable depresión.

Diagnóstico: Maltrato de la infancia, Trastorno depresivo (probable)

Avances del mes: Se realizó la evaluación con las pruebas: Figura humana, familia, Escala de Beck, Árbol y TAT.

Paralelamente se realizaron intervenciones puntuales sobre procesos emocionales desbordantes y crisis de ansiedad.

Se entregará en el mes de Junio el Informe psicológico.

Paralelamente se trabajó con la psicóloga a cargo sobre la evolución de María José.

No. de sesiones: 4

Inasistencias: ---

IV. Nombre de paciente: Ari García Edad: 17 años

Motivo de consulta: se solicitó evaluación psicológica por posible depresión.

Diagnóstico: Trastorno depresivo mayor, negligencia de la infancia, explotación sexual.

Avances del mes: se aplicaron las pruebas del árbol, figura humana, familia, escala de Beck, y queda pendiente el TAT.

Se ha realizado de forma paralela, diferentes intervenciones psicológicas para ayudar a Ari, sobre emociones de temor, desconfianza y desestabilidad, dado que está embarazada y debió asistir a dos audiencias con el Juez, lo cual determinaría su futuro de asignación y reintención con su hermana y su familia.

No. de sesiones: 3 Inasistencias: 1

Así mismo durante el mes se han realizado intervenciones con otras internas por problemas puntuales, o intervención en crisis de índole emocional como, ansiedad, angustia, problemas de convivencia, resistencia en aceptación de normas, intentos de fuga, entre otros.

Se ha trabajado estrechamente con el equipo interdisciplinario como la abogada y la psicóloga a cargo de mis casos asignados.

Proceso personal

El mes de Mayo, ha sido un mes de experiencias profundas y a la vez desafiantes en relación a mi desempeño profesional. Si bien debo considerar la maravillosa experiencia de oportunidades que me da El Refugio, en virtud de la diversidad de casos para trabajar, mi interior humano ha debido aprender a lidiar con la frustración e impotencia ante tantas necesidades y carencias sobre todo afectivas de las niñas que llevan sus procesos, sobre todo en aquellas que no tienen una oportunidad para su futuro y deberán ser ubicadas en otros institutos cuando se termine el plazo de seis meses, que es lo que El Refugio puede albergar.

Rescato sobre manera, el reconocimiento por parte del equipo de trabajo del Refugio, sobre su labor cotidiana, y sobre su actitud para conmigo, dándome un lugar de importancia y de valoración de mi trabajo y mi desempeño, lo que a su vez, posiciona en reconocimiento a la Universidad Panamericana.

Diagnóstico: Maltrato de la infancia y negligencia

Avances del mes: se realizaron dos intervenciones de acompañamiento por un intento de fuga. Se reforzó el plan de normativas de El Refugio y la adaptación sobre los cambios de casa que sufrieron las internas. Motivo que afectó sobre manera a Mirna.

No. de sesiones: 2 Inasistencias -----

III. Nombre de paciente: Lucía Ramos Edad: 14 años

Motivo de consulta: se realizaron intervenciones de acompañamiento

Diagnóstico: Negligencia de la infancia y maltrato infantil

Avances del mes: se trabajaron emociones de inseguridad y desesperanza debido en primer lugar al cambio de casa, y en segunda instancia por la difícil adaptación a las normativas del refugio impuestas.

No. de sesiones: 1 Inasistencias: -----

IV. Nombre de paciente Gabriela Alejandra Herrera Edad: 15 años

Motivo de consulta: intervención de acompañamiento emocional

Diagnóstico: Maltrato y negligencia de la infancia. Abuso y explotación sexual

Avances del mes: se trabajaron aspectos de incertidumbre para la próxima audiencia judicial, como así la intolerancia hacia la convivencia con otras compañeras, asumir las responsabilidades y la adaptación a esta nueva etapa de su vida.

No. de sesiones: 1 Inasistencias: -----

V: Nombre de la Paciente: Marleny Campos Edad: 17 años

Motivo de Consulta: Se solicitó aplicar un test de inteligencia para evaluar posible retraso mental.

Diagnóstico: Retraso mental

Avances del mes: se aplicó el test de Raven y se realizó una intervención de acompañamiento emocional por la frustración que presenta de manera constante ante los cambios sufridos por el traslado de casa, de lo cual derivan emociones de inestabilidad e inseguridad

No. de sesiones: 1 Inasistencias: ----

Otras Intervenciones

También se trabajó paralelamente con la Licda. Zoila Ajachon que es la Psicóloga asignada a mi práctica. Se realizaron intercambios sobre diferentes casos, posibles tratamientos y avances de las internas.

Proceso personal

Este mes en particular, podría ser definido como de sumo desafío y crecimiento profesional. Dado que las niñas del Refugio debieron abandonar la casa porque el techo se cayó, fueron llevadas a dos albergues hasta alquilar una casa que hoy será su hogar en la zona 1.

Debido a la tormenta Aghata y las cenizas del volcán, sobrevino un cúmulo de emociones colmadas por incertidumbre y desconcierto no sólo por ellas, sino por sus familiares, muchos de ellos en zonas de alto riesgo.

La intervención terapéutica se debió ajustar a los programas ideados como la continuación de algunas evaluaciones dado que las prioridades, eran y fueron mitigar y aliviar los estados de ansiedad e inestabilidad que sumados a sus procesos personales se vieron subrayados por los del grupo.

Hoy finalmente están en una casa más amplia y con futuras posibilidades por lo menos en el ámbito de espacio físico para continuar con un proceso que en algunos casos aún no se definen y en otros ya se perfilan la solución y la debida reínsersión a sus familias.

Esto me ha enseñado una vez más que el paciente es el que define su proceso, y que el terapeuta como un maestro observador solo arrima las temperas (herramientas) para que puedan ser pintadas las formas y que marcan el sendero de la superación en el proceso.

He tenido que lidiar con emociones fuertes de frustración humana, pero a la vez me ha fortalecido al saber que mi presencia en muchos momentos fue de gran ayuda y un pilar de esperanza para poder creer que a pesar de la tragedia personal, la historia puede ser cambiada y ser escrita de otra manera, a pesar de todo.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Graciela Norma Riera

Fecha: 14 de Agosto del 2010

Institución de práctica: El Refugio de la Niñez

Informe mensual mes de julio 2010

Este mes ha sido un período particular en el lugar de práctica, dado que debido a eventos naturales, el programa se tuvo que trasladar a otra sede, lo cual implicó de manera constante y profunda una adaptación en las niñas que están bajo el programa.

Esto trajo aparejado, sentimientos de inadecuación, inestabilidad, inseguridad y de manera individual agudizo sintomatología que estaba en curso (ansiedades, angustias).

En este mes he debido prestar asistencia más a nivel de crisis, y como además hubo movimientos en cambios del personal psicológico y de educadoras, esto obligo a que nuestra práctica se convirtiera en una fuente de soluciones para contrarrestar toda la ineficiencia que se vivió.

No obstante el equipo de colaboradores estuvo pendiente de las niñas en todo el proceso de cambio, pero sin llegar a cubrir las necesidades básicas emocionales.

Además el último día de mi intervención, se produjo un incendio en uno de los cuartos, lo que implicó realizar una sesión grupal de intervención en crisis por el lapso de una hora, dado que muchas niñas tenían temor de que se produjera otro incendio en cualquier momento.

Por lo tanto se atendieron varias niñas que no estaban en proceso puntual asignadas y se realizaron tareas de apoyo al equipo de manera diversa.

Asimismo se solicitaron evaluaciones de depresión de manera urgente a cuatro niñas dado que tendrían la interconsulta con el psiquiatra para eventualmente prescribir la medicación.

También se realizaron reuniones con el Director y la asesora legal, para orientar sobre las falencias observadas y las necesidades evaluadas según los procesos emocionales que se llevan a cabo.

Capítulo IV

Presentación de Resultados

4.1. Programa de atención de casos

A lo largo de la práctica se realizaron diferentes intervenciones terapéuticas, algunas comprendieron procesos completos donde se cumplieron las evaluaciones psicológicas con entrevistas, aplicación de pruebas, diagnósticos y tratamientos. Sin embargo la mayor parte del tiempo, por el tipo de apoyo que la intervención de la práctica ofreció, fue necesario mantener flexibilidad y apertura de acción, atendiendo las necesidades del momento de las internas y colaborar con el equipo de salud mental.

Logros

Los logros obtenidos a lo largo de la práctica son:

- Aplicar todos los conocimientos de formación a lo largo de la carrera.
- Desarrollar destrezas terapéuticas, sobre todo en atención en crisis.
- Haber prestado un soporte técnico, psicológico y emocional tanto para las internas como para las educadoras.
- Dejar contribuciones de estructura y técnicas que se compartieron con el equipo de psicólogos.
- Trabajar con un equipo multidisciplinario (psicólogos, educadores, abogados, asistentes sociales).
- Dejar una huella constructiva y positiva en las personas con las que se trabajó.
- Dejar un excelente antecedente de intervención de práctica de la Universidad Panamericana.

