

PPD-ED-43
5588
6.2

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



**La Violencia Intrafamiliar un problema social, que afecta al país.
(Informe final de práctica profesional dirigida)**

Sandra Magnolia Simaj Ajmac
Chimaltenango, noviembre de 2008



**La Violencia Intrafamiliar un problema social, que afecta al país.
(Informe final de práctica profesional dirigida)**

Sandra Magnolia Simaj Ajmac (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, noviembre de 2008

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

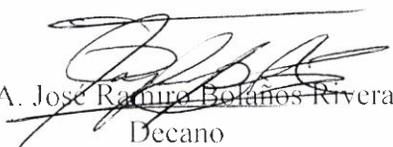
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ASUNTO: **Sandra Magnolia Simaj Ajmac**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Práctica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN No.18/2009 DE FECHA 22/02/2008.

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Sandra Magnolia Simaj Ajmac**, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


M.A. Jose Ramiro Bolaños Rivera
Decano



C.c. archivo
me

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, 20 de noviembre de dos mil siete. –

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Liga Guatemalteca de Higiene Mental, presentado por la estudiante

Sandra Magnolia Simaj Ajmac

quien se identifica con número de carné E-1 2004 7016 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**

*UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN, Guatemala quince de mayo del dos mil nueve.-----*

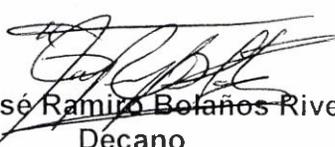
En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "La Violencia Intrafamiliar un problema social, que afecta al país". Presentada por la estudiante: Sandra Magnolia Simaj Ajmac, previo a optar al grado Académico de Licenciatura, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Karen Dubón
Revisora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Guatemala a los treinta días del mes de mayo del dos mil nueve.-----

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema “La Violencia Intrafamiliar un problema social, que afecta al país”, presentado por la alumna SANDRA MAGNOLIA SIMAJ AJMAC previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano

Facultad de Ciencias de la Educación





Sabiduría Ante Todo,

Adquiere Sabiduría

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2008.

Director
Dr. Israel Félix López Ramos
Liga de Higiene Mental
Chimaltenango

Respetable Doctor :

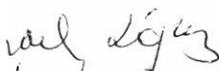
Lo saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, SANDRA MAGNOLIA SIMAJ AJMAC pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

Dicha práctica dura de febrero a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


103/08
30




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





LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

"Armonía consigo mismo y con los demás, es salud mental"

Guatemala, 10 de marzo del año 2008.

Licenciado:

Ramiro Bolaños.

DECANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION

Universidad Panamericana

Guatemala, Ciudad

Respetable Licenciado:

Por medio de la presente, manifiesto que se autoriza a la estudiante SANDRA MAGNOLIA SIMAJ AJMAC, con carné: E1-20047018, quien cursa el 5to. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, a que realice la Práctica Profesional Dirigida; en este Centro.

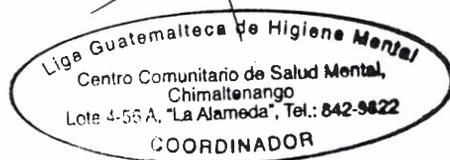
Manifiesto además mi disposición en contribuir con la estudiante, en el proceso de su formación profesional.

Al agradecerle la atención que brinde a la presente, aprovecho la oportunidad para patentizarle mi más elevada consideración.

Atentamente,

Lic. Israel F. López Ramos.

Psicólogo Clínico



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1	4
Introducción	4
1.1 Descripción de la institución	4
1.2 Misión	4
1.3 Visión	5
1.4 Organigrama	5
1.5 Objetivos	6
1.6 Población que atiende	6
1.6.1 Descripción de la población	6
1.7 Planteamiento del problema	6
Capítulo 2	7
Introducción	7
2.1 Problemas encontrados	7
2.1.1 La violencia intrafamiliar	7
2.1.2 Tipos de violencia	8
2.1.3 Causas	9
2.2 La codependencia	10
2.2.1 Características de la personalidad codependiente	10
2.2.2 ¿Cuáles son los síntomas de la codependencia?	11
2.2.3 ¿Quiénes desarrollan codependencia?	12
2.2.4 Facilitación	12
2.2.5 Mal-diagnóstico	12
2.2.6 Disfunción familiar	13
2.2.7 Recuperación de la codependencia	13

2.3 La depresión	14
2.3.1 Tipos de de presión	16
2.3.2 Causas de depresión	17
2.3.3 Causas específicas de la depresión en la mujer	18
2.3.4 Factores de riesgos en la depresión	18
2.3.5 La gravedad de la depresión	21
2.3.6 ¿Cuál es la gravedad de la depresión?	21
2.3.7 Riesgos de suicidio	22
2.3.8 Factores que pueden causar la depresión	22
2.4 Ansiedad	24
2.4.1 Causas	25
2.4.2 Ansiedad debida a condición o enfermedad médica	25
2.4.3 Trastornos	26
2.4.4 Síntomas	26
2.4.5 Tratamiento	27
2.5 Estrés	28
2.5.1 Causas	28
2.5.2 Fisiológicos	29
2.5.3 Psicológicos	29
2.5.4 Sociales	30
2.5.5 Clasificación	30
2.5.6 Tipos de estrés	30
2.5.7 Síntomas	31
2.5.8 Tratamiento	32
2.5.9 Afrontación del estrés	33
2.6 Problemas de aprendizaje	33
2.7 Trastorno de la conducta alimentaria	35
2.7.1 Anorexia Nerviosa	35
2.7.2 Características de la anorexia	38
2.7.3 Síntomas y trastornos asociados	38

2.7.4 Diagnóstico de laboratorio	39
2.7.5 Bioquímica	39
2.7.6 Consecuencia de la anorexia	40
2.7.7 Bulimia nerviosa	40
2.7.8 Características	40
2.8 Los celos	42
2.8.1 ¿Por qué hay personas celosas?	42
2.8.2 ¿Cómo controlar los celos?	43
2.9 Psicopatología	44
2.9.1 Métodos de investigación en psicopatología	45
2.9.2 Normalidades y anormalidades en psicopatología	46
2.10 Métodos de psicodiagnósticos	47
2.10.1 ¿Qué es el psicodiagnóstico?	47
2.10.2 Objetivos del psicodiagnóstico	48
2.10.3 Etapas del psicodiagnóstico	48
2.11 Instrumentos utilizados para realizar un diagnóstico	49
2.11.1 La observación	49
2.11.2 La entrevista	54
2.11.3 Técnicas proyectivas	58
2.11.4 Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR	60
2.11.5 Clasificación estadística internacionales de enfermedades (CIE 10)	64
2.11.6 Guía Latinoamericana de diagnóstico	66
2.12 La psicoterapia	69
2.12.1 Los tres modelos de psicoterapia y sus formas	71
Conclusiones	86
Capítulo 3	87
Introducción	87
3.1 Programa de la Práctica	87
3.2 Cronograma de actividades	89

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de Práctica	92
3.4 Subprogramas	95
Capítulo 4	101
Introducción	101
4.1 Programa de atención de casos	101
4.2 Programa de capacitación	118
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	129
Conclusiones	138
Recomendaciones	139
Referencias	140
Anexos	141
Anexo 1 Fotografías de la Liga de Higiene Mental	
Anexo 2 Fotografías de capacitación	
Anexo 3 Horas realizadas de Práctica y Planificaciones	
Anexo 4 Hoja de datos generales de pacientes	
Anexo 5 Informe clínico	
Anexo 6 Hoja de evolución	

Índice de Gráficas

Gráfica No.1 Pacientes atendidos en el centro de Práctica por mes	131
Gráfica No.2 Edades de los pacientes atendidos en el centro de Práctica	131
Gráfica No.3 Sexo de pacientes atendidos en el centro de Práctica	132
Gráfica No.4 Religión de los pacientes atendidos en el centro de Práctica	132
Gráfica No.5 Población atendida en el centro de Práctica	133
Gráfica No.6 Programa de capacitación, talleres impartidos por mes	133
Gráfica No.7 Temas impartidos en las charlas	134
Gráfica No.8 Número de personas capacitadas	134
Gráfica No.9 Número de personas atendidas en el proyecto de salud mental	135
Gráfica No.10 Número de personas atendidas grupalmente	135
Gráfica No.11 Temas que se impartieron	136
Análisis de resultados	137

Resumen

El informe de Práctica Profesional Dirigida da a conocer el trabajo realizado en la Liga de Higiene Mental, en el primer capítulo se describe a la institución, su misión, visión, objetivos y la población que se desea alcanzar para dar la ayuda necesaria a las personas que lo solicitan.

En el segundo capítulo, muestra la temática estudiada, la cual aporta un conocimiento amplio para el tratamiento adecuado a los pacientes atendidos en dicho centro.

Los temas investigados dan un criterio amplio acerca de cada uno de los problemas a los cuales se enfrenta el ser humano en un momento determinado de su vida los cuales debe de superar con la ayuda profesional que se le dará a conocer por medio de un contrato realizado, entre el terapeuta y el cliente.

El tercer capítulo, da a conocer los diferentes tipos de programas, subprogramas, cronogramas y planificaciones que fueron útiles para llevar a cabo de una manera eficiente la terapia que se le asignará al cada paciente y así alcanzar los objetivos deseados.

El cuarto capítulo, muestra las diferentes charlas y proyectos realizados, que dan un panorama amplio de la necesidad existente en la población acerca de la salud mental y lo que en la actualidad está afectando la *psique* de las personas, se dan a conocer una serie de casos atendidos por medio de gráficas las cuales muestran los resultados que se obtuvieron en el proceso de la práctica. La cual se llevó a cabo en un período de 500 horas.

Introducción

La práctica profesional dirigida se realizó en una población afectada por diversos problemas tales como la violencia intrafamiliar, la depresión, la ansiedad, etc. Los cuales desencadenan en los seres humanos una serie de trastornos que provocan una desestabilización en su *psique*.

En la población atendida se pudo constatar la necesidad de un equilibrio adecuado en su vida para poder continuar con sus labores en su entorno social.

Es por eso que se necesita profesionales capacitados y comprometidos a dar las herramientas adecuadas para que los pacientes puedan afrontar los problemas que los aquejan en la actualidad.

Con la elaboración de este informe se tienen el interés de poder aportar a la sociedad guatemalteca una serie de conocimientos los cuales beneficiarán a la población atendida y a aquellas personas que quieren mejorar su estado psicológico.

Síntesis descriptiva

Para poder realizar el proceso de la Práctica Profesional Dirigida, se incluyó la planificación general, a efecto de dar atención a lo establecido por la Universidad Panamericana de Guatemala, constatando que a través de la práctica se fomente en los estudiantes experiencias que puedan ayudar a ejercer la profesión de una manera adecuada.

Dando a conocer que el conocimiento que se ha adquirido durante los cinco años de estudio, ha aportado en los estudiantes bases las cuales se utilizaron en esta etapa de trabajo en el área clínica, donde se encontró que la población es afectada por una serie de factores que desencadenan un desequilibrio en su vida personal.

En el informe, se desarrolló un programa de capacitación, que consistió en desarrollar talleres motivacionales y educacionales a población ubicada en Chimaltenango y San Martín Jilotepeque, tomando en cuenta que en todo el territorio se hace necesario cubrir las necesidades, de las personas de una manera que se pueda dar a conocer los temas que sean relevantes y necesarios en la sociedad.

Se desarrolló un proyecto de salud mental que consistió en abarcar población de riesgo, en las cuales se impulsaron, la prevención de problemas que originan desequilibrios emocionales los que dan como consecuencia conductas que se ven reflejadas en la problemática que la sociedad guatemalteca está enfrentando hoy en día.

Todo lo aportado es para poder crear una sociedad donde se sensibilice la importancia de los profesionales quienes pueden ayudar a cada paciente de una manera adecuada y con excelencia.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental queda ubicada en la ciudad de Chimaltenango, fue el centro donde se realizó la práctica profesional dirigida, dando a conocer la misión, visión y objetivos y la población que desea alcanzar y atender en sus instalaciones.

1.1 Descripción de la institución

La Liga Guatemala de Higiene Mental es una institución creada con el fin de promover la salud mental en el Departamento de Chimaltenango y sus alrededores, se encuentra ubicada en el Lote 456, Parcelamiento “La Alameda” del Municipio de Chimaltenango, el director de dicha institución es el Lic. Israel Félix López Ramos.

Entre los servicios que presta la institución están: atención psicológica, capacitaciones y talleres enfocados a la salud mental, deporte, proyecto de radio con niños y escuela para padres.

1.2 Misión

“Nosotros, quienes reconocemos que la salud mental es un principio de convivencia y armonía con todos los que nos rodean y ésta contribuye a vivir en un ambiente sano con nosotros, nuestra familia y con la sociedad guatemalteca.

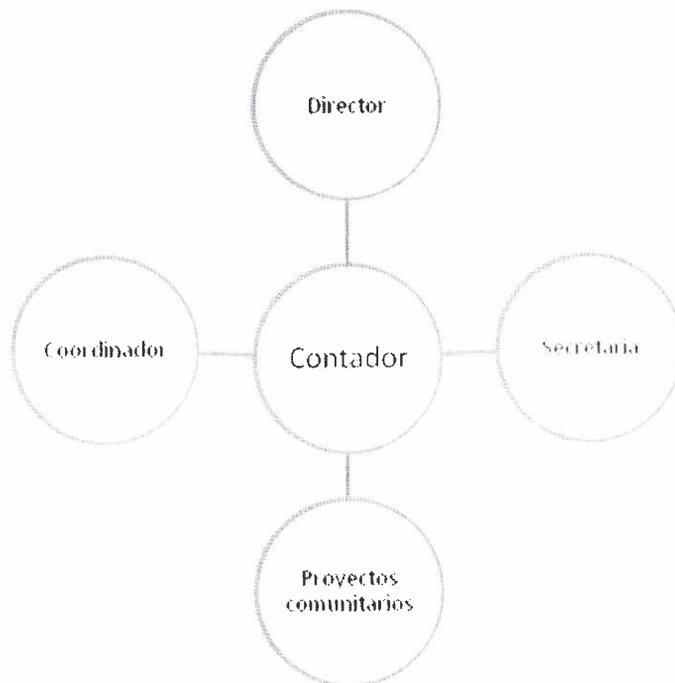
Ese compromiso nos llama a atender, promover y fortalecer la salud mental en los y las guatemaltecas, principalmente en el área de educación, capacitando a diferentes sectores de la población para que desarrollen actitudes que los conviertan en agentes de cambio, para una sociedad con menos violencia. Nuestra visión está basada en la creencia que la salud mental brinda a cada persona la oportunidad de convivir con armonía consigo misma y con los demás.”

1.3 Visión

Al iniciar el tercer milenio, la Liga Guatemalteca de Higiene Mental seguirá cumpliendo su misión, con atención psicológica y capacitación a los y las guatemaltecas, con enfoque a la salud mental contribuyendo de esta manera con la sociedad.

- “Daremos atención psicológica a todas las personas que solicitan ayuda.”
- “Promoveremos la salud mental en los y las guatemaltecas.”
- “Capacitaremos a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos.”
- “Fomentaremos y fortaleceremos la salud mental en la población.”

1.4 Organigrama Liga Guatemalteca de Higiene Mental



1.5 Objetivos

- a) Promover en la población métodos y técnicas para tener una salud mental equilibrada y lograr la armonía con quienes le rodean.
- b) Orientar a la población a través de servicio y apoyo psicológico a mujeres, hombres y niños con necesidades emocionales ocupacionales y de salud integral para lograr su convivencia consigo mismo.

1.6 Población que atiende

Niños, adolescentes, jóvenes y adultos de ambos sexos.

1.6.1 Descripción de la población beneficiaria

Niños, jóvenes, adultos, de ambos sexos de todas las edades y comunidad étnica, cuya situación socio-económica es generalmente baja aunque también acuden personas cuya situación económica es media y también buena, procediendo del municipio de Chimaltenango y sus alrededores, proviniendo del área rural como del área urbana.

1.7 Planteamiento del problema

En los casos atendidos se pudo constatar que la mayoría de personas tienen problemas relativos a raíz de las condiciones de violencia, verbal y psicológica, a que son sometidas por sus grupos primarios de apoyo, situación que se hace de manifiesto en la alteración emocional, física, intelectual, espiritual, afectiva y de salud en general, por no contar con el apoyo de un profesional para orientar y encaminar a buscar soluciones viables a la problemática.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

El contenido de los temas ayudan a tener un buen enfoque, de lo que cada individuo pasa durante cualquier problema que enfrenta en su vida y da a conocer los trastornos más comunes los cuales se atendieron en la práctica, también lo importante que fueron los instrumentos que se utilizaron para realizar bien el diagnóstico del paciente.

2.1 Problemas encontrados

2.1.1 La violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar sucede en todos los estratos sociales, en lo urbano y en lo rural, en familias pobres y familias ricas, le sucede a gente joven y gente mayor, con más recurrencia a mujeres que a hombres.

La violencia doméstica, violencia familiar o violencia intrafamiliar comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física hasta el acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra al menos un miembro de la familia contra otro u otros.

Los términos violencia familiar o violencia intrafamiliar, con una importante presencia en Sudamérica, se vienen utilizando desde 1988 y 1993 respectivamente debido a lo común que resulta la aparición de esta violencia en el ámbito familiar; además de que las leyes que penan la violencia contra la mujer suelen considerar como requisito que ésta sea esposa o mantenga con el sujeto activo una relación de análoga afectividad.

Por otro lado violencia de pareja, utilizado a partir de 2001, es un concepto que mantiene exclusividad en el ámbito marital.

2.1.2 Tipos de violencia

a) **Violencia doméstica:** engloba al resto de posibles habitantes del hogar y no sólo a la mujer como sujeto pasivo respecto del marido como sujeto activo, aunque tendría precisamente la ventaja de aludir, entre otras cosas, a los trastornos y consecuencias que esa violencia causa no sólo en la persona de la mujer sino del hogar en su conjunto.

b) **Violencia marital:** cuando no existe convivencia en común y cuando no se realiza necesariamente por motivos de discriminación.

c) **Violencia sexista:** es aquella violencia machista, generada por grupos y asociaciones feministas. Sin embargo, estas acepciones tratan una violencia debida a razones de discriminación por razón de sexo, algo que no es necesario para considerar que existe violencia en el ámbito del hogar.

d) **Violencia física:** alguno de los dos cónyuges ejerce maltrato físico en su pareja o hijos.

e) **Violencia psicológica:** es aquella la cual daña la psique del cónyuge.

f) **Violencia económica:** es aquella donde el cónyuge ejerce dominio del dinero sin facilitar ningún beneficio a su pareja.