Limitaciones

Fue muy dificultoso llevar a cabo los procesos individuales, dado que la rutina instaurada en asignación de tareas, que es parte de un diario vivir en la reeducación de las internas, obstaculizó los encuentros y las disponibilidades para ejecutar tratamientos ó evaluaciones.

Por otra parte, muchas veces las internas debían salir para sus audiencias, u otras actividades por lo que los procesos se retrasaban o bien disminuían su avance emocional.

Algunas veces, no se siguieron las recomendaciones, pero en su mayoría se debió a la falta de personal y no a una causa intencional.

4.2. Programa de elaboración de talleres

A continuación se presenta la planificación del taller sobre manejo de emociones negativas que se impartió a un grupo de internas y posteriormente a educadoras de El Refugio de la Niñez. En el anexo se detalla el material trabajado.

Planificación del taller

Tema: “Manejo de emociones negativas”

Sesiones: un encuentro de dos horas

Estudiante responsable: Graciela Norma Riera

Objetivo general: proporcionar a las internas herramientas que permitan mejorar y aliviar los niveles de estrés en situaciones de crisis, propias del proceso de adaptación y separación del núcleo familiar.

Dirigido a Adolescentes de 14 a 20 años

Participación: diez en total.

Objetivo específico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo
Proporcionar técnicas que ayuden a controlar las emociones de ansiedad, enojo y frustración.	Explicación, enseñanza y práctica de la técnica de respiración profunda y tres puntos de EFT.	Se realizará una parte teórica de cómo funcionan las emociones en el cuerpo y la mente y otra parte de ejercicios para aprender las técnicas.	Hojas de ejercicios	Dos horas

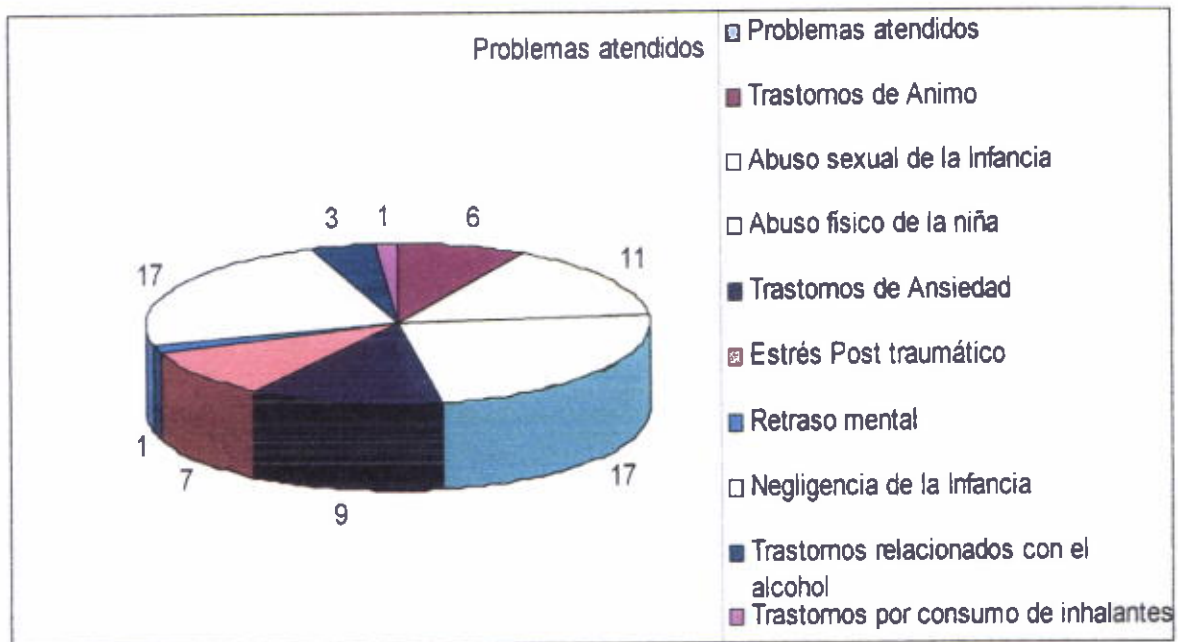
4.3. Gráficas y análisis de resultados

Se presenta a continuación los resultados sobre la población atendida en El Refugio de la Niñez a través de gráficas.

El total de casos atendidos es de 17. En muchos casos se realizaron procesos completos y tratamientos y en otros intervenciones puntuales y de acompañamiento.

Además se realizaron en diferentes oportunidades intervenciones grupales.

1. Problemas atendidos



Fuente Población atendida en El Refugio de la Niñez

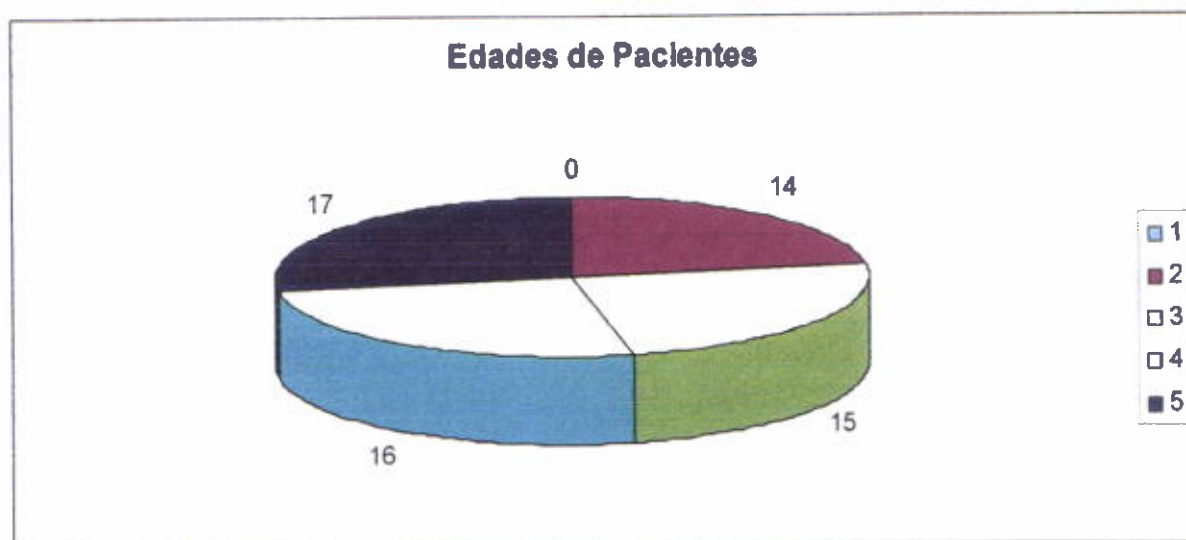
Análisis

La gráfica arroja resultados abrumadores en relación a que la mayoría de los casos atendidos contienen un perfil de trastornos que de abuso físico de la niñez y negligencia de la infancia, con un total de 17 casos, siguiéndole los trastornos de abuso sexual de la infancia con 11 casos, trastornos de estado de ánimo (depresión) con 9, estrés postraumático con 7, trastornos de ansiedad con 6, trastornos relacionados con el alcohol 3, y con retraso mental, y consumo de inhalantes.

Estos datos muestran los estados emocionales que las internas padecen como resultado de sus traumas y vivencias personales, como consecuencia de historias de vida dramáticas en muchos casos desde el inicio de sus vidas.

No hay que dejar de lado, que las niñas cuando ingresan a la Institución, es debido a una denuncia o de una redada o bien por decisión personal. Es decir, que han vivido antes del proceso de ingreso, innumerables experiencias traumáticas que provocaron una horadada red de distorsión, desequilibrio, desorientación y en muchos casos con decisiones drásticas para llegar al consumo, el único medio posible para soportar realidades intolerables.

2. Edades de pacientes



Fuente Población atendida en El Refugio de la Niñez

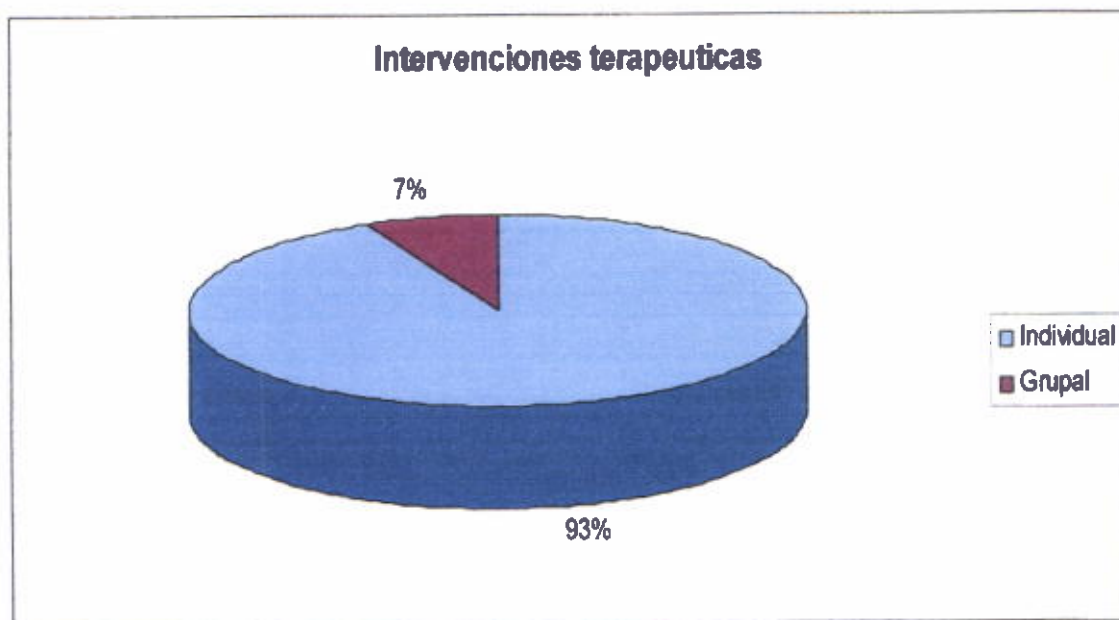
Análisis

Las edades de las internas oscilan entre 14 y 17 años, por lo menos de los casos atendidos.

Se torna alarmante como los procesos vividos se dan en la adolescencia y como estas mujeres son víctimas de sus propias familias o de otros adultos, víctimas de tanto maltrato y abuso físico y sexual.

Es por esto que se torna tan invaluable la labor realizada en el instituto, dado que para muchas niñas entran en los programas es quizá la única oportunidad de redireccionar su vida y de construir un futuro, que de otra forma sería condenatorio.

3. Intervenciones terapéuticas



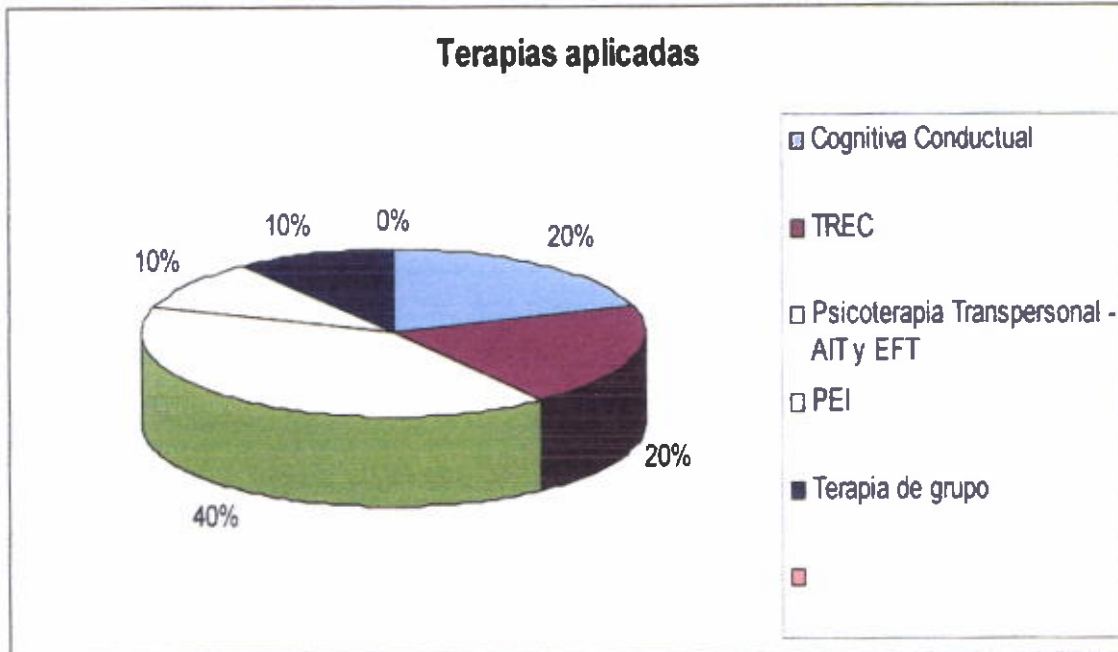
Fuente Población atendida en El Refugio de la Niñez

Análisis

Las terapias y procesos ejecutados se orientaron sobre lo individual, dado que las carencias estaban más sustentadas en la falta de personal psicológico para atender casos que en su mayoría presentan urgencias en sus atenciones.

Sin embargo se logró en diferentes oportunidades realizar prácticas grupales con diferentes terapias y abordajes, como urgencias de atenciones o bien como colaboración dentro de los programas que se aplican en el Instituto.

4. Terapias aplicadas



Fuente Población atendida en El Refugio de la Niñez

Análisis

En general los trastornos que se presentan en las pacientes atendidas, requirieron una intervención de orientación sobre el trauma y una efectividad en la búsqueda de aminorar de manera asertiva los síntomas de ansiedad, ideas suicidas, depresión o sintomatología propia de la abstinencia de sustancias.

Los procesos solicitaron un seguimiento cuidadoso, lo que se concretizó no solo por la aplicación de terapias adecuadas sino por el trabajo en equipo con las educadoras de turno y la psicóloga asignada a los casos.

Se aplicaron técnicas y metodologías de sanación emocional y además se invirtió tiempo en generar autonomía de responsabilidad y conciencia en los propios procesos y problemas vividos a través de ejercicios de autocontrol emocional.

Conclusiones

1. El ejercicio profesional conlleva una gran responsabilidad, compromiso y conocimiento. A lo largo de estos cinco años, las experiencias han permitido ir formando un bagaje de información, discernimiento, reflexión y espíritu crítico, que ha permitido valorar la gran labor que el psicólogo ejecuta en cualquier nivel del proceso terapéutico, como parte activa de la causa de superación del motivo de la terapia.
2. La experiencia adquirida en El refugio de la Niñez, ha tenido un gran impacto profesional y humano al estar en contacto con una problemática social devastadora que refleja los diferentes horizontes de injusticia a la que hoy se expone la comunidad guatemalteca.
3. Es de reconocer que Instituciones como El Refugio de la Niñez, brindan amplias oportunidades a individuos que vivencias tragedias de historia de vida, sobre todo en la adolescencia donde el futuro es incierto e inseguro. Sus programas intentan sanear y redireccionar con herramientas personales y legales un acompañamiento que en muchos casos llega al éxito, devolviendo a la sociedad individuos, en este caso, mujeres con esperanza de poner tener una existencia digna y respetuosa.
4. La práctica en si, ha sido un proceso de crecimiento invaluable en relación a la formación profesional, así como una experiencia profunda de aprendizaje de vida, que ha producido confrontaciones internas y de valoración personal ilimitadas.

Aquellos que se dedican al área de salud, deben estar comprometidos pero a la vez ser responsables de una estabilidad personal que facilite con alta efectividad guiar y orientar a otras personas en un camino hacia el propio bienestar. Y esta experiencia ha invitado a referenciar de manera constante esta postura.

5. Agradezco a la Universidad Panamericana por toda mi formación y en especial aquellos catedráticos que con su corazón abierto, entrega y dedicación, me facilitaron un camino de desafíos, exploraciones, aciertos y búsquedas.

En especial un agradecimiento a la Licda. Cynthia Brenes por su apoyo incondicional a todo el proceso de desarrollo y formación profesional, él cual ha estado sumergido en una actitud ética, comprometida y solícita.

Recomendaciones

1. A juicio personal, es importante que los catedráticos que estén a cargo de la práctica puedan tener el tiempo suficiente para realizar las supervisiones necesarias y seguimiento de los alumnos no sólo en los procesos de la práctica, sino los personales en su formación profesional. A tal efecto puede considerarse o bien más horas de práctica o en su defecto una readecuación curricular en el último año.
2. La experiencia personal a lo largo de la carrera en Psicología y Consejería Social, deja claro que las necesidades de ir mejorando no deben ser abandonadas y que si bien en los últimos años se han realizado muchos ajustes curriculares y adecuaciones de nivel y actualización, lamentablemente no han sido suficientes para garantizar una formación adecuada en lo que respecta al año y grupo de egreso, lo que implica una amplia responsabilidad personal en continuar mejorando y actualizando el conocimiento obtenido.
3. La Universidad tiene como propósito no sólo formar profesionales de alto nivel y excelencia sino brindar productos continuos de aportes sociales, por lo que se recomienda se contemple la creación de un Instituto que permita ofrecer servicios a la comunidad en el orden de la salud mental, facilitando al mismo tiempo un lugar de práctica a los estudiantes de los diferentes años. Asimismo este espacio podría estar orientado a la investigación con oportunidad de trabajar en red con las diferentes filiales en el país y generar productos que colaboren en el diseño, cambio y transformación de la sociedad guatemalteca.

4. Insto con agradecimiento a que los alumnos que egresen de esta Universidad se conviertan en líderes de excelencia y que puedan ser agentes de cambios sustanciales en un País en dónde la urgencia de mejora linda todos los niveles y todas las áreas.