No siempre se ejerce por la más fuerte física o económicamente dentro de la familia, siendo con frecuencia razones puramente psicológicas las que impiden a la víctima defenderse. Habitualmente este tipo de violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo.

Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Pero dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales.

2.1.3 Causas

La violencia intrafamiliar se suscita dentro de una asociación humana que, por naturaleza, debiera ser una comunidad armónica de vida, ya que ésta ocurre dentro del grupo familiar y es allí donde debe generarse el desarrollo integral de la personalidad de sus miembros y la solidaridad entre los mismos y no porque así lo señalen normas, sino porque es lo más importante que debiera ocurrir en el seno de un hogar. Sin embargo, no sucede así en todos los casos.

Hoy, es de tal magnitud la violencia que ha sido considerada como un problema de salud pública, por cuanto produce un impacto negativo importante sobre la salud, la morbilidad y la mortalidad, principalmente de mujeres. Las investigaciones sobre este tema demuestran que existe una evolución creciente de asesinatos provocados por algún miembro del grupo familiar, especialmente por los maridos, ex maridos, concubinos o ex concubinos de la mujer, y, en algunos casos hasta por el padre o un hermano.

Porque es la mujer la que sufre las peores agresiones, no puede estudiar y menos aún trabajar fuera de su casa. Lo más grave de este flagelo es que la gran mayoría de las mujeres no denuncia el hecho y si lo hace, luego regresa arrepentida o amenazada y retira la denuncia presentada.

Es una epidemia silenciosa, caro y devastador, responsable además, de suicidios y homicidios como la consecuencia más evidente de la violencia; pero que no constituye la única expresión de ella, porque aún sin producir la muerte puede ocasionar lesiones y dejar secuelas físicas o psíquicas.

Se puede decir que la violencia genera más violencia y fractura, en forma muchas veces irreparable, afecta la estructura familiar.

2.2 La codependencia

La codependencia se define como el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional.

La codependencia es el resultado del impacto de la adicción en la familia. Esta codependencia se manifiesta a través de patrones de conducta y relación que son disfuncionales y que facilitan el desarrollo de la adicción

Este concepto, se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias. Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente, sí existen ciertas características identificativas de estas personas:

2.2.1 Características de la personalidad codependiente

Se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias generalmente alcoholismo y toxicomanías que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento, se descuidan o auto anulan, tienen baja auto confianza y autoestima, y se involucran continuamente en relaciones de parejas dañinas y abusivas.

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además existe otro desorden de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y las neurosis. Toda persona expuesta a estos desórdenes, puede desarrollar codependencia.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en un ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión consciente.

2.2.2 ¿Cuáles son los síntomas de la codependencia?

La codependencia se caracteriza por una serie de síntomas tales como:

- Dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas sanas
- Congelamiento emocional.
- Perfeccionismo.
- Necesidad obsesiva de controlar la conducta de otros.
- Conductas compulsivas.
- Sentirse sobre responsables por las conductas de otros.
- Profundos sentimientos de incapacidad.
- Vergüenza tóxica.
- Auto imagen negativa.
- Dependencia de la aprobación externa.
- Dolores de cabeza y espalda crónicos.
- Gastritis y diarrea crónicas.
- Depresión.

Estos síntomas se presentan primero en la relación enferma que produce la tensión, pero luego se transfiere a las demás relaciones del codependiente.

2.2.3 ¿Quiénes desarrollan codependencia?

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además existe otro desorden de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y las neurosis. Toda persona expuesta a este desorden, puede desarrollar codependencia.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en una ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión consciente.

2.2.4 Facilitación

La conducta codependiente es una respuesta enferma al proceso adictivo, pero además se convierte en un factor clave en la evolución de la adicción. La codependencia promueve el avance del proceso adictivo. A este concepto se le llama "facilitación". Existen diversas formas que toma la facilitación que oscilan entre la colaboración y la agresión.

Los codependientes no pueden darse cuenta de que están facilitando el problema, en parte por la negación y en parte porque están convencidos que su conducta está justificada, debido a que están "ayudando" a que el adicto no se deteriore más, y a que la familia no se desintegre.

2.2.5 Mal-diagnóstico

Es más frecuente de lo que se piensa, que las personas codependientes acudan en busca de ayuda médica, pero sin mencionar el problema que les aqueja en el seno familiar, por lo que los profesionales de salud encargados de hacer el diagnóstico, terminan etiquetándolo como "depresión" o simplemente "estrés". A pesar de que la codependencia cursa con sentimientos depresivos, es importante tener en cuenta de que la depresión en este caso, es un síntoma de la codependencia, y ésta a su vez es causada por el proceso adictivo que ocurre en la familia. Si se

logra hacer el diagnóstico correcto, es más probable que la familia reciba la ayuda apropiada para resolver la codependencia y la adicción.

2.2.6 Disfunción familiar

Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos.

Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles de cada miembro familiar que se van distorsionando a lo largo del proceso de avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí, donde los niños van formando su carácter codependiente, que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro.

2.2.7 Recuperación de la codependencia

Así como la adicción es una enfermedad tratable, la codependencia también lo es. El tratamiento de la codependencia puede consistir en una mezcla de psicoterapia y asistencia a grupos de autoayuda, hasta sesiones estructuradas de terapia familiar. Muchas veces la recuperación de una familia afectada por la adicción, comienza con la recuperación de los codependientes, sin embargo es necesario que el codependiente ponga el foco en su propia recuperación y cuidado personal, para que esto ocurra.

Los grupos de autoayuda para familiares de adictos, tales como: Familias Anónimas, Alano y codependientes Anónimos, Alcohólicos Anónimos, son de gran utilidad en el proceso de recuperación familiar y de la codependencia.

La codependencia es tratable y la recuperación es posible. La familia como sistema recibe de manera frontal el impacto de una adicción, de modo que no existe familia que no se afecte y

muestre síntomas de disfunción, cuando uno de sus miembros se enferma de adicción. Paradójicamente además, la familia afectada por la adicción, termina produciendo un sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción.

Al respecto, poco se ha escrito en relación a la codependencia en hombres, haciéndose siempre el énfasis de este padecimiento en las mujeres. Ahora bien, tanto a nivel de los tratamientos individuales como en los grupales, la atención a los hombres es menor debido a que el malestar psicológico en los hombres no está validado por cuestiones socioculturales y de género, y justamente, cuando estos se presentan a consulta, sufren por lo general, en algunas de sus facetas de lo que se ha dado en llamar "codependencia".

2.3 La depresión

Algunas personas experimentan infelicidad, a menudo como resultado de un cambio, ya se trate de un contratiempo o de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud, de "miseria cotidiana". Los sentimientos dolorosos que acompañan a estos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios, y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal. Sin embargo, cuando la depresión persiste y perjudica la vida diaria, puede indicar la existencia de un trastorno depresivo. La gravedad, la duración, y la presencia de otros síntomas son los factores que distinguen la tristeza normal de un trastorno depresivo.

Se ha llamado a la depresión con variedad de nombres tanto en la literatura médica como la popular durante miles de años. Los textos ingleses más antiguos hacen referencia a la "melancolía", que fue durante siglos el término genérico para todos los trastornos emocionales. Actualmente se hace referencia a la depresión como un trastorno anímico, y los subtipos primarios son la depresión mayor, la distimia (crónica y normalmente más benigna), y otras formas importantes de depresión son el trastorno disfórico premenstrual (también abreviado como PDD o PMDD) y el trastorno afectivo estacional (SAD). El otro trastorno mayor del estado de ánimo, es el trastorno bipolar, o enfermedad maníacodepresiva, que se caracteriza por períodos de depresión que alternan con episodios de excesiva energía y actividad.

En la depresión mayor, o aguda, deben presentarse al menos cinco de los síntomas abajo listados durante un período mínimo de 2 semanas, y deben representar un cambio de conducta o estado de ánimo respecto al estado previo:

Ánimo deprimido la mayoría de los días y en la mayor parte de cada día. (La irritabilidad puede ser el síntoma primordial en los niños y adolescentes).

- Total o muy importante pérdida de placer la mayor parte del tiempo.
- Aumento o disminución significativos del apetito, peso, o ambos.
- Trastornos del sueño en forma de insomnio o excesiva somnolencia prácticamente diaria.
- Sentimientos de agitación o sentido de intensa lentitud.
- Pérdida de energía y una sensación diaria de cansancio.
- Sentimientos de culpabilidad o inutilidad durante casi todo el tiempo.
- Incapacidad de concentración casi a diario.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Además, deben aparecer otros criterios:
- Los síntomas arriba listados no deberían seguir o acompañar episodios maníacos (como en los trastornos bipolares u otros).
- Deben alterar funciones normales importantes (como el trabajo o las relaciones personales).
- No ser causados por drogas, alcohol, u otras sustancias.
- No ser causados por la reacción de duelo normal.

Un estudio a largo plazo descubrió que los episodios de depresión mayor en general duraban alrededor de veinte semanas. Entre el 30 y 40% de los pacientes deprimidos experimentan ataques súbitos de ira que describen como inespecíficos e inapropiados.

Los síntomas de depresión en los niños pueden ser diferentes de los adultos. Pueden incluir:

- Tristeza permanente.
- Incapacidad para disfrutar de las actividades favoritas.
- Aumento de la irritabilidad.
- Quejas de problemas físicos tales como dolor de cabeza y de estómago.

- Menor rendimiento escolar.
- Aburrimiento constante.
- Baja energía.
- Pobre concentración.
- Cambios en los hábitos de comida y sueño o ambos.
- Mayor tendencia a amenazar a otros. Los niños ansiosos son más frecuentemente amenazados.

2.3.1 Tipos de depresión

a) Depresión doble: a menudo, los síntomas empeoran con el paso del tiempo. En un estudio a largo plazo, casi todos los pacientes con distimia sufrieron como mínimo un episodio de depresión mayor solapado con su depresión crónica (a veces denominada como depresión doble) en algún momento de su vida. Algunos expertos creen que estas depresiones dobles deben ser consideradas como parte del curso natural de la distimia. Las mujeres pueden ser más susceptibles a la depresión doble. En un estudio, más de un tercio de los pacientes que se recuperaron de la distimia, sufrieron una recaída en un plazo de cinco años.

b) Depresión atípica: las personas con depresión atípica generalmente comen y duermen con exceso, tienen un sentido general de pesadez, y un sentimiento muy fuerte de rechazo.

c) Depresión afectiva estacional: el trastorno afectivo estacional (SAD) se caracteriza por episodios anuales de depresión en otoño o invierno, que remiten en primavera y verano. En estas épocas pueden ser sustituidos por fases maníacas. Otros síntomas incluyen fatiga, tendencia a comer exceso (particularmente hidratos de carbono), dormir en invierno. (Un bajo número de individuos con SAD tiene los depresivos más comunes, el muy poco no poder dormir). Acostumbra durar unos cinco meses en aquellas personas que habitan en norte América.

Debe destacarse que los cambios estacionales afectan el ánimo de todas las personas, independientemente del sexo o si tienen un trastorno o no. Estar ligeramente deprimido durante el invierno no significa que se tenga una depresión estacional. Vivir en un país del norte con inviernos largos aumenta el riesgo de padecer depresión estacional.

d) Trastorno disfórico premenstrual: el síndrome de depresión severa, irritabilidad, y tensión que precede a la menstruación se conoce como trastorno disfórico premenstrual (PDD o PMDD) (también llamado trastorno disfórico luteínico tardío). Afecta alrededor de un 3% a un 8% de las mujeres en edad reproductiva. El diagnóstico de PDD depende de la presencia de cinco síntomas estándar de depresión mayor, que aparecen durante la mayoría de ciclos menstruales, y que empeoran aproximadamente una semana antes del período menstrual y desaparecen después.

2.3.2 Causas de la depresión

a) Anormalidades de los neurotransmisores: las causas básicas de la depresión están asociadas a anomalías en la liberación de ciertos neurotransmisores claves (mensajeros químicos del cerebro) principalmente los siguientes:

-Serotonina

-Acetilcolina

-Catecolamina (que consta de la dopamina, noradrenalina y epinefrina también llamada adrenalina).

El grado en que estos mensajeros químicos están alterados puede ser determinado por otros factores, tales como anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o susceptibilidad genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en el gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.

b) Anomalías hormonales: es muy probable que en las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, jueguen un papel en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas de estrés y del crecimiento también pueden jugar un papel en la depresión.

c) Depresión y estrategia adaptativa: algunos expertos creen que el estado de ánimo disminuido es una respuesta adaptativa a determinadas situaciones en las que las expectativas no se adaptan a los logros y los esfuerzos activos parecen infructuosos (como un enamoramiento no correspondido, fracaso profesional, o un compromiso de autoridad).

En el estado normal, el dolor que produce la respuesta proporcional al individuo iniciativa para desconectar y también una respuesta pasiva, de abandono que permite al individuo tener un período de pensamiento profundo antes de realizar un cambio de dirección. La depresión como alteración (caracterizada por pesimismo contumaz, baja autoestima y falta total de iniciativa) se puede desarrollar si hay constantes metas u objetos inalcanzables y si la persona no tiene ninguna relación positiva que le ayude a cambiar de dirección. Estas situaciones se dan ciertamente en las sociedades altamente competitivas a las que les falta el soporte social y los medios de comunicación mantienen las imágenes inalcanzables como deseables.

2.3.3 Causas específicas de depresión en la mujer

Las mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico y de su nacionalidad, tienen unas tasas significativamente más altas de depresión que los hombres. Las causas de esta incidencia más alta parecen ser una mezcla de factores biológicos y culturales, cambios hormonales disminuyen o desaparecen después de la menopausia. Las evidencias sobre las causas hormonales de la depresión se bajan primordialmente en las observaciones de la depresión durante estadios específicos del desarrollo femenino:

a) Pubertad precoz: las mujeres que inician la pubertad antes de lo normal (alcanzando el punto medio a los 11 años o antes) tienen mayores probabilidades:

b) Premenopausia: las mujeres premenopáusicas (entre los 20 y los 45 años) fueron más susceptibles a la depresión, y un 22% de este grupo reportaron síntomas de depresión mayor. La disforia premenstrual (depresión severa antes del período) afecta específicamente alrededor del 3 al 8% de las mujeres en su edad reproductiva.

2.3.4 Factores de riesgo en la depresión

Se estima que uno de cada cinco americanos estaría afectado por alguna alteración en forma de depresión durante el curso de sus vidas. La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, independientemente de la edad, raza, clase social o género, y a veces se le llama “el

resfriado común” de las enfermedades mentales. Aunque hay evidencias que sugiere que la depresión ha aumentado en las últimas décadas, en un estudio con un seguimiento de 40 años descubrió que la tasa global parecía permanecer estable, aunque el pico de depresión parece estar desplazándose hacia las mujeres menores de 45 años.

a) Depresión en mujeres: en cualquier momento, del 5 al 9% de las mujeres, comparándolo con un 2 a 3% de los hombres. En un estudio, casi la mitad de las mujeres observadas habían experimentado depresión en algún momento de sus vidas, y de ellas, la mitad habían buscado tratamiento. Las mujeres también tenían más posibilidades de tener múltiples tipos de depresión (distimia o depresión mayor).

b) Depresión en hombres: la depresión no es rara en los hombres. De hecho, los chicos tienen más probabilidades de estar deprimidos que las niñas de su misma edad. Un informe interesante sugirió que los hombres tenían también más probabilidades de enmascarar su depresión usando alcohol, lo que podría resultar en una incidencia reportada de depresión menor, no de la incidencia real. Los estudios de los judíos raíz y ortodoxos, en los que no se usa el alcohol, informan de una incidencia igual en hombres que en mujeres.

c) Niños y jóvenes: los expertos estiman que el 2% de niños y entre 4% y el 8% de jóvenes sufren de depresión. La incidencia más alta aparece en las chicas después de la pubertad, aunque la depresión en los chicos es mucho más frecuente antes de la pubertad. Los síntomas de depresión en niños pueden diferir en los de los adultos y pueden evidenciarse solo por informes de problemas en la escuela. Los estudios sugieren que cuando los niños y los adolescentes son tratados, se recupera hasta el 80%. Aún con todo, entre el 25 y el 50% de estos jóvenes presentan una reaparición de su depresión en los dos primeros años tras el primer episodio.

d) Ancianos: los estudios sugieren que, en general, un tercio de la población anciana está deprimida (de acuerdo con un estudio, solo el 10% reciben tratamiento). El proceso de envejecimiento por sí mismo no parece ser causa en todos los casos.

Un estudio italiano indicó que las personas muy ancianas (de 90 años o más) no eran más propensas a deprimirse que los adultos jóvenes, siendo la tasa del 10% en ambos grupos.

La severidad de la depresión en los ancianos puede estar estrechamente asociada con su capacidad funcional. En un estudio realizado en adultos que hacían rehabilitación, casi la mitad estaban deprimidos, pero a medida que mejoraba su capacidad funcional, también mejoraba su estado de ánimo.

Curiosamente, cuanto más pesimista es una persona mayor, menos probabilidad tiene él o ella de sufrir depresión. Estos individuos son más capaces de aceptar las experiencias negativas que aparecen con la edad que aquellos con una personalidad optimista.

Cualquier persona que experimente vivencias negativas acumuladas, enfermedades físicas, la muerte de un ser querido, deterioro funcional, o pérdida de independencia puede llegar a deprimirse profundamente y los ancianos son los más propensos a estos sucesos. Sin embargo, solo un 17% de los ancianos deprimidos son tratados adecuadamente.

Grupos sociales y económicos: el pertenecer a un grupo socioeconómico bajo significa un riesgo mayor de depresión. El dinero, por supuesto, permite un mayor acceso a una buena atención sanitaria, pero este factor no explica la tasa más alta de depresión en la gente pobre. Todas las personas, independientemente del salario pueden sufrir depresión si no disfrutan de buena salud o están socialmente aislados. Las actitudes culturales occidentales, que ligan los ingresos al estado social pueden jugar un papel significativo en la conexión entre pobreza y depresión.