Referencias

- Asha Nahoma Clinton. 2001. Manual Nivel I. AIT, Advanced Integrative Therapy. Ed. Nueva York. Estados Unidos.
- See King Emilio Quinto Barrera. 2005. Manual de Terapia Cognitiva. El Modelo Cognitivo II. Guatemala.
- Monedero Carmelo. 1978. Psicopatología General. Biblioteca Nueva. Madrid.
- José Américo Reyes-Ticas. 2005. Trastorno de Ansiedad.
- DSM-IV. 2003. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson.
- Neil R. Carlson. 2000. Fundamentos de Psicología Fisiológica. Editorial Prentice Hall. México.
- Alexander Lowen. 1991. Bioenergética. Editorial Diana. México.
- John Hartung, PsyD. Reaching Further. 2005. Editorial The Colorado Center for Alternative Psychology
- Fleming Tapas. 1996. Reduce Traumaic Stresss in Minutes.
- Steve Reed, LPC, LMSW, LMET. 2004. Modulo I y II The Remap Process Reed Eye Movement Acupressure Psychotherapy.
- Denis Colin y C. Barry. 1991. Medicina China Emocional. Editorial Océano. España
- Callejón Fernando. 2002. La lupa de la nueva medicina. Edición Digital.

- Grof Stanislav. 1999. La mente holotrópica. Editorial Kairós. Barcelona
- Deepak Chopra. 1989. La curación cuántica. Editorial Grijalbo. México
- Harold H. Bloomfield y P. McWilliams. 1997. Depresión. Ediciones Obelisco. Barcelona.
- L.C: Cooper. 1979. Tradicional Symbols. Editorial Thames & Hudson. New York
- Merani Alberto L. 1976. Diccionario de Psicología. Editorial tratados y manuales Grijalbo. Argentina.

ANEXOS

Anexo 1

Carta de Solicitud de práctica



Lic. Mario Castillo
 Coordinador Programa Abrigo y Protección
 Refugio de la Niñez
 Presente

Estimada Doctora:

La Universidad Panamericana, consciente de promover en sus alumnos una educación de calidad y que vaya de la mano con la realidad de nuestro país, propone la realización de la Práctica Supervisada, en este caso para los alumnos de último año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social. De esta manera los alumnos ponen en práctica e integran lo aprendido en el curso de su carrera y colaboran en Instituciones o Centros que lo necesitan, abarcando así el campo de la responsabilidad social que es parte de la ética de todo profesional.

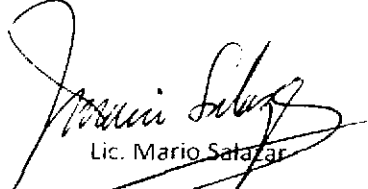
Por este motivo, solicitamos su colaboración para facilitar dicho proceso de práctica para la alumna:

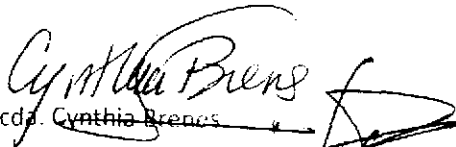
Graciela Riera

Así mismo le informamos que la práctica es un proceso supervisado, con procesos establecidos para lograr una mejor supervisión de los estudiantes. Este proceso está a cargo de la Licda. Cynthia Brenes, quien se reúne con los estudiantes una vez por semana, para discusión de casos y retroalimentación de este proceso. Así mismo, se comunicará eventualmente con quien esté encargado del área donde las estudiantes realizarán la práctica, si es de su agrado aprobar dicho proceso.

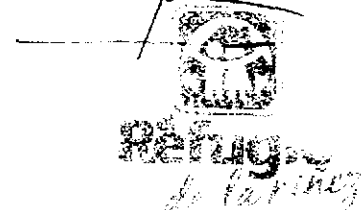
Sin otro particular, y en espera de su respuesta,

Atentamente,


 Lic. Mario Salazar
 Coordinador Facultad Educación
 UPANA sede Naranjo


 Licda. Cynthia Brenes
 Catedrática Supervisora

C.c. Zoila Ajuchán



Anexo 2

Horas de práctica supervisada



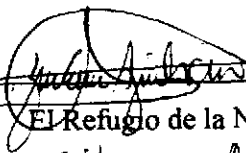
UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE EDUCACION
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA Y CONSEJERIA SOCIAL

Control de Horas de Práctica

Se deja constancia que la practicante, Graciela Norma Riera, ha realizado su práctica en la Institución El Refugio de la Niñez, ubicado en la 17 Calle 10-75, Zona 1 de esta Capital, desde el mes de Febrero a Agosto del 2010, correspondiente al 5to año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana.

En las diferentes actividades desempeñadas se destacan, evaluaciones psicológicas, procesos terapéuticos, intervenciones con el equipo de trabajo, talleres y dinámicas con las internas e intervenciones en crisis.

La totalidad de las horas cumplidas es de 140 horas a lo largo del periodo Febrero-Agosto 2010.


El Refugio de la Niñez
Zoila E. Ajudán

Anexo 3

Imágenes

Imágenes

El refugio de la Niñez





Anexo 4

Formularios utilizados



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno:

Fecha:

Institución de práctica:

INFORME MENSUAL MES DE _____

I. Nombre de paciente _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____

Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____

II. Nombre de paciente _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____

Avances del mes _____

No. de sesiones _____ Inasistencias _____



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V 2010

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante:

Fecha de sesión:

Paciente

Sesión:

Instrucciones: Después de terminar la sesión con el paciente, llene este formato. Sea específico, de ser posible cite literalmente.

- **Examen del estado mental del paciente**
- **Puntos ó áreas tratadas durante la sesión (especifique)**
- **Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión.**
- **Ideas que le transmitió el paciente.**
- **Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.**
- **Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.**
- **Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores, etc. durante y después de la sesión.**
- **Planes para la próxima sesión.**

Dudas que necesite aclarar con su supervisor.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE

Nombre del alumno: _____ Paciente: _____

Fecha: _____ Institución: _____

Fase del Proceso: **Evaluación**

Intervención

Aspecto a evaluar	Excelente	Buena	Deficiente
Orden de expediente	2	1	0
Ortografía	2	1	0
Redacción y vocabulario profesional	2	1	0
Presentación	2	1	0
Notas de evolución	2	1	0
INFORME PSICOLOGICO:			
Historia clínica	2	1	0
Genograma	2	1	0
Examen mental	2	1	0
Resultados de pruebas aplicadas	2	1	0
Impresión diagnóstica	2	1	0
Diagnóstico multiaxial	2	1	0
Recomendaciones	2	1	0
Plan terapéutico (casos en intervención)	2	1	0
Entrevista	2	1	0
Evidencia de material consultado	2	1	0

TOTAL /30

OBSERVACIONES:

Fecha de revisión: _____

Firma

Anexo 5

Material del Taller impartido

Material entregado en el taller “Manejo de Emociones negativas”

¿Qué son las psicologías de energía?

La entrada a este nuevo siglo ha traído un sin fin de cambios en beneficio de desarrollos científicos en todas las áreas de la ciencia y un despertar acelerado de la conciencia humana. La Psicología no podía estar fuera del proceso evolutivo, es por ello que desde hace ya varios años muchos investigadores y terapeutas han logrado descubrir, armar, y ensamblar, métodos ancestrales con conocimientos actuales. El resultado; métodos que nos permiten hoy sanar de manera más efectiva y rápida, traumas, conflictos, dolores y emociones que con los métodos anteriores nos llevaría tiempo y desgaste emocional.

La psicología de energía utiliza principios y técnicas para trabajar con las emociones mediante partes del cuerpo para facilitar cambios deseados en emociones, pensamientos y conductas.

Utiliza el movimiento de energía a través de los meridianos, los centros de energía o chakras, y técnicas mixtas. Estas formas de sanación nos otorgan la garantía que todos los aspectos del ser humano, cuerpo, mente y espíritu se integran y trabajan simultáneamente..

Las últimas investigaciones en el campo de la física cuántica, nos revelan que nuestro cerebro por medio del Hipotálamo libera pequeñas cadenas de proteínas llamadas péptidos a todo el cuerpo, que se reúnen en determinados neuropéptidos. Así hay sustancias identificadas para cada emoción; y es de esta forma como nuestra biografía emocional se va convirtiendo en nuestra biología corporal.

Cuando vivimos situaciones que nos desenergetizan y nos colocan ante experiencias traumáticas, todo nuestro Ser graba el evento y este queda alojado no sólo en un plano cognitivo, sino físico, mental y Psicológico.

La aplicación de estas terapéuticas nos proporciona el camino para desbloquear, desactivar y desprogramar la carga emocional de esos eventos que nos quitan la posibilidad del bienestar en nuestras vidas en el presente.

A través de estas técnicas se logra resolver en pocos minutos traumas, y emociones traumáticas por medio de protocolos fáciles, que pueden ser aprendidos por personas que no necesariamente tienen una formación médica o psicológica profunda.

Según el área donde se trabaja, atendiendo a personas que solamente se las puede ver una sola sesión, es difícil encontrar una forma de sanación que sea efectiva y manejable por personal altamente calificado.

Estas terapias si lo permiten, no necesitamos tener una historia clínica completa de la persona a tratar, y si hay problemas de comunicación por la cultura del lenguaje sólo basta pensar en el problema y se trabaja midiendo en una escala indicativa de 0 a 10 el nivel de perturbación o molestia.

Podemos tener la garantía, ya probada en miles de personas, que esto funciona y que lo que se logra es un estado de menor perturbación, y en la mayoría de los casos la resolución del conflicto o trauma.

Lo que se trabaja y se sana, no regresa, pueden aparecer otros aspectos del problema pero la persona puede tomar decisiones más asertivas en relación a sí mismo, ya no teniendo la carga emocional perturbadora

En el presente taller se eligieron dos técnicas para aplicar y enseñar a las internas, La respiración profunda y tres puntos de los catorce que se incluyen en la técnica de EFT.

Reflexiones

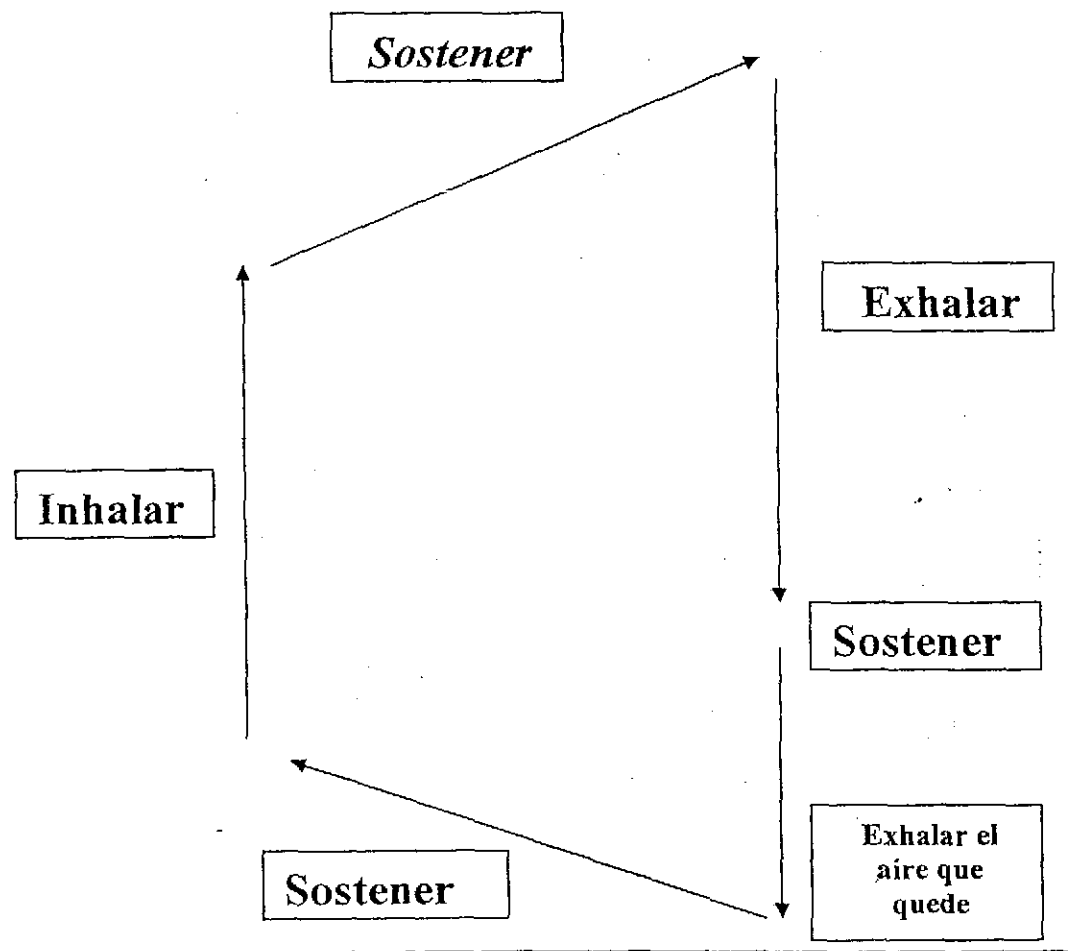
La experiencia obtenida en el presente taller ha sido de mucha utilidad no sólo para las internas las que han logrado encontrar alivio a ciertas emociones negativas en pocos minutos, sino a la educadora y psicóloga que asistieron.

Este pequeño entrenamiento posibilitará contar con una eficiente herramienta de intervención en crisis y desbalance ante tantas emociones desequilibradoras como: ansiedad, angustia, enojo, frustración, desesperanza, etc. emergentes propios del proceso que lleva cada una de las internas.

Además de cumplir con los requisitos propios de la cátedra, esta experiencia me ha permitido, generar un aporte al equipo de trabajo del Refugio, el cual muchas veces por falta de presupuesto no pueden contar con capacitaciones como esta, las cuales urgen de manera específica, para mejorar todo el ambiente y la vinculación de las educadoras y psicólogas con las internas.

TECNICA Nro. 1

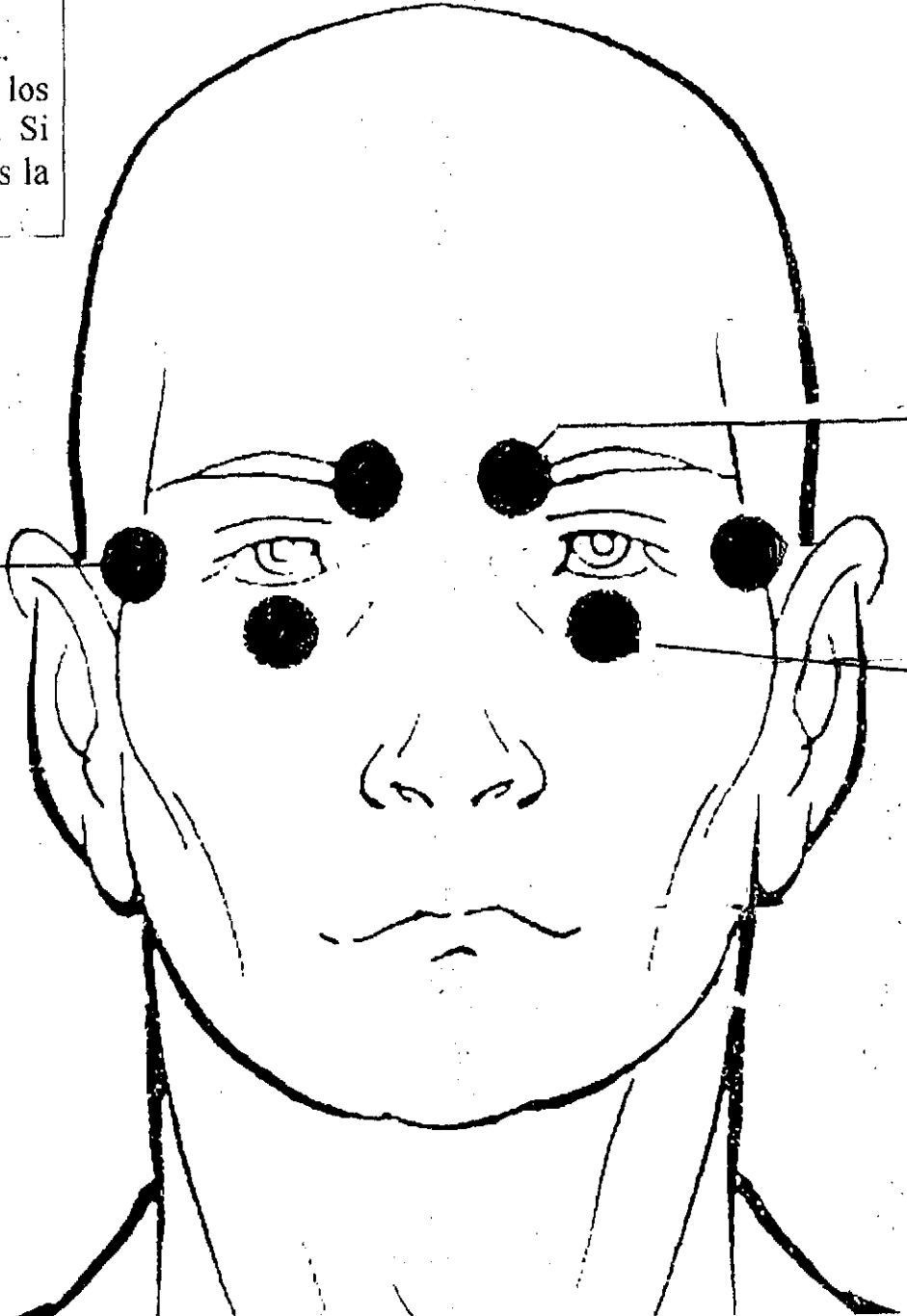
RESPIRACION PROFUNDA



segundos, pensando en la molestia o emoción que perturba, luego sostener (sin golpetear) y respirar profundo. Pasar al otro punto de igual manera. Chequear después de haber tocado los tres puntos como está la emoción. Si aún esta fuerte, repetir varias veces la secuencia.