En un estudio británico, la pobreza o el desempleo aumentaron la duración de cualquier depresión existente, pero no parecieron tener ningún papel causal. Sin embargo, los sentimientos de inseguridad financiera causaban y prolongaban la depresión.

Otro estudio describió que los mexicanos adultos que vivían en California que habían emigrado a América tenían la mitad de enfermedades psiquiátricas que los nativos Mexicanos-Americanos.

Y cuanto más tiempo vivían en los EE.UU., mayor era el riesgo de problemas psiquiátricos. Por tanto, los efectos de la cultura tradicional mexicana y los lazos sociales que en ella se establecen parecen proteger a los inmigrantes recién llegados de la enfermedad mental, incluso siendo pobres. Sin embargo, eventualmente, las consecuencias de la americanización junto con la pobreza llevan a la depresión probablemente como resultado de sentimiento de aislamiento e inferioridad.

2.3.5 La gravedad de la depresión

Una historia familiar de enfermedad mental, especialmente trastornos anímicos, tales como el trastorno bipolar, la depresión mayor, y la depresión crónica, parecen predisponer al paciente a desarrollar una depresión. Los hijos de padres depresivos tienen un alto riesgo de depresión y de otros trastornos emocionales.

Factores de riesgo para el trastorno afectivo estacional. El trastorno afectivo estacional (SAD) afecta más o menos 1 de cada 20 adultos. Alrededor del 80% de los que sufren SAD son mujeres, las personas que viven en el norte de América, son más propensas a experimentar trastorno afectivo estacional que las que viven en el sur.

2.3.6 ¿Cuál es la gravedad de la depresión?

Características generales:

a) Depresión mayor: la recuperación de la depresión mayor es frecuente, pero también lo es la recaída. En un estudio de 10 años, cerca de dos tercios de los pacientes con depresión mayor experimentaron una recaída. Además, cada recaída aumentaba el riesgo de episodios posteriores.

b) Distimia: en un estudio de la alteración distímica, algo más de la mitad de los pacientes se recuperaron en un período de cinco años. En el mismo estudio, más de tres cuartas partes de los pacientes sufrieron un episodio de depresión mayor. Más del 90% se recuperaron, pero el riesgo de sufrir otro episodio era mayor que el de los pacientes que solo habían tenido depresión mayor y no distimia.

2.3.7 Riesgo de suicidio

Se estima que la depresión es la causa del 60% de todos los suicidios. La distimia puede incluso representar un mayor riesgo de suicidio, que la depresión mayor por el suicidio o las amenazas de suicidio, especialmente de aquella persona que se sabe que está deprimida, siempre se tiene que tener en cuenta. En un estudio, la depresión fue el factor más importante en la sobredosis en adolescentes (la impulsividad fue el otro factor contribuyente al auto envenenamiento). Los pobres deben buscar ayuda tan pronto como les sea posible si sus hijos tienen signos de depresión severa o expresan pensamientos suicidas.

El suicidio es la tercera causa de muerte traumática en los ancianos, los hombres representan el 81% de estos suicidios, siendo los divorciados o viudos los de más alto riesgo.

2.3.8 Factores que pueden causar la depresión

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

a) Herencia: existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

b) Factores bioquímicos: se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión

grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidos como neurotransmisores.

Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

Lo que aún no se sabe es si el “desequilibrio bioquímico” de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición mental.

c) Situaciones estresantes: muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultad financiera, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

d) Estacionalidad: trastorno afectivo estacional (SAD), se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.

Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

e) Personalidad: las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de la situación, típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

2.4 Ansiedad

La ansiedad es un mecanismo natural, que alerta de un sentimiento tan fuerte en el ser humano como es el miedo y alerta de situaciones potencialmente peligrosas. Es la más común y universal de las emociones.

En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad. La ansiedad es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

Es persistente en el tiempo y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, no estando restringida a una situación en particular como en las fobias ni presentándose exclusivamente en forma de crisis. El estado de ansiedad es casi permanente, oscilando levemente durante el transcurso del día y afectando la calidad del sueño. La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

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

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. Ante esta situación, el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento, liberando señales de alerta a todo el sistema nervioso central.

Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están invirtiendo para conseguirla, y que normalizará los valores que han disparado esa alerta amarilla. En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado que bien se puede llamar de alerta roja.

2.4.1 Causas

La depresión frecuentemente acompaña a los trastornos de ansiedad y, cuando esto sucede, también debe atenderse. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse que frecuentemente caracterizan a la depresión pueden ser tratados con efectividad con medicamentos antidepresivos o, dependiendo de la severidad del mal, con psicoterapia.

Ansiedad debida a sustancias.

Las causas más comunes son:

- Ingesta excesiva de cafeína
- Drogas de Adicción: cocaína, éxtasis, anfetaminas, marihuana, LSD
- Abstinencia al alcohol o a benzodiazepinas (ansiolíticos)
- Medicamentos: pseudoefedrina, fenilefrina, etilefrina, fenilpropanolamina, norepinefrina, salbutamol.

2.4.2 Ansiedad debida a condición o enfermedad médica

Las causas más comunes son:

- Hipertiroidismo (hiperfunción tiroidea)



- Hiperfunción suprarrenal
- Hipoglucemia
- Feocromocitoma.

2.4.3 Trastornos

En algunos casos, hay cuadros sintomáticos que constituyen los Trastornos de Ansiedad, que tienen consecuencias negativas y muy desagradables para las personas que los padecen.

Entre los Trastornos de Ansiedad, según la Organización Mundial de la Salud se encuentran:

- Las fobias,
- El trastorno obsesivo-compulsivo,
- El trastorno de pánico,
- El trastorno de ansiedad generalizada,
- El trastorno por estrés post-traumático,
- La agorafobia, etc.

2.4.4 Síntomas

Son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes;

- A través de síntomas fisiológicos,
- Cognitivos y
- Conductuales.

Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, son constantes a diferencia de lo que ocurre en el Trastorno de Pánico en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Siendo común que visiten la

sala de urgencias con cierta frecuencia, y generalmente se sienten mejor después de ser atendidos. Donde la ansiedad-pánico aparece tomando la forma de una Crisis de Pánico. La Crisis de Pánico no suele durar más de 30 minutos pero deja a quien la padece con mucho temor a presentar una nueva crisis.

2.4.5 Tratamiento

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos:

- Fármacos ansiolíticos.
- Psicoterapia cognitivo-conductual
- Reducción de estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.
- Cambios en la alimentación.

Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas. Incluye la utilización de medicación y formas específicas de psicoterapia, el tratamiento más suele combinar psicoterapia y medicación.

Los medicamentos son muy efectivos para mitigar los síntomas de ansiedad. Se pueden utilizar medicamentos ansiolíticos o antidepresivos con efecto ansiolítico. Los ansiolíticos no deberían utilizarse por períodos mayores a un mes ya que con el transcurso del tiempo tienden a producir acostumbramiento y a una necesidad de incrementar la dosis.

Ansiedad y miedo escénico

Esta es una de las formas de ansiedad más padecidas en el mundo, es una forma social que manifiesta frente a grupos, ante la inminencia de tener que expresarse en público, y puede ser tratado con terapia cognitivo-conductual, incorporando una o varias de estas técnicas:

- Auto-observación,
- Reestructuración cognitiva,

- Terapia de relajación,
- Ensayo de conducta,
- Representación de roles,
- Desensibilización sistemática,
- Visualización y entrenamiento asertivo.

2.5 Estrés

Es toda demanda física o psicológica fuera de lo habitual y bajo presión que se le haga al organismo, provocándole un estado ansioso. En la mayor parte de los casos, el estrés aparece debido a las grandes demandas que se le imponen al organismo.

El estrés puede contribuir, directa o indirectamente, a la aparición de trastornos generales o específicos del cuerpo y de la mente.

Esta situación hace que el cerebro se ponga en guardia. La reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva. El sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para activar los sentidos, acelerar el pulso, profundizar la respiración y tensar los músculos.

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para la salud.

2.5.1 Causas

Los llamados estresores o factores estresantes o situaciones desencadenantes del estrés son cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como

sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo.

El estudio y comprensión del estrés se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso. La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado para estudiar el estrés proporciona una primera aproximación al estudio de las condiciones desencadenantes del estrés y muestra la existencia de ocho grandes categorías de estresores:

- Situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente
- Estímulos ambientales dañinos
- Percepciones de amenaza
- Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etcétera)
- Aislamiento y confinamiento
- Bloqueos en nuestros intereses
- Presión grupal
- Frustración.

2.5.2 Fisiológicas

Estas causas están relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo que aumentan la tensión interior de la persona produciendo un nivel de estrés que se vuelve contraproducente hacia uno mismo. Por ejemplo, una enfermedad orgánica produce una reacción negativa en el campo emocional.

2.5.3 Psicológicas

Se relaciona con la vulnerabilidad emocional y cognitiva. Crisis vitales por determinados cambios: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes. Condiciones frustrantes de trabajo o estudio: excesiva exigencia y competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, etc.

2.5.4 Sociales

Cambios sociales en los que cada época trae nuevos retos a afrontar. Cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, etc.

Ambientales: contaminación ambiental, alimentación desnaturalizada con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática. Microorganismos patógenos, catástrofes.

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar). El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra.

2.5.5 Clasificación

-Abandonar las actividades diarias que causan estrés con deportes en grupo, eventos sociales y pasatiempos.

-Tratar de ver un cambio como un desafío positivo, no una amenaza.

2.5.6 Tipos de estrés

a) Estrés y distrés: el estrés actúa como factor de motivación para vencer y superar obstáculos.

b) Estrés físico y estrés mental: puede incluir exposición al calor o al frío, al peligro, o a sustancias irritantes. El origen del estrés mental está en las relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación por enfermedad.

c) Estrés agudo: es el producto de una agresión intensa (aún violenta) ya sea física o emocional. Cuando el estrés agudo se presenta se llega a una respuesta en la que se pueden producir úlceras hemorrágicas de estómago como así también trastornos cardiovasculares.

d) Estrés crónico: cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir que cuando el organismo se encuentra sobre-estimulado, agotando las normas fisiológicas del individuo, el estrés se convierte en distrés.

e) Distrés por sub-estimulación: también hay distrés cuando existe sub-estimulación del organismo. Poseemos un ritmo biológico que cuando se encuentra en una inactividad exagerada, poco solicitado o en reposo excesivo, la irritabilidad y fatiga resultante son índice de estrés por sub-estimulación.

f) Los estresores únicos: hacen referencia a cataclismos y cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que habitualmente afectan a un gran número de ellas.

g) Los estresores múltiples: afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas. Los estresores cotidianos: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.

h) Los estresores biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

2.5.7 Síntomas

- Depresión o ansiedad
- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Indigestión
- Sarpullidos disfunción sexual
- Nerviosismo

- Palpitaciones rápidas
- Diarrea o estreñimiento

La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción:

- El corazón late más fuerte y rápido
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos (riñones, intestinos), se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).
- La mente aumenta el estado de alerta
- Los sentidos se agudizan

2.5.8 Tratamiento

Frente a la falta de respuesta al tratamiento físico, se recomienda algún tipo de psicoterapia. También se puede recetar tranquilizantes, antidepresivos o betabloqueadores como medida a corto plazo.

Sin embargo, en general el uso de medicamentos no se recomienda como solución a largo plazo. En estos casos no se recomienda el uso de bebidas alcohólicas.

Si la causa del estrés es única, se debe enfrentar la situación de forma efectiva. Compartiendo sentimientos con amigos. No se debe imponer más responsabilidades hasta acostumbrarse a la nueva situación.

Si el estrés persiste debido a irritaciones diarias que no se pueden modificar, tal vez un cambio radical ayude.

2.5.9 Afrontación del estrés

- No preocuparse acerca de las cosas que no se pueden controlar, como el clima. Hacer algo acerca de las cosas que si se pueden controlar.
- Prepararse lo mejor que se pueda para sucesos que pueden ocasionar estrés.
- Esforzarse por resolver los conflictos con otras personas.
- Pedir ayuda a amistades, familiares o profesionales.
- Fijarse metas realistas en casa y en el trabajo.
- Hacer ejercicios.
- Meditar.

2.6 Problemas de aprendizaje

Los padres se preocupan mucho y se decepcionan cuando su hijo tiene problemas en la escuela. Hay muchas razones para el fracaso escolar, pero entre las más comunes se encuentra específicamente la de los problemas del aprendizaje.

Los niños con uno de estos problemas de aprendizaje suele ser muy inteligente y trata arduamente de seguir las instrucciones al pie de la letra, de concentrarse y de portarse bien en la escuela y en la casa. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, tiene mucha dificultad aprendiendo y no saca buenas notas. Algunos niños con problemas de aprendizaje no pueden estarse quietos o prestar atención en clase. Los problemas del aprendizaje afectan a un 15 por ciento de los niños de edad escolar.

La teoría es que los problemas del aprendizaje están causados por algún problema del sistema nervioso central que interfiere con la recepción, procesamiento o comunicación de la información. Algunos niños con problemas del aprendizaje son también hiperactivos, se distraen con facilidad y tienen una capacidad para prestar atención muy corta.

Los psiquiatras de niños y adolescentes nos aseguran que los problemas del aprendizaje se pueden tratar, pero si no se detectan y se les da tratamiento adecuado a edad temprana, sus efectos pueden ir aumentando y agravándose.

Por ejemplo, un niño que no aprende a sumar en la escuela primaria no podrá aprender álgebra en la escuela secundaria. El niño, al esforzarse tanto por aprender, se frustra y desarrolla problemas emocionales, como el de perder la confianza en sí mismo con tantos fracasos.

Algunos niños con problemas de aprendizaje se portan mal en la escuela porque prefieren que los crean "malos".

Los padres deben estar conscientes de las señales que indican la presencia de un problema de aprendizaje que tienen los niños.

- Tiene dificultad entendiendo y siguiendo instrucciones;
- Tiene dificultad recordando lo que se le acaba de decir;
- No domina las destrezas básicas de lectura, escritura y matemática, por lo que fracasa en el trabajo escolar;
- Tiene dificultad distinguiendo entre la derecha y la izquierda, por ejemplo, confundiendo el número 25 con el número 52, la "b" con la "d", y "le" con "el";
- Le falta coordinación al caminar, jugar deportes o llevar a cabo actividades sencillas, tales como aguantar un lápiz o amarrarse el cabete del zapato;
- Fácilmente se le pierden o extravían sus asignaciones, libros de la escuela y otros artículos;
- Y no puede entender el concepto de tiempo, se confunde con "ayer", "hoy" y "mañana."

Tales problemas merecen una evaluación comprensiva por un experto que pueda analizar todos los diferentes factores que afectan al niño. Un psiquiatra de niños y adolescentes puede ayudar a coordinar la evaluación y trabajar con profesionales de la escuela y otros expertos para llevar a cabo la evaluación y las pruebas escolásticas y así clarificar si existe un problema de aprendizaje.

Después de hablar con el niño y la familia, de evaluar la situación, de revisar las pruebas educativas y de consultar con la escuela, el psiquiatra de niños y adolescentes hará recomendaciones sobre dónde colocar al niño en la escuela, la necesidad de ayudas especiales, tales como terapia de educación especial o la terapia del habla y los pasos que deben seguir los padres para asistir al niño para lograr el máximo de su potencial de aprendizaje. Algunas veces se recomienda psicoterapia individual o de familia y algunas veces se recetan medicamentos para la hiperactividad o para la distracción. Es importante reforzar la confianza del niño en sí mismo, tan vital para un desarrollo saludable, y también ayudar a padres y a otros miembros de la familia a que entiendan y puedan hacer frente a las realidades de vivir con un niño con problemas de aprendizaje.

2.7 Trastorno de la conducta alimentaria

Entre los trastornos alimentarios que se presentan durante la niñez y la adolescencia están la pica, en la cual el niño come con regularidad sustancias que no son alimentos, como pintura, cuerdas, hojas o guijarros; el trastorno de rumiación durante la niñez, en el cual el infante regurgita el alimento parcialmente digerido; la anorexia nerviosa, en la que los adolescentes se preocupan porque se “sienten obesos”, y siguen una dieta casi hasta el punto de la inanición; o la bulimia nerviosa, o el hábito de comer en exceso que con frecuencia va seguido de una purga por medio del vómito autoinducido o el consumo de dosis elevadas de laxantes o diuréticos, estas dos últimas son más frecuentes en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta y es más probable que se presenten en las mujeres que en los hombres.

2.7.1 Anorexia nerviosa

Se refiere a un desorden nutricional severo que se asocia con un temor profundo a subir de peso y con una imagen corporal distorsionada. A pesar de que la anorexia nerviosa se reconoció desde los últimos años del siglo XVIII y adquirió su nombre actual en 1874, sólo hasta hace poco sus rasgos psicológicos llegaron a ser motivo de interés clínico.

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la

percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea.

La persona que padece de este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (ej. Mientras que el individuo crece en altura).

Según el criterio de diagnóstico de tipo “A” proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior; lo que significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la *Metropolitan Life Insurance* o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría).

Existe otra guía adicional algo más estricta, en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 kg/m². Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal, de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un paciente, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de ingesta total; a pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido de calorías, la mayoría acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos; además existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas (ej. vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas que padecen de este trastorno tienen un miedo a ganar peso o a convertirse en obesas; este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho el trastorno va en aumento aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal; algunas personas se encuentran “obesas”, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como es el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo, para observar las zonas consideradas “obesas”.

El estado emocional del individuo con este trastorno, se ve afectado con el nivel de autoestima que depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio ven el aumento de peso como un fracaso de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas foliculostimulantes y luteinizante, es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso; normalmente las personas que padecen este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes, con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Durante muchos años, la opinión de los médicos fue que la anorexia nerviosa era el resultado de un desequilibrio endocrino; en la actualidad todavía prevalece la posibilidad de que la condición se deba a un trastorno del hipotálamo. (Se sabe que ciertos tumores en el hipotálamo generan un disgusto por la comida); sin embargo, la mayoría de los médicos clínicos consideran que las presiones socioculturales y otros factores son las causas del trastorno.

2.7.2 Características de los anoréxicos

A pesar que el termino anorexia nerviosa significa “pérdida nerviosa del apetito” los investigadores han descubierto que los anoréxicos en realidad sienten hambre. Experimentan sensaciones fisiológicas y cognoscitivas de hambre, junto con una fuerte preocupación por la comida; las personas con este padecimiento son propensas a hablar de recetas y cocinar comidas elaboradas con familiares y amigos, pero no consumen lo que prepara. Si comen con otras personas, la mayor parte del tiempo pasa cortando los alimentos en piezas diminutas y moviéndolos por todo el plato.

Cuando consumen alimentos, es casi siempre cuando están solos.

El rasgo principal de la anorexia nerviosa es la preocupación obsesiva por bajar de peso.

Algunos investigadores consideran la dinámica familiar como una causa posible de la anorexia. Un terapeuta familiar que tiene un interés especial por los adolescentes anoréxicos es Salvador *Minuchin* (1978), quien ha descubierto características predominantes en las familias que tienen un hijo anoréxico: interferencia, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos. “Una familia que interfiere es aquella en la que nadie puede ser un individuo ni tener una identidad separada y la insistencia en estar juntos da como resultado una falta de prevacía”. (*Irwin G. Sarason*).

2.7.3 Síntomas y trastornos asociados

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos, que

cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características se observan también en personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos, pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la seminación. Por eso es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso.

Se han observado en personas que padecen el trastorno características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea relacionado con la comida o no. La mayoría de personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas a la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

2.7.4 Diagnósticos de laboratorio

a) La seminación: es la característica del trastorno, puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.

b) Hemograma: es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve, rara vez se observa trombocitopenia.

2.7.5 Bioquímica

La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. Existe muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepática están aumentadas. Ocasionalmente se ha detectado los vómitos inducidos pueden producir alcalosis metabólica, (bicarbonato sérico aumentado).

2.7.6 Consecuencias de la anorexia

La anorexia desequilibra el funcionamiento del organismo en muchas formas, dando como resultado condiciones como retraso en el crecimiento de los huesos, anemia, piel reseca, temperatura corporal y metabolismo basal bajos, ritmo cardiaco lento y falta de tolerancia al frío, además provoca la ausencia temporal de los períodos menstruales.

El mal funcionamiento del hipotálamo también parece relacionado, con el deterioro de la regulación de dopamina y por tanto con el desarrollo de la depresión. Los resultados de la prueba de la personalidad del MMPI, indican que los anoréxicos son propensos a la depresión continua, incluso después del tratamiento exitoso para su problema de peso.

2.7.7 Bulimia nerviosa

En la bulimia nerviosa o impulso de comer en exceso, la persona está consciente de sus patrones alimenticios anormales, teme no poder dejar de comer y es propensa a la depresión y la autocrítica por su comportamiento. En la bulimia, el impulso de comer en exceso se presenta al menos dos veces por semana, durante por lo menos tres meses y con frecuencia viene acompañado por el uso de laxantes, el vómito autoinducido, o la dieta rigurosa, con el objeto de compensar el comportamiento de comer en exceso. Muchos pacientes anoréxicos tienen síntomas de bulimia; se les conoce como anoréxicos bulímicos o los que se purgan y los bulímicos pueden tener un peso promedio o arriba del promedio.

Algunos investigadores dicen que la bulimia es un tipo de depresión y se debe clasificar como un trastorno afectivo.

2.7.8 Características

Las características de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la auto evaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para

poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período corto de 3 meses. Se define atracón, como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían.

El clínico debe tener en cuenta el contexto en el que se produce el atracón, lo que calificaría como consumo excesivo de una comida habitual, puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario. Un período corto de tiempo significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen porque producirse en un solo lugar, por ejemplo, un individuo puede comenzar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracción de ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados y pasteles). Sin embargo los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar. Los individuos con este trastorno se sienten muy avergonzados de su conducta e intentar ocultar los síntomas.

Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de estas personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicios físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Excepcionalmente los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al auto valorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

2.8 Los celos

Los celos son un sentimiento de temor a perder a la persona amada.

Los celos, de forma controlada y en pequeñas dosis, pueden ayudarnos a potenciar la relación pero, cuando los celos son enfermizos nublan la razón de quien los padece.

Sus sospechas se basan, la mayoría de las veces, en hechos infundados y, el constante temor a ser abandonados les lleva a ejercer un continuo temor sobre la pareja.

Aunque conviene saber que cuanto más seguros nos sentimos de nuestra pareja y de nuestra relación con ella menos intensos y duraderos son.

2.8.1 ¿Por qué hay personas celosas?

Falta de confianza en uno mismo: las personas inseguras muchas veces no se sienten merecedora del amor de su pareja y esto le lleva a desconfiar de la sinceridad y cariño del otro.

Siempre están pensando en que en cualquier momento su pareja puede conocer a alguien más atractivo y tienen miedo a que descubra lo poco que vale en realidad.

Experiencias familiares: es probable que una persona que haya presenciado escenas de celos en sus padres tenga más predisposición a ser celoso que otra cuyos padres se sentían seguros el uno del otro.

Experiencias vividas: las personas que han sido traicionadas alguna vez por alguien en quien confiaban es más probable que posteriormente desarrollen una personalidad celosa.

Trastornos psicológicos: las personalidades paranoides, narcisistas e histriónicas tienen una gran tendencia a desconfiar continuamente de los demás y por consiguiente a desarrollar una celotipia.

2.8.2 ¿Cómo controlar los celos?

Evitar pensamientos destructivos que hacen que el problema de los celos se agrave e intenta sustituirlos por otros de seguridad y confianza que ayuden a frenarlos.

Esforzarse en ser objetivo y aprender a diferenciar lo que son hechos reales de lo que puede estar manipulando la imaginación.

Esto no es otra cosa que tomar verdadera conciencia del problema e intentar hacer algo al respecto.

Procurar ser más tolerante y dejar espacio a la pareja, evitar ese impulso irrefrenable que lleva a estar en todo momento controlando y preguntando sobre lo que hace y con quien.

De esta forma lo único que vas a conseguir es que se sienta cada vez más agobiada y atosigada.

Comenta lo que ocurre a algún amigo de confianza y pide consejo. No olvides que ocultar el sufrimiento y negarlo hace que se potencie cada vez más.

Los consejos y puntos de vista de otras personas ayudan a analizar lo que ocurre de forma objetiva y a encontrar soluciones que tal vez no se nos habían ocurrido.

2.9 Psicopatología

Es la disciplina que se ocupa de los seres humanos que debido a sus características psicológicas encuentran dificultades para su realización biológica y personal.

La psicopatología es, en principio entonces la ciencia que estudia la *psique* enferma.

También se puede definir como *psique* enferma o un paciente con su *psique* sufriende, por hablar de enfermedad en sus distintas manifestaciones, entonces la Psicopatología se pone en conexión con las otras ciencias que se esfuerzan para lograr la salud humana, aunque se puede observar las partes u órganos alterados que conforman el sistema psíquico entonces se puede definir de esta otra forma:

Que una *psique* enferma es aquella que cuenta con informaciones distorsionadas de su entorno, debido a alteraciones psíquicas en su percepción o a factores somáticas en sus órganos sensoriales, causando con ello dolor o una *psique* sufriende.

Dentro del ambiente de la salud solo se ha atendido la parte física o somática por lo que culturalmente se ha recurrido al médico, sin tomar en cuenta que al investigar las causas que provocan una enfermedad tienen fondo psíquico, social, moral o espiritual, psicológicamente, se descubre que hay una *psique* doliente o enferma y que todo desequilibrio o trastorno también cambia el enfoque hacia el dolor, por lo que la psicopatología es una de las herramientas idóneas para ayudar al ser humano en la búsqueda constante hacia su plena salud.

El conocimiento que brinda la psicopatología también prepara o fortalece para tolerar los forzosos condicionamientos que imponen el entorno y la sociedad.

La psicopatología es una ciencia esencialmente dinámica, que se preocupa mucho por conocer la *psique* enferma, como también por describirla, interpretarla y explicarla. La psicopatología se ha constituido como una herramienta básica en el campo de la medicina para proveer al ser humano las bases de estudio y profundidad en encontrar soluciones que garantizan la salud para el mismo

2.9.1 Métodos de investigación en psicopatología

Dentro de los métodos de estudio básico en la investigación sobre psicopatología se utilizan métodos, siendo estos tres los siguientes:

a) La explicación: es en definitiva la existencia de manifestaciones psicopatológicas, dentro de esta misma dirección, también se puede incluir la orientación reflexológica y conductista en la Psicopatología.

b) La interpretación: es la que trata de aumentar el campo de lo psíquico para captarlo mejor. La explicación abandona la psique para trasladar el centro de atención y de su interés al organismo.

La realidad es que el hecho psicopatológico puede ser objeto de interpretación como de explicación. En unos casos la interpretación aportará una ayuda más eficaz, y en otros por el contrario, será la explicación la que resuelva prontamente cualquier tipo de dudas.

c) La explicación fenomenológica: cuando se habla de la explicación fenomenológica, comienza una nueva etapa en el pensamiento filosófico de la Psicopatología, ya que ha tenido lugar claramente un proceso de antropologización de la filosofía que termina por ser única y exclusivamente el del conocimiento del hombre.

Estas tres perspectivas no son exclusivas de la psicopatología, si no que representan tres métodos de investigación que intentan dar una respuesta a la pregunta de que es el hombre. La interpretación la plantea como una profundización progresiva en su vida psíquica y la descripción fenomenológica como un análisis de la existencia. Estos métodos permiten establecer los parámetros más importantes para identificar un cuadro clínico.

Todo esto es muy útil ya que el hombre no vive aisladamente, sino que está integrado en una sociedad determinada. La investigación social del fenómeno psicopatológico está resultando extraordinariamente productiva, puesto que tanto las manifestaciones psicopatológicas como la psicopatología misma están comprometidas en los procesos de bienestar individuales y sociales.

2.9.2 Normalidad y anormalidad en psicopatología

En la psicopatología se utiliza bastante la frase patológico que significa enfermo, por lo que para no definir enfermo a algo pendiente de evaluar; entonces se decidió utilizar el nombre de anormal para alguien ya evaluado o con una actitud no adaptada y normal con alguien ya curado o que no necesita de psicoterapia por lo que es la psicología la que después de evaluar a un paciente lo califica como anormal o normal. Aplicando definir para estos temas como psicología normal o psicología anormal.

Los parámetros que rigen dentro de una y otra está definido por los síntomas de cada trastorno y el criterio del evaluador, ya que el tendría qué y con qué pruebas evaluar, respetando en cada una las especificaciones de cada prueba. También hay muchas personas que dentro de los cánones o reglas de conducta normal o ideal no califican, pero que sin embargo socialmente no representan ninguna amenaza social, ejerciendo conductas anormales, geniales o extravagantes sin embargo son personas muy respetuosas y respetadas y nadie ni nada autoriza a que se intervenga sobre ellas a menos que representen una amenaza, o que ellas mismas soliciten intervención.

La psicopatología anormal solo es aplicable donde se necesite intervenir o se requiera terapia, por lo que el estudio de la anormalidad se enfoca solo con conductas desadaptadas. Por lo que concluyendo lo normal y anormal queda sujeto a los distintos criterios sociales de las distintas épocas y la valoración que se dé en las distintas circunstancias en que se manifieste (Monedero) ya que a lo largo de la historia lo que se ha venido entendiendo como normal o anormal ha variado tan significativamente que difícilmente se pueda definir con reglas específicas sin caer en el error de no respetar parámetros específicos entre lo normal y lo anormal.

La psicopatología es la ciencia que estudia la psique patológica normal y anormal, mientras que la psiquiatría, que es una especialidad de la medicina, se ocupa del estudio de las enfermedades mentales de forma física o somática.

Los trastornos o percepciones inadecuadas (anormal) que no permiten al individuo un desenvolvimiento acorde al círculo cultural imperante en su época provoca sufrimiento en quien

lo posee, llevando cierta cantidad de desadaptación (dolor) también a los que lo rodean por lo que es tomado como anormal o desadaptado social, pero con la búsqueda de ayuda (asesoría) profesional, podrá comprender mejor su entorno y por lo tanto adaptarse mejor en él por lo que podemos llamarlo entonces normal.

Para definir estos parámetros, nos apoyamos en la ciencia de la Psicopatología la cual va siendo más confiable y eficaz gracias a los aportes que nos brindan las investigaciones científicas más recientes. La historia de la psicopatología nos explica que esta es una ciencia joven que busca conocer al hombre para brindarle salud y que se ha ido nutriendo con el tiempo pero que sus raíces se las debemos a científicos como el caso de Jaspers (científico psicopatológico) que es considerado el padre de la psicopatología, ya que él consideraba la psiquiatría como una disciplina práctica, que utilizaba los conocimientos científicos para aplicarlos a los seres humanos individuales.

2.10 Métodos de psicodiagnóstico

2.10.1 ¿Qué es el psicodiagnóstico?

El psicodiagnóstico es una herramienta del psicólogo, sumado a la escucha, el tiempo de juego en el caso de los niños y el juicio clínico, forman el diagnóstico.

El psicodiagnóstico consiste en: la entrevista, técnicas psicofisiológicas, cuestionarios, observación de la conducta habitualmente se entiende al psicodiagnóstico como una batería o conjunto de test que son tomados con el objeto de evaluar la estructura psicológica global y particular de una persona.

Proceso que se realiza, generalmente para solucionar un problema. En el proceso de diagnóstico dicho problema experimenta cambios cuantitativos y cualitativos, los que tienden a la solución del problema. Consta de varias etapas, dialécticamente relacionadas, que son:

- Evaluación
- Intervención
- Seguimiento

2.10.2 Objetivos del psicodiagnóstico

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

2.10.3 Etapas del psicodiagnóstico

a) Contacto inicial

Puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de inter consulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.

b) Entrevista inicial

Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el *rapport* (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar.

La confección de la batería de test a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

-Aplicación de la evaluación: Administración de test y otras herramientas diagnósticas.

-Cierre del proceso y devolución de la información.

A través, de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria. Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-exposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta.

Consiste en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar aquellos aspectos que sean de utilidad para el proceso terapéutico. En Psicodiagnóstico Infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por éste. Este proceso de devolución implica la generación de *insight* y el manejo de la ansiedad del examinado.

2.11 Instrumentos utilizados para realizar un diagnóstico

2.11.1 La observación

Es un método para reunir información visual sobre lo que ocurre, lo que nuestro objeto de estudio hace o como se comporta, la observación es visual y se necesita del sentido de la vista para poder captar todo lo que ocurre alrededor de las personas. Se utiliza para recolectar los datos necesarios para un estudio, es un método clásico de investigación científica.

La ciencia comienza con la observación y finalmente tiene que volver a ella para encontrar su convalidación final, por lo cual todo investigador a de adiestrarse en observar cuidadosamente. Si llega hacer un gran observador, comenzarán sus investigaciones teniendo mayor número de datos a su disposición, y será menos probable que olvide que su objeto es estudiar el problema que le atañe, y podrá mantener más fácilmente una comprobación continua de sus conclusiones.

Los conductistas y los teóricos del aprendizaje social prefieren este método para evaluar la personalidad, porque les permite ver cómo influye la situación y el ambiente en la conducta, además de contemplar la gama de conductas que muestra el sujeto, aporta mejores resultados con los niños de corta edad, pues casi todos son conscientes de sí mismos cuando se sospecha que están viendo, pero esta técnica se aplica con éxito a personas prácticamente de cualquier edad y en muchos ambientes.

La observación puede asumir muchas formas y es a la vez la más antigua y la más moderna de las técnicas para la investigación; incluye tanto las experiencias más casuales y menos reguladas, como los registros filmados más exactos de la experiencia llevada a cabo en los laboratorios. Hay muchas técnicas para la observación y cada una de ellas tiene sus usos.

La observación se convierte en técnica científica a medida que:

Sirve un objeto ya formulado de investigación.

Es planificada sistemáticamente.

Es controlada sistemáticamente y relacionada con proposiciones generales en vez de ser presentadas como una serie de curiosidades interesantes.

Está sujeta a controles de validez y confiabilidad.

Como técnica de investigación consiste en "ver" y "oír", hechos o fenómenos que se desean estudiar, para este efecto o fin adopta diferentes modalidades y utiliza una serie de medios e instrumentos que le son propios.

Desde el punto científico ofrece una serie de ventajas respecto de otras técnicas, pero también de limitaciones y dificultades, por lo cual se cree que para la investigación efectuada para realizar un problema directo o indirecto deberán mantener mayor atención.

a) Modalidades de la observación

La observación puede adoptar diferentes modalidades según sean los medios utilizados para la sistematización de lo observado, el grado de participación del observador, el número de observadores, y el lugar donde se realiza, con lo cual se puede elaborar las siguientes modalidades:

a.1) Según los medios utilizados para sistematizar lo observado

El grado de estructuración de la observación puede ser muy variado según sean los medios que se utilicen para sistematizar lo que se observa, de aquí la distinción que suele hacerse entre observación no estructurada y observación estructurada.

a.2) Observación no estructurada

Es aquella que consiste en reconocer y anotar los hechos sin recurrir a la ayuda de medios técnicos especiales, dándose la sensación de que sabemos más de lo que en realidad hemos visto. Recibieron el nombre de ordinaria.

a.3) Observación estructurada

Es aquella que apela a instrumentos para la recopilación de los datos o hechos observados, estableciendo de antemano los aspectos que se han de estudiar. Se sistematizan los aspectos que se estiman relevantes para determinar la dinámica de grupos con carácter interno, sirviendo de orientación al observador. En esta se utilizan distintos medios que acrecientan la capacidad de observación y de control tales como: cuadros, anotaciones, listados, escalas, maquina de filmar, cámara fotográfica, etc.

a.4) Observación no participativa

Es aquella que consiste en la toma de contacto del observador con el problema, el hecho o grupo a estudiar, pero permaneciendo ajeno al mismo.

Esta es la característica observación y reportaje, por su finalidad o similitud con la técnica empleada por los periodistas; siendo muy apropiado para el estudio de las reuniones, congresos, conferencias, etc.

a.5) Observación participante

Es aquella que consiste en la participación real del observador en el problema que se investiga.