122

RABIA
FURIA
IRA



IMPACIENCIA
MIEDO
TRAUMA
FRUSTACION

ANSIEDAD

Anexo 6

Material de un caso clínico

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS GENERALES

Nombre: Nancy Lourdes Ayala
Sexo: Femenino
Fecha y lugar de nacimiento: 27 de Octubre de 1995 - Ciudad de Guatemala
Edad: 14 años
Estado Civil: Soltera
Escolaridad: 4to. Primaria (reprobado)
Dirección: 6ta. Avenida 10-60, zona 12, Col. La Reformita

Nombre del Padre: Cesar Aman Ayala
Ocupación: Descarga furgones

Nombre de la madre de crianza: Olga Susana Arriaga
Ocupación: Trabajadora doméstica

Nombre de la madre Biológica: Tomasa Tubac Pulex

Fecha de ingreso al Refugio de la Niñez: 11 de Agosto del 2009
Referida por el: Juzgado Segundo de la Niñez y Adolescencia

Fecha del Informe: 27 de Marzo del 2010

II. MOTIVO DE CONSULTA

Lourdes es referida a consulta para realizar una re-evaluación psicológica solicitada por el Director del Refugio de la Niñez, Institución en la cual Lourdes se encuentra desde hace siete meses.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Lourdes proviene de una familia desintegrada por abandono de la madre, crece con el padre biológico y su madre de crianza. La dinámica familiar se desarrolló en un ambiente de autoridad por parte del padre con abuso verbal.

Según se indica en los informes evolutivo y psicológico del expediente legal, junto con la información suministrada por la Psicóloga a cargo y la paciente, desde los once años, Lourdes abandona el hogar paterno, debido a los malos tratos verbales de su padre y se unió a pandillas conviviendo y trabajando en el despacho de drogas. Asimismo ella consumió alcohol, marihuana y cocaína. Y fue víctima de explotación sexual.

Lourdes ingresó en el Refugio de la Niñez en Julio del 2009, debido a una denuncia hecha por ella misma a la PNC por trata de explotación sexual. Inmediatamente es ingresada al Hospital por Herpes genital y al darle el alta, bajo proceso judicial, es ubicada en El Refugio de la Niñez, para permanecer en el programa de Abrigo y Protección.

Durante la estadía en El Refugio de la Niñez, Lourdes ha recibido ayuda psicológica y sostenimiento en relación a su abstinencia y adaptación a su proceso, el cual le ha permitido reevaluar sus conductas y tomar conciencia de su estado de salud física y mental.

Lourdes tendrá una audiencia con sus padres en el mes de Junio para determinar si su condición emocional y física es la adecuada para regresar a su casa, evaluación que se realizará de acuerdo a los informes del Refugio y la Jueza a cargo del caso.

IV. HISTORIA CLINICA

A) Personales no patológicos

1. Historia prenatal

No se tienen datos

2. Nacimiento

No se tienen datos

3. Evolución neuropsíquica

No se tienen datos

4. Evolución de lenguaje

No se tienen datos

5. Desarrollo escolar

Lourdes ha frecuentado una guardería con orientación preescolar hasta los siete años. De los siete a once años, estudió en la Escuela Oficial para Niñas número uno en la zona 1. Allí aprobó tercero primaria. En cuarto grado no aprueba el año, debido a reiteradas ausencias a clase, lo que provocó bajo rendimiento académico.

Se suspende aquí la instrucción formal.

6. Desarrollo social

Lourdes refiere que casi siempre le ha gustado estar más sola que en compañía, sin embargo al comenzar los problemas con su padre, ella decide abandonar la casa, y se relaciona con amistades que la van involucrando en el consumo de alcohol y sustancias poco a poco. Con el tiempo, forma parte de una pandilla, exponiéndose a experiencias de robo y despacho de drogas.

Adolescencia

Lourdes transcurre el inicio de su adolescencia vivenciando experiencias traumáticas, como la exposición a actividades ilícitas (robo, despacho de drogas, explotación sexual) en la pandilla a la que pertenecía, poniendo en muchas ocasiones su vida en riesgo de muerte.

La convivencia en estos grupos provocó un nivel de estrés y deterioro en su autoestima, creando un modelo de conductas desafiantes, negativas, rebeldes y autodestructivas.

Dado la lejanía de los padres y en ausencia de figuras adultas positivas, Lourdes aprende a sobrevivir en un mundo hostil y extremo, condición que le afecta en su seguridad personal y emocional.

Dentro del plan de rehabilitación en el Refugio de la Niñez, se intenta en un trabajo conjunto, (Psicólogos, educadores y trabajadores sociales) reintegrar a Lourdes a la casa de sus padres, o bien como alternativa, buscar algún familiar que pueda hacerse cargo de ella, si en todo caso, el ambiente y las actitudes del padre no cambiaran.

3. Antecedentes familiares

Lourdes es abandonada por la madre biológica, la cual no se quiere hacer cargo de ella, razón por la cual su padre biológico la integra a su matrimonio y su esposa la acepta como una hija. El padre de Lourdes consume alcohol de manera continuada y su actitud es violenta cuanto se encuentra en estado de embriaguez

4. antecedentes familiares relacionados con problemas mentales

No se tienen datos

VI. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. Presentación

Lourdes se presenta arreglada y limpia, aunque su cabello presenta signos de descuido y desalineo. Su peso esta acorde a su edad. Su postura corporal denota actitudes de abatimiento y cansancio.

Al inicio de la entrevista se manifiesta desafiante y desconfiada, sin embargo en el transcurso de la misma su actitud cambia y se muestra abierta y colaboradora.

Su contacto visual fue poco directo y generalmente dirigió sus ojos hacia el suelo.

2. Conducta motora y estado afectivo

Lourdes muestra cierta ansiedad, moviéndose en la silla y tratando de encontrar una postura cómoda.

Mantuvo una tono de voz con ritmo lento y volumen bajo, expresando en algunos momentos llanto controlado.

3. Estado cognoscitivo

Lourdes mantiene su atención y sigue instrucciones de manera efectiva. Esta ubicada en tiempo y espacio. Maneja un lenguaje claro, y adecuado al nivel de preguntas o instrucciones que se le presentan, aunque su vocabulario es limitado por la poca estimulación académica, demostrándose a través de la designación de objetos, con poca riqueza de descripción.

Su memoria a corto, mediano y largo plazo es adecuada.

4. Pensamiento

Su pensamiento es lógico y concreto. Manifiesta ideas de fracaso y culpa por experiencias pasadas y decisiones tomadas, las cuales hoy considera incorrectas. El pensamiento al futuro esta marcado por preocupación de alcanzar una estabilidad emocional y un control sobre su dependencia a las sustancias.

Su nivel de insight es completo, teniendo capacidad para interpretar su realidad, su situación actual en El Refugio de la Niñez y el proceso por el cual esta atravesando en su recuperación.

5. Estado de ánimo

Lourdes mantiene un estado de ánimo variable, que se mueve entre ansiedad y emociones de enojo y frustración. La convivencia en El Refugio le provoca estados de alta frustración y momentos de búsqueda de afecto continuo, lo que no siempre encuentra.

La desesperanza parece muchas veces dejarla sumergida en un sensación de un futuro incierto, lo que la lleva a estados depresivos y de falta de sentido.

VII. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Prueba	Fecha de aplicación
Figura humana de Manchover	3-03-10
Test de la Familia de Lous Corman	3-03-10
Test del Árbol	3-03-10
Test bajo la Lluvia	3-03-10
Escala de depresión de Beck	23-03-10
Frases Incompletas de Rotter	23-03-10
Tres deseos	23-03-10
Test de Apercepción Temática	23-03-10

Test Figura Humana (Manchover)

Lourdes muestra en esta prueba una clara identificación con una imagen femenina de fantasía estereotipada, que representa su ideal de ser.

Lourdes vivencia una fantasía compensatoria de grandeza. Por otra parte, siente que realiza esfuerzos en su vida y que sus metas son inalcanzables. Sus actitudes inconscientes marcan una tendencia a la regresión e inmadurez.

Presenta sentimientos de inadecuación y actitudes antisociales, que surgen por el propio proceso que está viviendo como consecuencia de sus acciones pasadas.

Expresa ansiedad frente a la realidad inmediata y trata de encontrar justificativos racionales a sus pensamientos y emociones.

Muestra asimismo una necesidad de dependencia oral y actitudes inmaduras. Se trasluce una tendencia a actividades sexuales precoces.

Presenta dificultad en manejar impulsos y controlarlos efectivamente, mostrando una actitud defensiva y pasiva ante los acontecimientos de su vida.

Lourdes señala en la figura masculina dibujada una clara contradicción entre el nombre asignado y e dibujo, mostrando una necesidad de protección versus su confusión y ansiedad.

Test de la Familia de Louis Corman

Lourdes dibuja una familia que la representa en la realidad. La ubicación muestra tendencias al pasado, regresión cerrado a las puertas del futuro.

Se identifican pulsiones fuertes que representan signos de protesta femenina hacia lo masculino.

Se observa distancia emocional y desconexión entre los miembros, no obstante Lourdes reconoce en su madre de crianza la persona de referencia afectiva.

Proyecta además sentimientos de inadecuación ante la figura paterna, lo cual puede estar relacionado a los temores gestados por la experiencia paterna-filial.

A pesar de estar enfocada en su momento actual sigue enganchada al pasado, indicando con esto que existen situaciones ó eventos los cuales no ha podido superar.

Hay una necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas.

Test del Árbol

En esta prueba, Lourdes muestra impaciencia pero también imaginación y búsqueda de dulzura en su vida. Expresa sentimientos de inferioridad aunque enmascarados por orgullo y obstinación.