Existiendo en este caso la observación participante natural, cuando el observador pertenece a la comunidad o grupo que se investiga y la observación participante artificial cuando el observador se integra al grupo que se investiga.

a.6) Observación individual

Es aquella que realiza una sola persona, proyectándose la personalidad del investigador sobre lo observado con el consiguiente riesgo de provocar distorsión, por las limitadas posibilidades de control.

a.7) Observación colectiva o en equipo

Esta puede llevarse a cabo de la siguiente manera:

Todos observan lo mismo, con lo cual se procura corregir distorsiones que pueden provenir de cada investigador en particular.

Cada uno observa un aspecto diferente.

El equipo recurre a la observación, pero algunos miembros emplean otros medios.

Se constituye una red de observados en cada una de las secciones en las cuales puede dividirse el problema a investigar.

a.8) Observación directa

Es aquella en la cual el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación.

a.9) Observación intrasubjetiva

Es aquella en la cual repetidas observaciones de las mismas respuestas por observadores deben producir diferentes datos.

a.10) Observación inter-subjetiva

Es aquella que se basa en el principio de que observaciones repetidas de las mismas respuestas por el mismo observador deben producir los mismos datos.

a.11) Observación indirecta

Es aquella que existe cuando el investigador corrobora los datos que ha tomado, quizá el testimonio oral o escrito de personas que han tenido contacto de primera mano con los datos.

a.12) Medios de observación

Son los medios que facilitan, amplían o perfeccionan la tarea de la observación realizada por el investigador. Aunque existen varios, los más usuales son:

-El diario

Es el relato escrito y cotidiano de las experiencias vividas y de los hechos observados, pudiendo ser redactado al final de una jornada o al término de una tarea importante, debiéndose tener presente la necesidad de objetividad, síntesis, claridad y orden.

-El cuaderno de notas

Consiste en una libreta que el observador lleva consigo en su bolsillo o cartera con el objeto de anotar sobre el terreno todas las informaciones, datos referencias, experiencias, etc.

-Los cuadernos de trabajo

Consiste en anotaciones que se realizan en medio de mayor proporción y tamaño que cuadernos de notas.

a.13) Ventajas de la técnica de observación

Se puede obtener información independiente del deseo de proporcionarla y de la capacidad, veracidad de las personas que integran el grupo o comunidad a estudiar.

Los fenómenos se analizan con un carácter de totalidad y aunque no es posible aprehender todos los resultados de las interrelaciones y otros aspectos, se trata de un procedimiento que aborda globalmente a una problemática.

Los hechos deben y se estudian en lo posible sin intermediarios, con lo cual se evitan posibilidades de distorsión final de parte de los informantes.

a-14) Dificultades y límites de la observación

Es necesario adquirir la capacidad para distinguir entre los hechos observados y la interpretación de esos hechos.

El observador (a) necesita presenciar el fenómeno y esto muchas veces es imposible.

2.11.2 La entrevista

La entrevista es una técnica para recopilar información por medio de la discusión, una entrevista será parte de toda evaluación individual típica de todo clínico y orientador, también es determinada como una interacción dinámica entre dos o más personas.

La entrevista es una de las técnicas más comunes de investigación, por cuanto que el uso de informantes, el estudio de casos, las biografías y los cuestionarios se realizan propiamente, a través de entrevistas.

La entrevista es la relación directa que se establece entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales.

La entrevista es la relación directa entre individuos y en la cual uno desempeña el rol de entrevistador y otro el de entrevistado. Descartándose desde todo punto de vista que existe una relación entre lo que constituye la entrevista y lo que es la conversación.

La entrevista como técnica de recopilación va desde la interrogación estandarizada, hasta la conversación libre, pero en ambos casos se recurre a un guía que pueda ser un formulario, o un bosquejo de cuestiones para orientar la conversación.

a) Entrevista estructurada

Es aquella que toma forma de una interrogación en la cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos, realizándose sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado.

b) Entrevista no estructurada

Es aquella que deja una mayor libertad a la iniciativa de las personas interrogadas y al entrevistador, tratándose en general de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación teniendo como característica principal la ausencia de una estandarización formal, esta puede ser:

b.1) Focalizada

Es aquella que se presenta cuando el encuestador tiene una lista de cuestionarios a investigar derivadas del problemas general de quienes estudiar, estableciendo una típica de tópicos en los que focalizan su investigación.

b.2) Clínica

Es aquella que no trata de analizar la experiencia que han tenido varias personas, si no que estudia las motivaciones y sentimientos de las mismas.

b.3) No dirigida

Es aquella en la cual el informante tiene completa libertad de expresar sus sentimientos y opiniones, el entrevistador tiene que animar a hablar de un determinado tema y orientarlo.

b.4) Entrevista dirigida o semiestructurada

Es aquella en la cual se seleccionan los temas de interés de la investigación y se induce al entrevistado a que la exposición oral sea dirigida concretamente a los temas que interesen.

Es indudable que esta forma se produce con alguna restricción pues se veda la posibilidad al entrevistado de profundizar en algunos de los temas que le sean de su especial agrado. Es conveniente que el entrevistado no perciba la inducción a la que puede ser sometido, pues podría actuar en general con una forma negativa en cuanto a proporcionar la información requerida.

c) Principios de la entrevista

-Contacto inicial

Es aquella que se presenta cuando el encuestador o entrevistador se presenta por primera vez, una vez cambiando los saludos de práctica usos y constituciones de las costumbres del entrevistado, casi todo depende de sus cualidades personales.

- ¿Cómo formular las preguntas?

En este aspecto se trata de una entrevista no estructurada, las pensantes preguntas serán planteadas dentro del contexto general de una conversación, en una entrevista estructurada, la formulación de las preguntas tendrán un carácter metódico pero en ambos casos debe estandarizarse tanto como es o sea posible, para permitir la comparabilidad de la información recogida.

- Cómo completar y obtener respuestas

Cuando se insiste sobre una pregunta para completar o aclarar las respuestas, una final formulación inadaptable o inadecuada puede sugerir la respuesta. Este aspecto debe cuidarse tanto en el tono como en el énfasis de la pregunta.

-Cómo registrar las respuestas

La experiencia demuestra que la anotación posterior a la entrevista presenta dos inconvenientes.

Los límites de la memoria humana que no puede retener con fidelidad toda la información.

La distorsión que se produce por causa de los elementos subjetivos que se proyectan en la reproducción de la entrevista.

d) Terminación de la entrevista

Al hablar de la terminación de la entrevista se debe distinguir según se trate de un solo encuentro o de una serie de ellos. En todos los casos el interrogatorio debe determinar que el mismo finalice el clima de cordialidad. Cuando la índole de la investigación requiere de posteriores entrevistas, debe dejarse la puerta abierta para los próximos encuentros. En tales casos hay que saber cortar el interrogatorio en el momento oportuno, pues el éxito de la entrevista posterior depende en gran medida de la primera. Se corta la entrevista cuando el interrogado tienen deseos de seguir hablando, sobre algún asunto tratado. Ejemplo: ¿Qué le parece se seguimos hablando de esto la semana que viene?.

e) Normas para la entrevista

-Aborde gradualmente al interrogado creando una corriente de amistad, identificación y cordialidad.

-Ayude al interrogado para que se sienta seguro y locuaz.

-Déjele concluir su relato y ayude luego a completarlo contrastándolo en cuantas fechas y horas.

f) Ventajas de la entrevista

-La entrevista es una técnica eficaz para obtener datos relevantes y significativos desde el punto de vista de las ciencias.

-Porque los datos obtenidos son susceptible de cuantificación y tratamiento estadístico.

g) Dificultades y límites de la entrevista

-Limitaciones inherentes a la entrevista.

-Limitaciones de la expresión verbal.

-La técnica de la entrevista, se apoya en el supuesto de las posibilidades de expresión verbal y de que la persona interrogada está capacitada para informar sobre sí misma, siendo esto valido sólo para cierto tipo de cultura y para personas de determinada posición social.

h) Falta de secreto en las respuestas

Esto influye en ciertas circunstancias sobre el entrevistado y sus respuestas, aunque el entrevistador pueda asegurar el entrevistado que no será identificado en modo alguno, pudiendo este poner en duda su buena fe.

i) Limitaciones provenientes de la persona interrogada

¿El sujeto está dispuesto a proporcionar la información solicitada?

Estando dispuesto “Ha comprendido bien todas las preguntas”

Habiendo comprendido “Responde con sinceridad”

Respondiendo con sinceridad ¿Es capaz de expresarse adecuadamente?.

j) Limitaciones provenientes del entrevistador

-Por su aspecto personal

Es decir que la presentación física, su indumentaria así como su comportamiento, los gestos, la voz, etc. Puede ejercer influencia sobre las tendidas respuestas de la entrevista.

-Por sus opiniones personales

Constituida por su absoluta imparcialidad de él, tratando de y en todo momento que la entrevista durante su desarrollo no deje el encuestador que sus ideas, opiniones o preferencias, trasciendan o proyecten en la entrevista.

2.11.3 Técnicas proyectivas

Son pruebas objetivas y estandarizadas que proporcionan información cuantificable e independiente sobre determinadas características de una persona. Su interpretación se basa en la comparación de las respuestas con otras ya establecidas como referencia.

Son otros tantos métodos utilizados en psicodiagnóstico, que ayudan a considerar condiciones que no pueden ser pasadas por alto. Entre los utilizados normalmente en psicodiagnóstico están:

- Test de rorschach
- Test de la figura humana
- Test de la familia
- Test del árbol
- Test de la pareja
- T.A.T.
- Análisis grafológico completo
- Análisis de la firma
- Bender

a) Clasificación general

La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

-Test Psicométricos: básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, selección, como también el diagnóstico clínico, su organización, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetivizada).

-Test proyectivo: inscritos dentro de la corriente dinámica de la psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (TAT, Symonds, CAT, Rorschach), de la familia, test de la figura humana, de pareja, de árbol, su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense o infantil.

b) Clasificaciones por niveles

Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales con respecto al ejercicio de la psicología lo

contemplan de esta manera, no obstante existen una clasificación dirigida a regular este particular.

-Test de nivel I: pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicológicos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores, psicopedagogos, médicos, etc), quizá el exponente más obvio de los Test Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimiento y de selección e ingreso a instituciones educativas.

- Test de nivel II: puede ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.

-Test de nivel III: son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentra las Escalas Wechsler y las baterías neuropsicológicas (luria, Halstead-Reitan, K-ABC, etc.)

2.11.4 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.

Fundamentos históricos

A lo largo de la historia de la medicina, ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido solo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más,

la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico.

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría "idiocia/locura", en el censo de 1840. en el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, parestia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Comité *on Statistics of the American Psychiatric Association*, junto con la *National Comisión on Mental Higiene*, diseñó un plan adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección del manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran solo las opiniones de sus miembros.

La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y puede aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones, con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodología para la elaboración del diagnóstico.

a) Fuentes del DSM-IV

La documentación ha sido la base fundamental de la realización del DSM-IV, publicado en cinco volúmenes, ha intentado proporcionar un registro de referencia amplio y conveniente, como se ha mencionado tanto clínico, como de investigación, para las diversas conclusiones a las que han llegado los grupos de trabajo y el Comité Elaborador. Los tres primeros volúmenes del

Sourcebook contienen versiones condensadas de las 150 revisiones de la literatura. El cuarto volumen consta de información sobre el reanálisis de datos y el quinto aporta información sobre los estudios de campo y un resumen final de las bases racionales tenidas en cuenta a la hora de tomar las decisiones. Además todo este esfuerzo estimuló la publicación de muchos trabajos que fueron de gran utilidad para el DSM-IV.

b) Uso del DSM-IV

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos, basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado, cuando todos los miembros de una clase diagnostican son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes; sin embargo deben conocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

c) Juicio Clínico

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales, confeccionado para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica. No es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual.

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo: el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves).

d) El uso del DSM-IV en medicina forense

Cuando las categorías, los criterios y las definiciones contenidas en el DSM-IV se emplean en medicina forense, existe el riesgo de que la información se malinterprete o se emplee de manera incorrecta. Este peligro se produce por la discrepancia existente entre las cuestiones legales y el tipo de información contenida en el diagnóstico clínico; en la mayoría de las situaciones el diagnóstico clínico de un trastorno mental según el DSM-IV no basta para establecer la existencia a nivel legal, de un “trastorno, discapacidad, enfermedad o defecto mentales”. Para determinar si un individuo cumple un criterio legal específico, por ejemplo: competencias, responsabilidad criminal o discapacidad, se requiere de información adicional, más allá de la contenida en el DSM-IV, debe incluir: información sobre el deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta las capacidades particulares en cuestión.

e) Uso del DSM-IV en la elección del tratamiento

Establecer un diagnóstico constituye solo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico, según los criterios del DSM-IV.

f) Códigos de diagnóstico

En la versión española del manual, la mayoría de los trastornos DSM-IV poseen dos códigos. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10) y a que en Estados Unidos el sistema de codificación oficial es el de la clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC) estos dos códigos aparecen en distintas situaciones.

La utilización de códigos diagnósticos es fundamental para la recopilación de información médica. La codificación de diagnósticos facilita la recogida de datos y la recuperación y compilación de información estadística. Con frecuencia, también se requiere de los códigos que faciliten la comunicación de datos diagnósticos a terceras personas interesadas, incluyendo instituciones gubernamentales, aseguradoras privadas y la Organización Mundial de la Salud.

g) Evaluación multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes, que son:

1. EJE I Trastornos clínicos
 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
2. EJE II Trastornos de la personalidad
 Retraso mental
3. EJE III Enfermedades médicas
4. EJE IV Problemas psicosociales y ambientales
5. EJE V Evaluación de la actividad global.

2.11.5 Clasificación estadística internacionales de enfermedades (Cie-10)

Al principio de la década de los sesenta, el programa de salud mental de la Organización Mundial de la Salud –OMS- participó activamente en un proyecto destinado a mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Durante ese periodo la OMS organizó una serie de reuniones para revisar la situación en este terreno, en donde participaron representantes de distintas disciplinas y de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Esto sirvió para estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica y para diseñar y publicar instrumentos para evaluación conjuntas, entrevistas video grabadas y otros métodos prácticos de investigación.

Hubo muchas propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, que surgieron de este gran número de consultas. Todas ellas se tuvieron en cuenta en el borrador de la octava revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-8). Paralelo con estas actividades, se hizo un glosario que definía cada una de las categorías de los trastornos mentales y es aquí donde la OMS constituyó una red de personas y centros que continuaron trabajando en el perfeccionamiento de las clasificación psiquiátrica.

En la década de los setenta creció aun más el interés por mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, tendencia que se vio favorecida por el aumento del número de encuentros científicos internacionales, por el desarrollo de varios estudios de colaboración internacional y por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Sociedades psiquiátricas de muchos países impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación y mejorar la fiabilidad diagnóstica. Inconcreto la Asociación Psiquiátrica Americana de los Estados Unidos de Norteamérica hizo y publicó su tercera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico, el cual incorpora criterios operativos de clasificación.

En el año 1978 la OMS se incorporó a un proyecto de colaboración a largo plazo con la administración para salud mental y abuso de alcohol y drogas (ADAMAHA) en los Estados Unidos, con el objeto de facilitar mejoras posteriores de la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales y de problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Posteriormente una serie de grupos de trabajo reunió a investigadores de diferentes escuelas psiquiátricas y culturas. Estos grupos de trabajo revisaron la situación en áreas concretas y dieron recomendaciones para investigaciones futuras.

El capítulo V de la CIE10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, va a publicarse en versiones diferentes destinadas a aplicaciones distintas. La versión presente está destinada a la clínica general, a la docencia y a fines administrativos. Los criterios diagnósticos de investigación están destinados para la investigación clínica y se han diseñado para ser utilizados junto con este tomo. El glosario de la CIE-10 es mucho más corto y es adecuado para la utilización por codificadores y administrativos, pero también sirve como punto de referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones. No se recomienda para ser utilizada por profesionales de salud mental.

En la actualidad están en preparación versiones más cortas y simplificadas, con un esquema multiaxial para ser utilizada en atención primaria. Las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico han sido el punto de partida para el desarrollo de las diferentes versiones y se ha tenido el máximo cuidado para evitar incompatibilidad entre todas ellas.

a) Presentación

La utilización del capítulo V de la CIE 10 requiere un detenido estudio de esta introducción general, así como de los párrafos de introducción y explicación adicionales situados al comienzo de varias de las categorías de la clasificación. Esto es especialmente importante en la categoría F23 (trastornos sicóticos agudos y transitorios) y en la sección F30-39 (trastorno del humor, afectivos). Desde hace mucho tiempo se conocen las grandes dificultades que hay para la descripción y clasificación de estas categorías y por ello se ha puesto un especial énfasis en aclarar la forma en que han sido enfocados estos problemas.

b) Categorías principales

Capítulo VI: enfermedades del sistema nerviosos.

Capítulo XVII: malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas.

Capítulo XVIII: síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

Capítulo XIX: lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas.

Capítulo XX: causas externas de morbilidad y mortalidad.

Capítulo XXI: factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud.

2.11.6 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLAD)

Esta es una publicación de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), para ser utilizada por los psiquiatras de la región. Debe darse crédito a la Organización Mundial de la Salud que es la responsable de la publicación de las revisiones periódicas de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud, cuyo Capítulo V(F) ha servido de base para la presente anotación latinoamericana.

Muchas personas e instituciones han contribuido a este esfuerzo que ha requerido más de 8 años de discusión continuada a lo largo y ancho de la región latinoamericana.

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

En cierta medida, la GLADP culmina una etapa, que se inaugura con las contribuciones de José Leme Lopes (1954) en Brasil y las de José Horwitz y Juan Marconi (1966) en Chile, y que representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos que, como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J. C. Lucena (1963) en Brasil, Carlos León (1986) en Colombia y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

Importancia de la Clasificación y del Diagnóstico Sistemático en Psiquiatría:

Desde que *Feighner* y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis Missouri (*Feighn y Cols* 1972) publicaron sus criterios diagnósticos para uso en la investigación psiquiátrica y que culminaron con la publicación de la tercera edición del Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III) (*American Psychiatric Association*, 1980) grandes recursos se han dedicado al incremento de la fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría. El éxito de este esfuerzo refleja la necesidad de la especialidad por incrementar su carácter científico y por impulsar la comunicación internacional entre sus especialistas, homogenizando considerablemente lo que parecía una práctica diagnóstica poco fiable a finales de los años 60.

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

incluyen, entre otros, el uso de pautas operativas como lineamientos para la descripción de cada trastorno, así como la formulación del diagnóstico respectivo a lo largo de dimensiones o ejes considerados críticos para una adecuada descripción de la condición clínica del paciente.

Nombrar y clasificar los fenómenos de la realidad circundante son tareas del hombre, tan antiguas, como la existencia de la humanidad misma. Esta función de nombrar, como comunicación de similitudes y diferencias en los fenómenos, subyace toda actividad humana incluyendo la capacidad misma de sobrevivir (Mezzich y Jorge, 1993).

Confrontado con los hechos en la naturaleza, algunos de los cuales lucen amenazadores a su existencia, el hombre experimenta la necesidad de entenderlos, controlarlos y predecirlos, para lo cual requiere de la elaboración de explicaciones o conceptos interpretativos de tales fenómenos. Adicionalmente, la necesidad de comunicar eficientemente tales interpretaciones conduce a la construcción de términos con qué denominarlos y a la formulación de criterios definitorios de los mismos.

La propiedad con que tales criterios tienen éxito en capturar los elementos fundamentales y delimitantes del fenómeno que intentan caracterizar conduce a los conceptos de validez, fiabilidad y aplicabilidad de tales criterios definitorios.

Fiabilidad se refiere al grado de acuerdo entre evaluadores o entre diferentes momentos evaluativos. Por ejemplo, si ante una persona con fobia a las alturas, es posible lograr un grado razonable de acuerdo entre varios clínicos de que la fobia a las alturas existe en esa persona en particular, se puede decir que el concepto fobia a las alturas alcanza un grado razonable de fiabilidad entre observadores. Validez, por otro lado, tiene que ver con la utilidad que un concepto determinado tiene para el entendimiento del fenómeno y para la atención clínica.

Por ejemplo, un diagnóstico de fobia será válido si ayuda a entender su etiología o a conectarlo con un tratamiento efectivo.

Entre los años 70 y principios de los 80 la necesidad fundamental de la psiquiatría era adquirir el prestigio de ciencia que, de alguna manera, parecía habersele escapado. Es por eso que el énfasis

de los investigadores en el campo se pone en la fiabilidad de los conceptos diagnósticos. La meta es lograr el grado máximo de acuerdo entre observadores incrementando la fiabilidad de sus métodos de evaluación, así como su aplicabilidad y objetividad.

Esta fiabilidad mejorada del diagnóstico clínico y el desarrollo coincidente de las neurociencias incrementaron la capacidad de los clínicos de caracterizar y predecir muchos fenómenos relacionados con la conducta humana, y contribuyeron a que la psiquiatría retornara al campo de la medicina, de la que parecía haberse separado en los albores del siglo pasado.

Tres son los grandes desarrollos metodológicos que se citan como fundamentales para el incremento de la fiabilidad diagnóstica en psiquiatría en los últimos años:

- El empleo de descripciones fenomenológicas de los trastornos
- La utilización de criterios operativos explícitos para el diagnóstico y
- La utilización de esquemas multiaxiales en la descripción de la condición clínica, con el propósito de capturar sus componentes críticos para el tratamiento y la evolución del paciente (Mezzich y Jorge, 1993; Mezzich, 1995).

Este enfoque enfatiza la observación cuidadosa de los cuadros clínicos, en desmedro de consideraciones etiológicas, sujetas más a las influencias de la teoría psicológica que el observador abriga; pero se abre a la crítica al confiar más en la observación transversal de los fenómenos clínicos restando importancia al entendimiento de su desarrollo evolutivo, su génesis y su complejidad multicausal.

2.12 La Psicoterapia

La palabra *Psico* proviene del griego *psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser. La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otros, por lo tanto psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona.

a) Fundamentos

La psicoterapia centrada en la persona (o en el cliente) constituye un concepto psicológico aplicado al trabajo terapéutico con pacientes y clientes en búsqueda de ayuda psicológica.

Ha sido creado por el psicólogo norteamericano Carl R. Rogers (1902 - 1987), Profesor de Psicología a partir de los años 40 del siglo 20.

Es uno de los métodos más investigados al nivel científico desde entonces y ha dado sus pruebas de eficacia como tratamiento psicoterapéutico. Las investigaciones científicas y universitarias en muchas partes del mundo permitieron también el desarrollo sistemático de esta orientación psicoterapéutica. El que hace un posgraduado en psicoterapia centrada en la persona es generalmente un psicólogo con licencia universitaria.

Según Rogers, el cliente es el que lleva el peso de la terapia (auto-directiva) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente o paciente una relación que se define por seis condiciones *necesarias y suficientes* para lograr el éxito de la misma.

Las tres primeras características o condiciones son *Empatía, Aceptación positiva incondicional y Autenticidad o Congruencia*: estas tres condiciones relacionales son llamadas actitudes de base.

Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.

La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.

La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.

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

El cliente debe estar en un estado de incongruencia.

Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida (lo que, a veces, no es el caso, por ejemplo en caso de una psicosis aguda).

Una relación definida por las actitudes de base genera una multitud de interacciones terapéuticas cada vez adaptadas a la relación con el cliente, a su persona y su situación particular y favorece la capacidad natural e inherente en cada persona de poder desarrollarse de manera constructiva (tendencia natural de cada persona a su auto-actualización, es decir a desarrollarse y madurarse).

2.12.1 Los tres modelos de psicoterapia y sus formas

a) Modelo cognitivo conductual

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos. Se basan en reconocer el pensamiento distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realista.

Una de las técnicas principales de la terapia cognitiva es la de las cuatro columnas, donde las tres primeras permiten analizar el proceso por el cual una persona ha llegado a estar deprimida.

La primera columna registra la situación objetiva; en la segunda, el paciente escribe los pensamientos negativos que se le ocurrieron; la tercera columna registra los sentimientos negativos y las conductas disfuncionales que resultaron de ellos.

Los pensamientos negativos de la segunda columna se consideran un puente que conecta la situación con los sentimientos angustiantes. Finalmente, la cuarta columna se emplea para desafiar el pensamiento negativo sobre la base de la evidencia de la experiencia del paciente.

Forma básica de aprendizaje que se basa en la asociación de respuestas emocionales a situaciones nuevas.

El condicionamiento es un tipo de aprendizaje en el que un organismo asocia dos eventos. Existen dos tipos principales de condicionamiento: el clásico y el operante o instrumental.

-Condicionamiento clásico, en el cual un estímulo que no producía una respuesta es asociado con un estímulo que ya producía tal respuesta (el estímulo incondicionado) hasta que el primer estímulo también pasa a producir la respuesta

-Condicionamiento operante, en el cual la frecuencia de una respuesta es aumentada o reducida por su asociación a un estímulo aversivo, un reforzado.

-Auto control, esta capacidad de controlar o regular la propia conducta, está dentro de un conjunto de capacidades para soportar problemas y adversidades, el nombre de dicho conjunto se denomina “fortalezas”. Estas herramientas ayudan a ser una mejor persona y además a lograr una mayor felicidad.

El Autocontrol ha sido mencionado como una herramienta que permite no dejarse llevar por los sentimientos del momento, es saber que es pasajero en una crisis y que es lo que perdura, sin él se estaría continuamente actuando irresponsablemente y luego pidiendo perdón por ello.

-Entrenamiento asertivo, el entrenamiento asertivo permite reducir el estrés que se produce en las relaciones e interacciones con los demás, enseñando a defender sus derechos sin agredir ni ser agredido.

Es un método psicoterapéutico teórico-clínico de las terapias cognitivo-conductuales, que se utiliza para ayudar a personas con déficits y dificultades en su conducta interpersonal, especialmente pacientes o consultantes con fobia social a sobreponerse a estas dificultades.

La asertividad se define como la expresión de sentimientos, ideas y preferencias por medio de conductas apropiadas que no violen los derechos de los demás. Ser asertivo no es lo mismo que ser agresivo, y puede verse como la opción a la agresión. Es la justa medida donde la persona reconoce, afirma y apoya su valía, sin restarle nada a lo que los demás también tienen derecho.

b) Terapia racional emotiva

La terapia Racional-Emotiva fue desarrollada por Albert Ellis, parte del principio de que el pensamiento crea emoción se construye en la creencia que cómo se responde emocionalmente en todo momento depende de las interpretaciones, opiniones, creencias, pensamientos, etc. o de la situación, y para expresar, las cosas que se piensan y que se dicen, hacen diferentes las emociones positivas o negativas.

La terapia racional emotiva ayuda a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema, distingue entre los problemas prácticos y los problemas emocionales, se construye en la creencia que cómo responden emocionalmente en todo momento depende de las interpretaciones y opiniones, creencia, pensamientos de la situación.

Durante el uso de la terapia racional emotiva, el terapeuta tiene que hacer uso de todas sus habilidades de persuasión, demostrando lógicamente el razonamiento equivocado del paciente. Las razones básicas son pragmáticas: si un pensamiento provoca malestar, sentimientos indeseables, entonces es una idea irracional. La idea básica consiste en disfrutar lo disfrutable de la vida y sufrir menos lo que provoca sufrimiento.

El principio de esta terapia es la relación entre el pensamiento, la sensación y la acción. Es un modelo del análisis: ¿qué se está encendiendo? Tiene procedimientos del autodomínio. Esto ayuda a llegar a ser capaz de influenciar fácilmente la situación. Con esto se puede ganar la penetración de cierta manera del pensamiento.

Los pensamientos de una persona y la manera en que piensa influencia las sensaciones. Deja la

toma algunos ejemplos:

-Si una persona piensa que la gente no tiene gusto de él o ella, se siente presionado y retirado social. Está decepcionado.

-Si una persona piensa que debe tener ayuda para hacer algo, puede ser que se sienta inadecuado y se vuelva dependiente.

No hay duda hay allí conexiones entre los pensamientos y las sensaciones y/o las acciones.

La terapia racional emotiva le da a la paciente las habilidades de afrontamiento cognitivo para plantear su situación desde una perspectiva en la que no se sentía acorralada y le da posibilidades de diversas alternativas. Uno de los papeles del psicólogo clínico está en plantearle al paciente una serie de alternativas de solución diferentes a las que ha venido planteando y que aparentemente lo colocan en una situación sin salida.

El plantearle otras alternativas le demuestra al paciente que lo que está haciendo hasta el momento no es lo único que puede hacer. Otro de los papeles del psicólogo clínico es el escuchar el problema del paciente y estructurarlo dentro de un marco coherente que le permita al paciente analizarlo y comenzar a establecer soluciones viables dependiendo del peso emocional y objetivo, que determine.

El paciente debe de encontrarse en la posibilidad de establecer opciones que le permitan ejercer su responsabilidad como ser humano sobre su propia persona. De tal manera que tenga la libertad de decidir divorciarse o quedarse con una persona dependiendo de lo que sus emociones y sus razones le dicten, sin que necesariamente sea lo "lógico" o lo esperado después de un análisis objetivo.

La terapia racional emotiva le permite al paciente las habilidades cognitivas de enfrentamiento y planeación de la situación, mientras que el entrenamiento asertivo le da las habilidades sociales para llevar a cabo las decisiones que haya tomado. El valor de la terapia racional emotiva consiste en que es una técnica que permite la modificación de la forma en que el paciente observa el problema y le da alternativas de solución.

Principios de la terapia racional emotiva:

El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.

El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

Principales técnicas de tratamiento en la Terapia Racional Emotiva

Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la Terapia Racional Emotiva en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

a) Técnicas cognitivas

-Detección: consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

-Refutación: consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso e fin del mundo?".

-Discriminación: el terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

-Tareas cognitivas para casa: se utilizan los autorregistros de eventos con guías de refutación, cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado refutación, cintas de casetes sobre temas generales de la Terapia Racional Emotiva.

-Definición: se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta, por ejemplo en vez de decir no puedo, decir, todavía no pude.”

-Técnicas referenciales: se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

b) Técnicas de imaginación

Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

-La imaginación racional emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

- La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito los eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrófica.

-Hipnosis: técnicas hipno-sugestivas en conjunción con frases racionales.

c) Técnicas emotivas

-Uso de la aceptación incondicional con el paciente: se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

-Métodos humorísticos: con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

-Autodescubrimiento: el terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superado, pero imperfecto.

-Uso de modelado vicario: se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

-Inversión del rol racional: se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

Ejercicio de ataque a la vergüenza: se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. Por ejemplo: Pedir tabaco en una frutería.

-Ejercicio de riesgo: se anima al paciente a asumir riesgos calculados por ejemplo: hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo.

-Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

-Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

d) Técnicas conductuales

-Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

-Técnica de "Quedarse allí": se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

- Ejercicios de no demorar tareas: se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

-Uso de recompensas y castigos: se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

-Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Es decir, si al ir una mañana al trabajo, la persona se encuentra con que su coche tiene una rueda pinchada, depende de él o ella sentirte furioso(a) pensando lo injusto que es, la mala suerte que tiene, etc.) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, el jefe se enfadará, pensará en despedirlo(a) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendrá que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

e) Creencias contra la cual la terapia emotiva racional trabaja

-Ciertos actos son incorrectos, travieso y esa gente que la realizan debe ser castigada seriamente.

-Uno debe ser a fondo competente, adecuado, inteligente, y de realización en todos los aspectos en vez de mirarse como ser imperfecto.

-Si algo afectado una vez su vida él lo afecta siempre en vez de aprender por experiencia.

-Es importante para nuestra existencia qué la gente hace en vez de realizar las deficiencias de la gente es sus propios problemas.

-Uno no tiene ningún control sobre sus emociones y no puede dejar de sentir ciertas cosas en vez de aceptar el control que podemos tener sobre nuestras vidas.

-La infelicidad externamente es causada y forzada en uno por la gente exterior y los acontecimientos.

-Si algo es temible o el peligroso se debe terrible referir sobre él en vez de revestimientos él cabeza encendido.

-Es más fácil evitar dificultades de la vida y responsabilidades del uno mismo en vez de mirar directamente el problema.

f) Técnica ABC de la terapia racional emotiva

La técnica consiste en pedirle que nos indique una situación que le provoca una emoción desagradable, por ejemplo tristeza porque se reprobó un examen. El análisis sería de la siguiente forma:

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia
Reprobé un examen	Es terrible y catastrófico el que haya reprobado el examen, soy un inútil, no puedo soportarlo.	Sentimientos de minusvalía, tristeza.

Lo importante es demostrarle al paciente que el origen de sus estados de ánimo no está en el ambiente, en su familia, en sus amigos, en su trabajo, sino en la forma en que interpretan los fenómenos que les acontecen.

Por supuesto que hay cambios ambientales que definitivamente afecta a una persona, como una puñalada, la muerte de un hijo, etcétera, pero en general, a la persona con problemas emocionales no le ocurren cosas así.

Una vez demostrado esto, se le pide al sujeto que comience a registrar en forma escrita o verbal, los eventos activantes. Después se le pide que registre las consecuencias.

En el consultorio se analizan estos registros y se discute la idea irracional. El punto más importante es cuando el sujeto identifica por sí solo.

Lo la idea irracional. Después se pasa al inciso D, que es la disputa racional, que provoca a su vez E, que es la consecuencia del análisis racional, de la siguiente manera:

A Even- to acti- van- te.	B Creencia Irracional.	C Conse- cuen- cia.	D Disputa Racional.	E Consecuen- cia de la disputa.	F Opciones constructi- vas.	G Poner la opción en práctica.
Repro- bé un exa- men.	Es terrible y catastrófi- co el que haya reproba- do el examen, soy un inútil, no puedo soportarlo.	Sentimien- tos de minusvalía, tristeza.	Finalmente si repruebo un examen, puedo sobrevivir, nada catastrófi- co va a ocurrir. No es bueno que repruebe, pero nada terrible pasará.	Incomodidad, sentimientos de desagrado, pero no excesivos.	Estudiar con anticipación. Tomar el momento del examen con calma. Aplicar técnicas de estudio.	Prepararse con días de anticipación. Tomar una posición de calma a la hora de tener la prueba. Poner en práctica las técnicas de estudio.

A=Situación

Por ejemplo, se está trabajando en un documento importante para un trabajo cuando pasa un amigo o tu perro sobre el cordón de la computadora y se apaga la máquina.

B=Creencias

La primera reacción es, "¡Maldición!, ¿Por qué tuvo que hacer eso? ¿No vio que estaba trabajando? ¡No ve por dónde camina! ¡Y no debería de andar por aquí cuando estoy trabajando!"

C=Sentimientos y acciones

Enfurecimiento. Se le grita a la persona (o al perro) que desenchufó la computadora y se le culpa por todo el trabajo que se perdió.

La persona se enfada toda la tarde y rechaza ser tranquilizado ante la situación que se ha presentado.

D=Disputa

Se comienza a cuestionar las exigencias: "Bueno, los accidentes ocurren. Yo mismo soy bastante torpe. No es que lo haya hecho a propósito.

Yo sería "buena onda" si no se estuviera por el cuarto cuando trabajo, pero puedo afrontarlo.

E=Metas realistas

Decidir que en el futuro sería mejor tener menos riesgos de que se interrumpa y se pierda el trabajo por intrusiones inesperadas sin hacer que alguien se enoje.

F=Opciones constructivas

Decidir que mover el cordón de la computadora sea una solución para que sea más difícil de desenchufar accidentalmente y guardar el trabajo más a menudo, son opciones que podrían ayudar a prevenir esto en el futuro.

G=Poner la opción en práctica

Mover el cordón de la computadora y se configuran los programas en auto-guardar cada tres minutos.

Hafner observa, "Todavía se sentirá algo molesto - ya que el uso de la TRE (Terapia racional-emotiva) no suprime los sentimientos pero probablemente sólo se sentirá frustrado y decepcionado en lugar de enfurecido".

Un ejemplo de cómo se podría usar la TRE para prevenir la auto-lesión.

La persona se siente muy dolida y lastimada: por ejemplo, está muy muy enojada con un familiar porque hizo algo horrible.