Lourdes declara una inestabilidad y falta de seguridad en su presente con indicativos de incertidumbre.

Asimismo se revelan traumas íntimos que le provocan vulnerabilidad interior.

Hay un expreso deseo de superación y triunfo y de demostrar que es capaz.

Se evidencia situaciones de conflictos infantiles alrededor de los seis/seis año y medio significativos, asociados a una gran discusión con su padre, decidiendo por esto, irse a la casa de su madre biológica. Aunque su padre fue a buscarla a las pocas horas.

Test bajo la Lluvia

Lourdes en esta prueba muestra una necesidad de ser reconocida, mostrarse y ser tenida en cuenta.

Asimismo demuestra debilidad, pesimismo y ansiedad por el manejo de sentimientos de inseguridad y estrés continuo, que se traduce en una sensación de derrumbarse internamente.

También se evidencia las consecuencias emocionales de su adicción en el pasado.

Percibe su medio ambiente como estresante, agobiante y de presión.

Percibe a la figura paterna como amenazante.

Hay sentimientos de angustia, necesidad de dependencia y sentimientos de soledad.

Hay conflictos sexuales muy marcados y no procesados, generando una ambivalencia en su orientación sexual.

Lourdes se percibe sin defensas contando solo con su cuerpo físico para hacer frente a las desavenencias de la vida.

Escala de depresión de Beck

Esta prueba indica que Lourdes actualmente presenta un cuadro de depresión severa, con un resultado de 45 sobre una escala de (30-65).

Frases Incompletas de Rotter

En esta prueba Lourdes expresa necesidad de sentirse libre relacionado al tipo de vida controlada que vive en El Refugio. Además reconoce la gran necesidad de expresar sus sentimientos y su frustración por no poder hacerlo. También tiene necesidad de compartir con alguien como se siente interiormente, lo que auspicia su comunicación y vinculación con otros.

Reconoce que por su historia de vida es diferente a otras chicas y esto la confronta a su desvalidación por no encontrar respuestas asertivas por sus inclinaciones sexuales.

Desea asimismo aprender a controlar sus depresiones y estados de ánimo que le provocan emociones de profunda soledad.

Tres deseos

En esta prueba Lourdes en su primer deseo manifiesta "*Tratar de dejar atrás mi pasado*", lo que demuestra sus ansias de superar los eventos traumáticos y difíciles a los que estuvo expuesta. Su segundo deseo es "*Ser una buena estudiante*", expresando su anhelo de alcanzar un nivel de instrucción que le permita superarse y poder cambiar su realidad, su tercer deseo es "*Graduarme y cambiar mi carácter*", aquí también se percibe sus ganas de concluir un ciclo escolar y aprender a manejar sus emociones para su beneficio.

Test de Apercepción Temática

A través de las historias presentadas en el presente test, Lourdes deja ver un concepto pobre de sí misma, con pensamientos de frustración, abatimiento, fracaso, relacionados a sus decisiones del pasado.

Por otra parte percibe su entorno como desolador, inseguro, injusto, triste y sin corazón, lo que la coloca a la defensiva y con actitudes desafiantes ante las relaciones, sobre todo aquellas que si le pueden proporcionar un bienestar y una orientación.

Lourdes manifiesta una gran necesidad de ser reconocida, de sentirse protagonista y validada, amada y querida, pero sobre todo reconocida en su medio familiar.

El rechazo sufrido por su madre biológica y las actitudes del padre han producido en Lourdes una creencia que su mundo esta sumergido por la falta de amor, el castigo y el abandono.

Casi todas las historias tienen un final infeliz y de resolución realista en función a la vida real que Lourdes ha tenido. Esto expresa la poca esperanza que Lourdes tiene en cuanto a oportunidades para el futuro y alcanzar el éxito que tanto desea.

VIII. OTROS ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Recientemente Lourdes fue evaluada por el Dr. Mauricio Aquino el cual le prescribió Fluoxetina de 20 mg. por la mañana durante seis meses a un año, debido a su bajo estado de ánimo consecuencia de la abstinencia al consumo.

IX. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De las pruebas aplicadas y la información recabada sobre el historial de vida, se concluye que Lourdes presenta un estado de ánimo que ronda entre ideas suicidas, abatimiento e irritabilidad, producto de la abstinencia al consumo de alcohol y cocaína.

Si bien Lourdes maneja un nivel de insight completo, su estado de conciencia le permite evaluar su pasado de manera asertiva y concluir que debe realizar un viraje dramático para tener otra oportunidad, en su futuro. Sin embargo el pobre autoconcepto y la percepción de que el ambiente es hostil, restrictivo, normativo y amenazante, por las experiencias vividas en el pasado, y el régimen actual del Refugio, aunque esta orientando a su reorientación y recuperación, es vivido como presionante, provocando en ella dificultad para controlar sus impulsos y su estado de ánimo, manifestados en irritabilidad y enojo.

Dado que Lourdes mantiene activos sus traumas relacionados al abandono materno, a la explotación sexual y al consumo de sustancias, le resulta difícil poder tener una visión esperanzadora de un mundo mejor para ella, lo que le activa sus estados de abatimiento, tristeza e incertidumbre.

A pesar de su estado emocional actual, Lourdes refleja un deseo profundo de cambiar su vida, y de concluir sus estudios, trabajar honradamente y ser autosuficiente, esto producto del proceso de acompañamiento en rehabilitación terapéutica, recibido en el Refugio de la Niñez, que le ha proporcionado las herramientas para reflexionar y evaluar sus conductas.

Lourdes, ha vivenciado en su corta vida, experiencias traumáticas y devastadoras, ha vivido situaciones límites y ha puesto en peligro su vida, y a pesar de las profundas huellas de desestructuración emocional y física, hay una parte de ella que alberga un deseo de cambio y transformación.

En una adolescencia truncada, Lourdes evidencia anhelos de bienestar y seguridad, con aspiraciones de superación, aunque su proceso de recuperación conlleve mucho trabajo y voluntad.

X. EVALUACION MULTIAIXIAL

Eje I F.10.8 [291.8] Trastorno de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia
F 14.8 [291.84] Trastorno de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos de inicio durante la abstinencia.
T74.0 [v61.21] Negligencia de la infancia
T74.1. [V61.21] Abuso sexual de la niña

Eje II Z03.2 Sin diagnóstico

Eje III Infección de transmisión Sexual (en remisión total)

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

- Abandono de la madre biológica
- Maltrato psicológico por parte del padre
- Padre alcohólico
- Negligencia de crianza

Problemas relativos al ambiente social

- Involucración en pandillas
- Explotación sexual

Problemas relativos a la enseñanza

- Bajo rendimiento académico
- Ausentismo escolar pronunciado
- Repitencia

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

- Intervención del Juzgado 2do. de la Niñez y Adolescencia, con derivación al Programa de Abrigo y Protección del Refugio de la Niñez por motivos explotación sexual (actual)

Eje V EEAG 41-50 actual

XI. RECOMENDACIONES

Dentro del proceso iniciado desde que Lourdes permanece en El Refugio de la Niñez, se recomienda continuar con su tratamiento terapéutico de manera profunda y continuada, a efectos de abordar los ejes traumáticos que aún están presentes en sus ideas y conductas como el trauma de Abandono y abuso sexual.

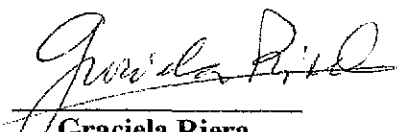
Se recomienda una re-evaluación psiquiátrica para ajustar medicación o eventualmente una nueva prescripción, dado que los resultados de las pruebas aplicadas indican una depresión severa.

Asimismo se recomienda continuar con el apoyo sobre su rehabilitación de dependencia a las drogas y la involucración de los padres de familia en este proceso de recuperación, a través de los talleres de fortalecimiento familiar que realiza el Refugio de la Niñez.

Se recomienda la activación del proceso escolar, para su reestablecimiento de la educación formal.



Licda. Cynthia Brenes
Catedrática de Supervisión



Graciela Riera
Estudiantes practicante

Guatemala, 27 de Marzo del 2010

Problemas Clínicos	Objetivo	Tipo de intervención y Técnica	Obs. Y duración
Estado depresivo por abstinencia	Disminuir los efectos de la abstinencia, marcados por la ansiedad, irritabilidad, mal humor, dificultad en el sueño, y conducta alimentaría inestable Ideas latentes suicidas	<ul style="list-style-type: none"> •EFT •Respiración profunda •AIT Contrato terapéutico de vida - Alianza -	Se trabajarán todas las sesiones que sean necesarias hasta alcanzar el nivel de autocontrol emocional.
Traumas por abuso sexual	Trabajar los ejes traumáticos y sus consecuencias físicas y emocionales, a efectos de disminuir los efectos post-traumáticos latentes y manifiestos.	AIT	
Negligencia De la infancia	Trauma de abandono por la madre. Maltrato verbal por la figura paterna	AIT	

Subtemas		Técnicas
•Autoestima baja	Reforzar la creencia en si misma. Trabajar los aspectos potenciales, cualidades, dones y talentos.	Refutación de creencias irracionales
•Culpa y autocastigo	Transformar los sentimientos de culpa por una responsabilidad conciente y amorosa	Afirmación dialécticas racionales Métodos de distracción positiva
•Emociones recurrentes e irracionales	Evaluar los modelos de pensamientos negativos e irracionales y reestructurarlos de manera constructiva	Técnicas expresivas (emociones) Psicodrama (con muñecos)
• Convivencia y ejecución del Programa del Refugio	Colaborar en la integración de normas y dinámicas de convivencia.	Inversión de roles AIT



PRACTICA V 2010

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Graciela Riera

Fecha de sesión: 24/2/2010

Paciente: Nancy Lourdes Ayala **Edad:** 14 años

No. de sesión: I

Examen del estado mental del paciente

La paciente está ubicada en tiempo y espacio. Apariencia personal limpia pero un poco desalineada, poco contacto visual, postura corporal retraída. Presentó colaboración pero midió la confiabilidad del terapeuta. Su voz se mantuvo tenue y pausada. Capacidad de Insight completa. Conexión claras con sus emociones.