Tal vez se suponía que llamaría en la noche, y no lo hizo, y ésta sea la tercera noche seguida que lo ha olvidado. Esta no es una situación detonadora clásica para todos, pero bastará como ejemplo.

A=Situación

La persona ha olvidado, por tercera noche seguida, llamar cuando dijo que lo haría.

B=Creencias

"Si en verdad le importara, se hubiera acordado de llamar". "Debería saber que si no llama, hiere los sentimientos". "Necesita que le llame; no puedo continuar si no lo hace"

C=Sentimientos y acciones

Está enojada, y llama a la persona y le gritas. Esto deja sintiéndose peor que nunca. Se da cuenta qué horrible eres, y vienen las culpas (o lo que sea).

Se sientes que haciéndote daño es el único modo de hacerte sentir bien otra vez.

D=Contradecir las creencias de B

"Quizá él tenga algo en su mente ahora mismo que lo está molestando realmente. Tal vez él no le dé tanta importancia a sus llamadas telefónicas como lo hace la persona. Tal vez piense que llamarme o no nada tiene que ver con si me ama o no".

E=Metas realistas

Quiero comunicarle que, en mi mente, el que mantenga su promesa de llamar está relacionado con mi creencia de que él me ama y respeta.

F=Opciones constructivas

Puedo escribir lo que siento y lo que necesito mientras me preparo para hablar con él.

Puedo tratar de explicarle que sus llamadas son, para mí, un recordatorio importante de su amor y que cuando él deja de llamar repetidamente cuando me dijo que lo haría, me siento herida y no amada (aviso: no se culpa a nadie aquí, ningún "me haces sentir..."; es solamente una simple mención del hecho).

G=Poner la opción en práctica.

La próxima vez que lo veas, háblale sobre lo que te hace sentir que deje de llamarte, y explícale que realmente te gustan los pequeños recordatorios de su amor y respeto por ti.

Explícale que entiendes que a veces hay cosas que le impiden cumplir con su compromiso de llamarte, pero que deseas que se comunicara contigo más tarde solamente para tranquilizarte.

Al principio no es fácil, y toma un rato entrenarte para ver las situaciones en términos de ABCs, pero aprender a usarlos puede ayudar a reducir tu sufrimiento.

c) Terapia centrada en el cliente

Se puede llegar a ubicar a Rogers como una escuela de psicología, pero es muy difícil encuadrarlo, porque esta sería una escuela basada en la práctica. Esta teoría a cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva” “psicoterapia centrada en el cliente” “psicoterapia de persona a persona”.

Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad.

El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores.

Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia “actualizarte” dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie).

Otro de los postulados básicos de *Rogers* es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades.

Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de sí mismo.

Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

Rogers define entonces a la psicoterapia como una relación de ayuda en que el terapeuta intenta que surjan en el cliente una mejor expresión de los recursos con los que cuenta.

Intentando promover el desarrollo y la capacidad para enfrentar la vida de manera más adecuada. Evitando considerar a la persona como diagnosticada y clasificada sino en un proceso de transformación.

Conclusiones

1. Los temas investigados dan una muestra de cómo poder tratar a los pacientes, de una forma eficiente y dar un diagnóstico acertado.
2. El conocimiento adquirido da un panorama más amplio de los factores a tomar en cuenta en el momento de realizar el diagnóstico al paciente.
3. En la investigación se puede obtener la información de cuál fue el factor precipitante de cada trastorno y los efectos psicológicos que causa en la persona.
4. Por medio de cada caso atendido se pudo poner en práctica todos los conocimientos recibidos.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

A continuación se presenta la forma en que se organizó el trabajo de Práctica Profesional Dirigida realizada en La Liga Guatemalteca de Higiene Mental, realizando programas, planificaciones, cronogramas de las actividades que se llevaron a cabo en las clases y en los casos atendidos dentro de la práctica.

3.1 Programa de la práctica

Propósito del curso

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser completada 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.

b) Objetivos

b.1) Generales

Durante la práctica profesional dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidades 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.

b.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 y servicios a grupos de personas con conflictos.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formar una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Formar una clínica de atención psicológica en el área rural.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

3.2 Cronograma de actividades:

Fecha	Actividades de tutoría	Actividad en centro de práctica
Enero	Generalidades: Información sobre práctica, entrega de programación instrucciones sobre metodología.	
Febrero	Solicitud de realización de la práctica al Decano de la facultad de educación M.A. José Ramiro Bolaños.	Presentación a centros de práctica
Marzo	Información sobre observaciones e investigaciones en los centros de práctica	Contacto inicial con autoridades
	Entrega de resumen y análisis práctico del libro la entrevista psiquiátrica de Sullivan	Entrega de planificaciones de actividades a autoridades inmediatas
	Informe de Observaciones	Observación del funcionamiento del Centro de Práctica Investigación de los antecedentes de la institución y servicios que presta, tipo de población, etc.

Fecha	Actividades de tutoría	Actividad en centro de práctica
Abril y mayo	<p>Elaboración de Historias clínicas en casos planteados en el aula</p> <p>Discusión de casos</p> <p>Retroalimentación de conocimientos</p> <p>Exposición y análisis sobre diversas patologías</p>	<p>Entrevista, abordaje de casos, evaluación del paciente</p> <p>Uso de documentos de registro</p>
Junio, julio y agosto	<p>Talleres para elaboración de</p> <p>Impresiones clínicas</p> <p>Diagnostico multiaxial</p> <p>Plan Terapéutica</p> <p>Informe de casos</p> <p>Presentación y discusión de casos</p> <p>Entrega de historias clínicas e informe de casos</p> <p>Entrega de proyecto de salud</p>	<p>Registro de evolución de casos</p> <p>Diagnostico y tratamiento</p> <p>Actividades que requieren el centro de práctica</p>

<p>Septiembre</p>	<p>mental aplicado a problemas sociales</p> <p>Trabajo de campo en áreas de riesgo, capacitación a grupos en conflicto</p> <p>Informe de proyectos de salud mental</p> <p>Primera revisión de informe final</p>	<p>Culminación de práctica clínica</p> <p>Ejecución de programa de salud mental</p>
<p>Octubre</p>	<p>Segunda revisión de informe final</p>	
<p>Noviembre</p>	<p>Tercera revisión de informe final</p> <p>Entrega de informe final</p> <p>Examen final</p>	

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Enero	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el proceso a seguir durante el periodo de la práctica profesional dirigida. -Identificar los tipos de metodología aplicadas durante el proceso de práctica profesional dirigida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Información sobre la programación de la práctica profesional dirigida -Instrucciones sobre metodología a utilizar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Observación -Seguimiento de instrucciones -Inductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Lapiceros -Cuadernos -Computadora -Centro de reunión -humano 	<ul style="list-style-type: none"> -Tener el conocimiento necesario para realizar la programación de práctica profesional dirigida. -Emplear de manera correcta los diferentes tipos de metodología.
Febrero	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar una planificación general de las actividades a realizar durante el periodo de práctica. -Así misma la respectiva solicitud de realización de práctica. -Establecer los primeros contactos con los encargados del Centro de práctica por medio de la observación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrega de la planificación general. -Solicitud de realización de práctica que llene el perfil requerido. -Contacto inicial con autoridades del centro de práctica. -Implementación sobre observación. -Entrega de carta de autorización a la universidad para realizar la práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Deductiva -Observación 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Computadora -Lapiceros -Centro de reunión -Cuadernos 	<ul style="list-style-type: none"> -Planificar de una manera ordenada las diversas actividades a realizar en el periodo de práctica. -Conocer más a fondo el funcionamiento del centro de práctica.
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer más a fondo el funcionamiento del centro de práctica a través de una guía de observación. -Conocer las diversas técnicas que existen para realizar una entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación al centro de práctica. -Entrega de planificación general de actividades del centro de práctica. -Entrega de informe de observaciones. -Implementación sobre entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista -Inductivo 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Lapiceros -Cuadernos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lograr establecer un vínculo con el centro de práctica. -Dominar las diversas técnicas de entrevista.

Abril	-Recordar los diferentes conocimientos adquiridos durante la carrera por medio del abordaje de los diferentes casos.	-Abordaje de casos, entrevistas. -Evaluación del paciente. -Pruebas proyectivas. -Retroalimentación. -Conocimiento.	-Abordaje de casos -Entrevista -Observación -Resolución de casos	-Hojas -Lapiceros -cuadernos -Libros -Centro de práctica -Internet, etc.	-Poner en práctica los diferentes conocimientos adquiridos durante la carrera en el proceso de abordaje de casos.
Mayo	-Realizar el abordaje de casos por medio de documentos de registros.	-Elaboración de historias clínicas, discusiones de casos. -Uso de documentos de registro. -Abordaje de casos	-Abordaje de casos -Historias clínicas -Discusión de casos -Lectura	-Hojas -Lapiceros -Cuadernos -Libros -Centro de práctica y de reuniones	-Usar de manera adecuada los diferentes documentos de registro en la elaboración de historias clínicas y el abordaje de casos.
Junio	Llevar un seguimiento de la evaluación de los casos atendidos. -Cooperar con las diferentes necesidades que se requieran en el centro de práctica.	-Registro de evolución de casos, diagnósticos y tratamiento. -Actividades que requiera el centro de práctica.	-Observación -Entrevista -Abordaje de casos -Historias clínicas	-Hojas -Lapicero Computadora -Centro de práctica y de reuniones. -Hojas de evolución.	-Observar el progreso que tienen los pacientes atendidos. -Llevar a cabo las diferentes actividades que requieren en el centro de práctica.
Julio	Plantear los diferentes casos tratados y darles una psicoterapia adecuada a su problema. -Cooperar con las diferentes actividades que se requieran en el centro de práctica.	-Presentación y discusión de casos. -Tratamiento de psicoterapia en los casos atendidos. -Actividades por requerimientos en el centro de práctica.	-Psicoterapia -Discusiones -Lecturas -Observaciones	-Computadora -Lapicero -Centro de práctica Y de reunión	-Dar el tratamiento adecuado a los diferentes tipos de trastornos mentales. -Llevar a cabo de manera exitosa las diferentes actividades que requiere el centro de práctica.
Agosto	-Llevar al proceso final de casos atendidos durante la práctica. -Indagar sobre posibles problemáticas presentadas en la	-Informe final de casos atendidos (cierre de casos). -Clausura y despedida del centro de práctica. -Entrega de proyecto de salud mental para	-Proyecto -Inductivo	-Computadora -Lapicero -Cuadernos -Libros -Centro de práctica y de reunión	-Culminar de manera exitosa cada uno de los casos atendidos, así como la estancia en el centro de práctica. -Realizar la

	sociedad.	revisión.			presentación de proyecto de salud mental para su revisión.
Septiembre	-Implementar un proyecto de salud mental a la población necesitada. -Prevenir en la población situaciones en las que se vean afectada su salud mental.	-Ejecución de proyecto de salud mental. -Capacitación a grupos en conflicto. -Jornada psicológica. -Primera revisión de informe final.	-Proyecto -Capacitaciones -Jornadas -Observaciones -Entrevistas	-Test. -Computador -Cuaderno -Lapiceros -Centro de practica y de reunión -Hojas	-Llevar a la práctica el proyecto de salud mental a la población necesitada. -Crear conciencia de los beneficios que trae el cuidado de la salud mental.
Octubre	-Dar a conocer las actividades realizadas durante la ejecución de proyectos de salud mental. -Presentar el informe final para que pueda ser revisado.	-Informe del proyecto de salud mental. -Segunda revisión de informe final de práctica.	-Informe -Observaciones -Deductivo	-Lugar donde se ejecutara el proyecto. -Computadora -Cuadernos -Hojas -Lapiceros -Financiero	-Informa de manera concisa el proyecto de salud mental ejecutado.
Noviembre	-Presentar de forma objetiva el informe final para su última revisión. -Realizar exitosamente el examen final de práctica.	-Tercera revisión de informe final de práctica. -Entrega final de informe final de práctica.	-Informe -Prueba -Objetiva	-Hojas -Computadora -Lapiceros	-Aprobación del Informe final de la práctica. -Dar a conocer los conocimientos aprendidos durante el proceso de práctica.

3.4 Subprogramas

a) Programa de atención de casos

Enero

Generalidades. Actividades de tutoría

- Información sobre práctica, entrega de programación.
- Instrucciones sobre metodología.

Febrero

Actividades de tutoría

- Solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños.
- Entrega de la planificación de actividades de práctica.
- Entrega de autorización escrita de centros de práctica.

Marzo

Actividades de tutoría

- Información sobre observación e investigación en los centros de práctica.
- Entrega de resumen y análisis práctico del libro La Entrevista Psiquiátrica de Sullivan.
- Informe de observaciones.

Actividades en centros de práctica

- Presentación a centros de práctica.
- Contacto inicial con autoridades.
- Entrega de planificación de actividades a autoridad inmediata.
- Observación del funcionamiento del Centro de Práctica.
- Investigación de los antecedentes de los antecedentes de la institución y servicios que presta, tipo de población, etc.

Abril y mayo

Actividades de tutoría

- Elaboración de Historias Clínicas en casos planteados en el aula.
- Discusión de casos.
- Retroalimentación de conocimientos.
- Exposición y análisis sobre diversas patologías.

Actividades en centro de práctica

- Entrevistas, abordaje de casos, evaluación del paciente.
- Uso de documentos de registro.

Junio julio y agosto

Actividades de tutoría

- Taller para elaboración de impresión clínica.
- Diagnóstico multiaxial.
- Plan terapéutico.
- Informe de casos.
- Exposición de formas de psicoterapia.
- Presentación y discusión de casos.
- Entrega de historias clínicas e informes de casos.
- Entrega de proyecto de salud mental aplicado a problemas sociales.

Actividades en centro de práctica

- Registro de evolución de casos.
- Diagnóstico y tratamiento.
- Actividades que requiera el centro de práctica.

Septiembre

Actividades de tutoría

- Trabajo de campo en áreas de riesgo, capacitación a grupos en conflicto.
- Informe de proyectos de salud mental.
- Primera revisión de informe final.

Actividades en centro de práctica

- Culminación de práctica clínica.
- Ejecución de programa de salud mental.

Octubre

Actividades de tutoría

- Segunda revisión de informe final.

Noviembre

Actividades de tutoría

- Tercera revisión de informe final.
- Entrega de informe final.
- Examen final.

b) Programa de capacitación

Cronograma de actividades

Fecha	Actividades
16/09/08	Gestiones realizadas con la directora del Colegio Mixto Visión de para impartir la charla a los alumnos de básico.
17/09/08	Recopilación de información y preparación de materiales para las charlas del 19 de septiembre.
18/09/08	Gestiones realizadas con el pastor de la iglesia Bethehem para impartir una charla a un grupo de mujeres.
19/09/08	Se impartió la charla en el Colegio Cristiano Mixto Visión de Fe.
21/09/08	Recopilación de Información y preparación de materiales para la charla del 23-09-08
23/09/08	Se impartió la charla a un grupo de mujeres en la iglesia Bethehem.

c) Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Introducción

Durante el proceso del desarrollo del proyecto de salud mental se enfatizó la importancia de llegar a comunidades donde no se tiene acceso a la atención psicológica. El objetivo principal es que los habitantes de la comunidad tomaran conciencia de lo importante que es tener un equilibrio emocional para tener la vida adecuada que cada uno merece.

Objetivos

- Promover en las personas la importancia de la salud mental.
- Concientizar a la comunidad sobre el papel que juega la salud mental en la calidad de vida.
- Ayudar a las personas que requieran atención individual en el proceso de sanación mental.
- Transmitir a la comunidad conocimientos sobre las formas de poner en práctica actividades que fomenten la salud mental.

Actividades

- Charlas.
- Talleres.
- Dinámicas.
- Atención individual de casos.
- Ejecución del proyecto de salud mental.
- Trabajos en grupo.
- Trabajos individuales.
- Reflexiones.

Cronograma de actividades

Fecha	Actividad	Recursos
16 de agosto	Elaboración del plan	Hojas Lapiceros Escritorios Cuadernos. Computadora.
19 de agosto	Elaboración de volantes	Hojas Laptop Impresora. Fotocopiadora.
20 de agosto	Solicitud del centro donde se llevó a cabo el proyecto.	Transporte Propuesta de plan Hojas.
30 de agosto	Entrega de plan a catedrática	Hojas Proyecto.
20 de septiembre	Aprobación del proyecto de salud mental	Estudiantes.
22 de septiembre	Inauguración de la jornada con dinámicas vivenciales	Equipo de sonido Micrófono. Computadoras. Hojas. Lapiceros.
24 de septiembre	Atención de casos individuales	Escritorios Salón de reuniones Hojas. Lápices. Crayones. Marcadores. Papel manila.
25 de septiembre	Clausura con charlas grupales	Salón Equipo de sonido Laptop Cañonera

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

El presente capítulo da a conocer los resultados obtenidos durante la práctica en el proceso de atención a casos, de capacitaciones y de la ejecución del proyecto de salud mental, se presenta los logros, las limitaciones, las conclusiones y las recomendaciones en cada uno de los programas.

4.1 Programa de atención de casos

Logros

- Obtener un cambio en la conducta de las personas atendidas.
- Haber puesto en práctica los conocimientos obtenidos durante el tiempo de estudio.
- Acrecentar los conocimientos sobre los diferentes trastornos existentes en la sociedad
- Aprender diversas formas de psicoterapia
- Ayudar a los pacientes a que ellos mismos fueran encontrados solución a su problema.

Limitaciones

- El no tener un lugar adecuado donde atender a los pacientes.
- Las condiciones climáticas
- La inquietud de unos de los pacientes atendidos
- La inestabilidad de algunos pacientes al asistir a las terapias

Conclusiones

El programa de atención de casos permite poner en práctica el proceso de psicoterapia. Cada paciente atendido requiere un proceso de investigación para ampliar los conocimientos sobre el problema que se está presentando.

Recomendaciones

- Aplicar el proceso de psicoterapia de forma adecuada
- Ampliar los conocimientos sobre cada problema que se presenta durante el proceso de atención a casos.
- Aplicar la psicoterapia adecuada para cada caso.