Puntos ó áreas tratadas durante la sesión (especifique)

Se trabajó aspectos emocionales, debido a episodios sucedidos el día anterior en el Refugio provocados por problemas de interrelación con otras internas, motivo por el cual, la descendieron al Nivel II del programa

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión.

A través de la reflexión Lourdes logró contactar sus emociones y plantear su conflicto de manera asertiva.

Sin embargo sintió profunda tristeza por ella misma sobre decisiones de su pasado que hoy, la hacen estar en el refugio.

Ideas que le transmitió el paciente.

- Tristeza, por desaprovechar oportunidades y por haber consumido tanta droga, lo cual hoy resiente en su cuerpo.
- Molestia porque la descendieron de nivel, porque beso a una compañera y las normas internas no permiten ningún tipo de contacto sexual.
- Confusión, por sus necesidades de expresión de afecto con otra chica (se besaron en la boca) sintiendo culpa y vergüenza.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.

Lourdes, reconoció sentirse profundamente sola desde que llegó al refugio y buscó sostenimiento en otra interna, con la cual construyó una estrecha relación. Al darse cuenta de lo que había hecho, decidió ella misma hacer la denuncia y asumir las consecuencias.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.

Se trabajó técnica de respiración profunda para bajar la molestia y la tristeza. Técnica de la silla vacía

Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores...etc. durante y después de la sesión:

Me sentí cómoda y segura, sobretodo porque ya estaba en conocimiento del perfil emocional de Lourdes y su historia. Ejercí una orientación afectuosa pero asertiva. Es importante para mí generar un rapport confiable pero donde Lourdes reconozca que la manipulación no tiene cabida y que solo se desea encontrar respuestas y soluciones a su proceso con el objetivo de ayudarla.

Planes para la próxima sesión.

Chequear como respondió a la tarea asignada relacionada a considerar en otras compañeras puntos de entendimiento y sostenimiento.

Comenzar con el proceso de evaluación (pruebas y seguir completando la historia clínica aunque en el expediente judicial sólo hay ciertos datos significativos).



PRACTICA V 2010

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Graciela Riera

Fecha de sesión : 3/3/2010

Paciente: Nancy Lourdes Ayala Edad 14 años

No. de sesión : II sesión

Examen del estado mental del paciente

La paciente está ubicada en tiempo y espacio. su apariencia es limpia y arreglada, aunque demuestra un cierto desaliño con su cabello. Su postura de este momento es enconchada y retraída. No demuestra deseos de platicar y se declara impaciente pesar de este estado de ánimo se mostró anuente a trabajar en las sesión.

Puntos ó áreas tratadas durante la sesión (especifique)

Se trabajaron emociones relacionadas con sus padres y la desvalidación verbal continua sufrida por acciones de su padre.

Asimismo se trabajó la reubicación de actitud en relación a la relación vincular iniciada con otra compañera del Refugio, estando consciente que se deben respetar las reglas y normas del instituto, caso contrario corre riesgo de ser enviada a otro lugar.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión.

Lourdes manifiesta sentimientos de enojo y tristeza a la vez por todo lo que paso con su padre y por la agresión y desvalidación recibida desde que recuerda.

Ideas que le transmitió el paciente.

Su padre siempre le decía "sos un cero a la izquierda", "no vales nada para mi" por estos motivos, busco las drogas y se fue de la casa, ya no soportaba escucharlo más.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.

Se abordó el tema de la agresión y las posibilidades limitantes de recursos que Lourdes tenía, sin ninguna referencia de adultos que la pudieran ayudar a encontrar otras respuestas y salidas a lo que sentía.

Se reflexionó sobre la oportunidad actual de reorientar su historia y posiblemente de conseguir que una tía la solicite su tenencia.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.

Se trabajó con técnica AIT el patrón de maltrato verbal de su padre.

Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores...etc. durante y después de la sesión.

A medida que pasan las sesiones Lourdes responde de manera positiva, aunque se sintió desplaza por su psicóloga asignada desde hace tiempo, se le explicó que juntas trabajaríamos con ella. Y creo que el vínculo está más afianzado.

Planes para la próxima sesión.

Desarrollar una lista positiva de beneficios de estar en El Refugio y de integrar los valores que se le están enseñando para una mejor autosuficiencia emocional en el futuro.



PRACTICA V 2010

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Graciela Riera

Fecha de sesión: 10 /3/ 2010

Paciente: Nancy Lourdes Ayala Edad: 14 años

No. de sesión: III sesión

Examen del estado mental del paciente

Lourdes se presenta se manera colaboradora, orientada en tiempo y espacio. Sin embargo particularmente hoy se siente ansiosa y nerviosa. Esta más cuidada en su vestimenta, que de costumbre.

Puntos ó áreas tratadas durante la sesión (especifique)

Lourdes hoy será llevada a una audiencia con la Jueza y sus padres, motivo por el cual se siente nerviosa.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión.

Lourdes expresa tener temor y nervios porque no sabe lo que le van a preguntar y sobre todo porque si le preguntan de regresar a su casa, ella no esta segura de quererlo.

Ideas que le transmitió el paciente.

Lourdes esta consciente que todavía esta precaria en su proceso en El Refugio, no sólo sobre su recuperación de la abstinencia sobre las drogas, sino en sus emociones con su padre y todo el

pasado que escogió, del cual se siente culpable y arrepentida. No sabe a donde ni con quien quiere estar en el futuro.

También se siente preocupada porque retomó sus estudios y se siente fuera de su medio en el grupo escolar, aunque reconoce que le han abierto las puertas y no le han preguntado nada acerca de su pasado.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.

Se ayudó a Lourdes a recuperar su sentido de esperanza y reconocimiento de todo el camino que ha recorrido y de lo bien que ha llevado su abstinencia y su convivencia con el grupo. Asimismo, se le hizo ver su voluntad de aprender y deseos de querer cambiar, aceptando aquello que no funciona en ella y querer mejorarlo.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.

Técnica AIT – se trabajaron emociones relacionadas a la audiencia con el Juez

Al regreso de la audiencia se le aplicaron las pruebas proyectivas menores porque quiso seguir con la sesión porque se sentía muy bien y tranquila, dado que lo que se trabajó le sirvió.

Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores...etc. durante y después de la sesión.

Esta sesión particularmente sentí que Lourdes me ofreció su confianza y se abrió sin temores a expresar sus sentimientos, pidiendo ayuda de manera humilde y natural.

Creo que estos son grandes pasos para poder en un corto tiempo trabajar los traumas severos que tiene.

Planes para la próxima sesión.

Se le asignó la tarea de diariamente encontrar un nuevo sentido para su recuperación y lo tiene que traer escrito.



PRACTICA V 2010

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: Graciela Riera

Fecha de sesión: 22/03/10

Paciente: Nancy Lourdes Ayala **Edad:** 14 años

No. de sesión: IV

Examen del estado mental del paciente La paciente está ubicada en tiempo y espacio. Apariencia personal limpia pero un poco desalineada, poco contacto visual, postura corporal retraída. Presentó colaboración pero midió la confiabilidad del terapeuta. Su voz se mantuvo tenue y pausada. Capacidad de Insight completa. Conexión claras con sus emociones.

Puntos ó áreas tratadas durante la sesión (especifique): Se aplicaron las pruebas TAT – Test de los tres deseos – Frases Incompletas - Escala de Beck

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión: Se mostró colaboradora y disponible para las pruebas.

Ideas que le transmitió el paciente: no hizo comentarios sobre las pruebas. Si en el último momento manifestó preocupación porque se aburre en el colegio (está cursando 4to primaria) y se siente inadecuada en el grupo.

Por otra parte manifestó que le gusta mucho la maestra de educación física y que le cuesta contenerse en demostrarle que le gusta.

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.

Se le explicó el motivo de las pruebas. Y en relación a su sentir con su profesora se le recordó las normas del El Refugio y las consecuencias si ella infringía tales normativas.

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión: Aplicación de pruebas

Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores...etc. durante y después de la sesión:

Lourdes manifestó mas confianza en el espacio terapéutico, y solicitó a su educadora si podían modificar su horario de entrada al colegio para no perder su sesión.

Planes para la próxima sesión: Re-plantear el tema de la vinculación femenina.