Muestra de casos atendidos

Caso 1

Historia clínica

Identificación personal:

Nombre: Px

Sexo: Femenino

Edad: 11 años

Religión: Católica

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Cuarto primaria

Dirección: El tejear Chimaltenango.

Referida: Por la madre.

Motivo de consulta

La madre refiere que la niña tiene problemas en el colegio, por confundir la “d” con la “b”, y que a veces se siente triste por no tener hermanos, con quien compartir, la madre refiere que ella ya no puede tener más hijos debido a una enfermedad que padece.

Historia del problema actual

La niña tiene problemas al escribir, pues confunde la “d” con la “b”, esto le está afectando en la escuela, pues la maestra ya intentó ayudarla poniéndole planas pero no ha podido solucionar este problema y esto le está produciendo ansiedad.

Factores precipitantes

La madre ya no puede tener más hijos y la niña se siente sola.

Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente vive con ambos padres, le está afectando emocionalmente, la falta de hermanos, al papá le preocupa lo que le ocurre a su hija y es por eso que accedió a que buscarán ayuda, la madre refiere que ella quisiera tener más hijos pero debido a la enfermedad que enfrenta no puede, lo que han hecho es llevarla con sus primos para que comparta con ellos, allí ella se divierte y se olvida del problema.

Historia personal

Personales no patológicos: la paciente es la primera y única hija y vive con ambos padres.

Historia médica: la paciente es hija única de un matrimonio, refiere la madre que la hija fue muy anhelada pues ella no podía quedar embarazada y su parto fue normal, las enfermedades que la niña a padecido son propias de su edad.

Historia familiar

La paciente proviene de un hogar integrado, constituido por sus padres y la niña, refiere la madre que ella tuvo que ser intervenida quirúrgicamente extrayéndole la matriz y que por eso no puede tener más bebés.

Examen mental

Apariencia: arreglada

Conducta: tranquila

Actitud: colaboradora

Lenguaje: adecuado a su edad

Humor: triste

Sentimientos: de baja autoestima

Afecto: adecuado

Percepción: no hay alteraciones

Proceso de pensamiento: adecuada

Inteligencia: normal

Control de impulso: adecuado

Juicio: afectado

Insht: adecuado

Confiabilidad: adecuado

Pruebas aplicadas

Test de la familia

Test de la figura humana

Criterio de diagnóstico

Baja autoestima

Ansiedad

Problemas de aprendizaje

Evaluación multiaxial

Eje I: Trastornos de aprendizaje no especificado.

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: EEAG 81-90

Evaluación pronóstica

Favorable, con acompañamiento profesional

Plan terapéutico

Terapia de reforzamiento de aprendizaje

Terapia cognitivo conductual

Terapia de modificación de conducta.

Terapia individual y familiar.

Caso 2

Historia clínica

Identificación personal

Nombre: Px

Sexo: Femenino

Edad: 35 años

Religión: Evangélica

Ocupación: Secretaria

Escolaridad: Nivel medio

Dirección: Chimaltenango.

Referida: Por sí misma.

Motivo de consulta

Refiere la paciente que es muy celosa y posesiva.

Historia del problema actual

Informa la paciente que actualmente está saliendo con una persona, y esto le está ocasionando problemas en su relación, pues ella no le cree a su pareja y además cuando él no llega a verla, ella se imagina que esta con otra mujer, que la engaña, no confía en él.

Factores precipitantes: todo inicio desde su infancia cuando su padre tuvo otra mujer y abandonó a su mamá, y su abuelo abusó sexualmente de ella, en su juventud tuvo un novio que el engañó y ella lo quería mucho.

Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La Px vive con dos hijas, ella comenta que el problema afectó su matrimonio anterior pues celaba mucho a su esposo, él la dejó porque ya no la aguantó, sus hijas se quedaron con ella y están involucradas en la relación que actualmente tiene pues las niñas se han apegado a esta persona y ella no sabe que va hacer si se llega a separar con esta persona.

Historia personal

Personales no patológicos: la paciente es la más pequeña de tres hermanos, un hombre y una mujer, vivió en un hogar desintegrado.

Historia médicas: Refiere la paciente que las enfermedades que padeció en la niñez fueron comunes como la varicela, gripe, tos, etc. Actualmente ha padecido enfermedades propias de su edad, como fiebre, gripes, tos.

Historia familiar

Vivió en un hogar desintegrado, con su madre y una hermana, actualmente vive con sus dos hijas.

Examen mental

Apariencia: arreglada

Conducta: ansiosa

Actitud: colaboradora

Lenguaje: adecuado a su edad

Humor: triste

Sentimientos: de baja autoestima y ansiedad

Afecto: adecuado

Percepción: no hay alteraciones

Proceso de pensamiento: adecuada

Inteligencia: normal

Control de impulso: adecuado

Juicio: afectado

Insht: adecuado

Confiabilidad: adecuado

Pruebas aplicadas

Test de la figura humana y

Test de la familia

Criterio de diagnóstico

Baja autoestima

Ansiedad

Patrones de conducta aprendida

Inseguridad

Evaluación multiaxial

Eje I: Trastornos del estado de ánimo

Eje II: Trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores psicológicos.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social y al grupo primario de apoyo.

Eje V: EEAG 61 al 70

Evaluación pronóstica

Favorable, con acompañamiento Profesional.

Plan terapéutico

Técnicas para aumentar autoestima

Terapia cognitivo conductual

Técnicas de relajación Terapia individual

Terapia familiar

Terapia Racional Emotiva

Terapia Gestalico.

Caso 3

Historia clínica

Identificación personal

Nombre: Px

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Religión: Católica

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Tercero básico

Dirección: Chimaltenango.

Referida: Por sí misma.

Motivo de consulta

Refiere la paciente que su esposo la maltrataba física, emocional y verbalmente.

Historia del problema actual

Refiere la paciente que el daño que su cónyuge causó en ella y su hijo ha tenido consecuencias imborrables, pues ella aun hoy no puede escuchar bulla pues, piensa nuevamente en esos momentos difíciles que vivió, y que su hijo tiene problemas en el colegio y en su salud, actualmente ella se comunica con él pero tiene miedo de volver a pasar lo mismo y es por eso que no vuelve a vivir con él aunque le ha rogado a que regrese.

Factores precipitantes

Refiere la paciente que todo comenzó cuando él miraba a su papá golpear mucho a su mamá y lo mismo hacia él, y la mamá le envenenaba su mente con mentiras de que cuando él se iba a trabajar ella lo engañaba.

Impacto del trastorno en el sujeto y la familiar

La paciente vive con ambos padres, ellos le han extendido la mano pero le han advertido que si vuelve con él, que se olvide de ellos, ella se siente deprimida muchas veces por que no sabe qué decisión tomar, si volver con él, o dejarlo, su hijo quiere que regrese con su papá pues lo extraña mucho.

Historia personal

Personales no patológicos: Actualmente vive con sus padres y su hijo, siempre vivió en un hogar integrado.

Historia médica: la paciente fue anhelada, el parto de su madre fue normal ha padecido enfermedades propias de su edad, como fiebre, gripes, tos.

Historia familiar

La familia nuclear donde vivió fue muy unida, siempre le enseñaron buenos principios y su papá nunca les pegó.

Examen mental

Apariencia: arreglada

Conducta: tranquila

Actitud: colaboradora

Lenguaje: adecuado a su edad

Humor: normal

Sentimientos: de baja autoestima

Afecto: adecuado

Percepción: no hay alteraciones

Proceso de pensamiento: adecuada

Inteligencia: normal

Control de impulso: adecuado

Juicio: afectado

Insht: adecuado

Confiabilidad: adecuado.

Pruebas aplicadas

Test de la familia

Test del árbol

Test de la figura humana

Criterio de diagnóstico

Baja autoestima

Maltrato intrafamiliar

Problemas de salud

Evaluación multiaxial

Eje I: Trastornos de ansiedad.

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG 80.90

Evaluación pronóstica

Favorable, con acompañamiento profesional.

Plan terapéutico

Técnicas para aumentar autoestima

Terapia cognitivo conductual

Técnicas de relajación

Terapia familiar.

Caso 4

Historia clínica

Identificación personal

Nombre: Px

Sexo: Femenino

Edad: 4 años

Religión: Evangélica

Ocupación: -----

Escolaridad: No va a la escuela

Dirección: Chimaltenango.

Referida: Por su mamá

Motivo de consulta

Refiere la madre que a la paciente le gusta comer mucho, le preocupa que no pronuncia bien la r, y su hermana mayor la rechaza mucho.

Historia del problema actual

Refiere la madre que hace algún tiempo la paciente presentó un cuadro de mucho apetito y que la pediatra decidió regular su alimentación de la paciente, también comenta que le preocupa que no pronuncia adecuadamente la r y el otro año tendrá que estudiar, y que su hermana al momento de jugar con ella la rechaza .

Factores precipitantes: la muerte de su padre, el rechazo de su madre, la madre trabaja y la deja al cuidado de una muchacha.

Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La madre de la niña está preocupada por lo que está ocurriendo con sus hijas, pues se pelean constantemente.

Historia clínica: la paciente es la menor de dos hijas en un matrimonio, refiere la madre que tuvo al Px. por cesaria y que a los 9 meses comenzó sus primeras palabras y a los 11 meses comenzó a caminar, a los 2 años y medio termino de mamar, cuando la niña tenía 3 años murió su esposo, fue difícil para ellas, la niña tuvo enfermedades propias de la niñez.

Historia personal

Personales no patológicos: la paciente es la menor de dos hijas, y vive con su mamá y abuela.

Historia médica: la paciente ha padecido enfermedades como infección en las amígdalas a los 11 meses y dolor del oído, el año pasado tuvo bronquitis y tuvo un ronquido en el pecho.

Examen mental

Apariencia: arreglada

Conducta: tranquila

Actitud: colaboradora

Lenguaje: adecuado a su edad

Humor: normal

Sentimientos: de baja autoestima

Afecto: adecuado

Percepción: no hay alteraciones

Proceso de pensamiento: adecuada

Inteligencia: normal

Control de impulso: adecuado

Juicio: afectado

Insht: adecuado

Confiabilidad: adecuado

Pruebas aplicadas

Test de la familia

Test de la figura humana

Criterio de diagnóstico

Baja autoestima

Problemas alimenticios

Ansiedad

Problemas de pronunciación

Evaluación multiaxial

Eje I: Trastornos de la ingestión de la conducta alimenticia de la infancia y la niñez.

Eje II: Ninguno

Eje III: Enfermedad del aparato digestivo

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, entre hermanas.

Eje V: EEAG 71 al 80

Evaluación pronóstica

Favorable, pero se necesita largo proceso terapéutico por profesionales.

Plan terapéutico

Terapia cognitivo conductual

Terapia Racional emotiva

Logoterapia

Terapia en grupo

Terapia familiar.

Caso 5

Historia clínica

Identificación personal

Nombre: Px

Sexo: Masculino

Edad: 2 años y 10 meses

Religión: Católico

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Pre-Kínder

Dirección: Chimaltenango

Referida: Por su mamá.

Motivo de consulta

Refiere la madre que el niño no habla.

Historia del problema actual

Refiere la madre que el paciente no habla y que esto le dificulta comunicarse con sus hermanos y con los niños en su colegio, pues a veces le pegan y como es tímido no dice quien fue.

Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La madre refiere que a la familia le está afectando pues sus hermanos no le entienden, el esposo se ve indiferente ante el problema del niño.

Historia personal

Personales no patológicos: el paciente es el menor de 3 hijos del matrimonio, refiere la madre que tuvo amenaza de aborto en el primer trimestre y que no lo esperaban, pero lo aceptó y que ella tenía temor, de que todo saliera bien, lo tuvo de forma natural, su color fue normal al nacer, pero presentó asfixia al momento de nacimiento pues el cordón umbilical se enrolló en su cuello,

tomo leche materna y le quitó la pacha al año y medio, su apetito fue regular, balbució algunas palabras a los 8 meses, nunca pronunció palabras.

Historia médica: el niño ha presentado las siguientes enfermedades: asma bronquial, rotavirus y bronquitis aguda.

Historia familiar

La familia nuclear lo constituye el padre, la madre y dos hermanos y el padre trabaja todo el día fuera de casa, la madre es ama de casa y los dos hermanos estudian.

Examen mental

Apariencia: arreglada

Conducta: tranquila

Actitud: colaborador

Lenguaje: adecuado a su edad

Humor: normal

Sentimientos: normal

Afecto: adecuado

Percepción: no hay alteraciones

Proceso de pensamiento: adecuada

Inteligencia: normal

Control de impulso: adecuado

Juicio: afectado

Insht: adecuado

Confiabilidad: adecuado

Pruebas aplicadas

Test de la figura humana

Test de la familia

Criterio de diagnóstico

Problemas del habla

Ansiedad

Evaluación multiaxial

Eje I: Trastornos de comunicación no especificado.

Eje II: Ninguno

Eje III: Trastorno originado en el período Prenatal.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: EEAG 51 al 60

Evaluación pronóstica: favorable, con acompañamiento profesional. Se sugiere realizar exámenes profesionales del habla para poder determinar qué fue lo que causó la falta del habla en el niño, se sugiere tomarle un examen tomográfico del cerebro para descartar todo daño cerebral.

Plan terapéutico:

Terapia individual

Terapia familiar

Terapia del habla

Logoterapia

4.2 Programa de capacitación

Logros

- La participación de la población convocada
- La interacción continua de los participantes
- El interés de los temas aprendidos
- Abarcar una población donde no se ha dado a conocer la salud mental
- Haber logrado en el tiempo especificado las actividades del programa
- Cubrir todos los costos que requirió el proyecto
- Actitudes positivas en los participantes

Limitaciones

- Falta de transporte en horarios determinados
- El estado climático
- Falta de Instituciones disponibles para llevar a cabo el proyecto

Conclusiones

Se dio a conocer la importancia que tiene la salud mental para el mejor desarrollo del ser humano.

Se identificaron situaciones de riesgo que atenten o afecten la salud mental.

Se pusieron en práctica actividades que ayuden a mantener una salud mental equilibrada.

Se previnieron en la población situaciones en las que se ve afectada la salud mental.

Recomendaciones

Dar a conocer a la población la importancia de la salud mental para el mejor desarrollo del ser humano en el entorno en que se encuentra.

Identificar en una población situación de riesgo que atenten o afecten la salud mental.

Poner en práctica actividades que ayuden a mantener una salud mental equilibrada.

Prever en la población situaciones en las que se ve afectada su salud mental.

a) Taller 1

Dirigido a: los alumnos del Colegio Cristiano Visión de Fé.

Los valores

Mejorando tú autoestima

La autoestima puede mejorar nuestras actitudes ante la vida y aumenta nuestra capacidad para luchar por lo que queremos y para relacionarnos bien con los demás, Enfoca las cualidades de cada persona, ejemplo:

La alegría

El cariño

La inteligente

El ser amigable, etc.

La autoestima tiene unos amigos a su favor y son los que tenemos que tomar muy en cuenta.

1. Don pensamiento Positivo
2. Las creencias positivas
3. Las experiencias positivas

Todos tienen la capacidad de poder mejorar la autoestima si se lo proponen día a día.

Recuerda que debes de valorarte tal y como eres, tomando en cuenta que Dios te hizo especial, el color del pelo, de la tez, los ojos, las manos, todos fueron diseñados para algo especial y debes de cuidarte y siempre recuerda de tener una autoestima balanceada.

Mis sueños

Es importante que los sueños sean metas que nos impulsan actuar. Los estudios acerca de la gente que ha alcanzado el éxito, han demostrado que aquellos que triunfan, lo hacen porque se han atrevido a soñar, y tienen una imagen clara de lo que quieren lograr.

b) Taller 2

Dirigido a: la congregación del concilio misionero femenil de iglesia Betheem.

La autoestima enfocada a las mujeres de la biblia

¿Qué es la autoestima?

Corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. Se refiere a como las personas se ven a sí mismas, lo que piensan de ellas, cómo reacciona ante sí.

Es una predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de la felicidad.

Importancia de la autoestima

Este tema tiene una enorme importancia, ya que de la valoración que uno haga de si mismo dependerá de lo que haga en la vida y su participación en ella, además condiciona el proceso de desarrollo de las potencialidades humanas y también la inserción de la persona dentro de la sociedad.

Dentro del ámbito profesional, una autoestima positiva facilita una mejor percepción de la realidad y comunicación interpersonal, ayuda a tolerar mejor el estrés, la incertidumbre y vivir los procesos de cambio.

Como se forma la autoestima

La persona no nace con un concepto de de lo que ella es, si no que este se va formando y desarrollando progresivamente en la medida en la que se relaciona con el ambiente, mediante la interacción de las experiencias físicas, psicológicas y sociales que la persona obtiene durante su desarrollo.

Es decir, la autoestima es algo que se aprende y como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y mejora a lo largo de toda la vida.

Este concepto se va marcando a temprana edad y está marcado por dos conceptos:

Por el autoconocimiento: que tenga la persona de sí misma, es decir el conjunto de datos que tiene la persona de sus ser y sobre lo que no se aplica un juicio de valor.

Por los ideales a los que espera llegar. Es decir como a la persona le gustaría o desearía ser.

1 Samuel 1-2-3.

En la biblia nos enseña de dos mujeres, que en su vida tuvieron que aprender a valorarse y a tener una autoestima balanceada. Tenemos el ejemplo de Ana una mujer que no podía tener bebés y su esposo se a llegaba a su sierva, ella se sentía menos por no poder tener la oportunidad de concebir como cualquier otra mujer que anhela ser madre, pero ella vino un día delante de Dios y derramo su alma en el altar y allí Dios le respondió su petición al salir de allí ella salió diferente pues sabía que su vida había cambiado, tenía un valor diferente y se a llego a su esposo y concibió un varón., cuando sabemos que valemos más que las joyas de este mundo, aprendemos a tener una buena autoestima y aprendemos a valorarnos.

Ester 1-2-3

También aprendemos de Ester una joven que creció con su tío Mardoqueo la cual creció sin sus padres, pero sabia su identidad, sabía que tenía un valor especial para Dios, tal vez al principio fue difícil para ella poder vivir sin sus padres pero su tío le enseñó a que ella tenía un valor para Dios y para él, aprendió a apreciarse tal y como era, aprendió a aceptar a ella y a su pueblo y un día Dios la coloca como reina de un pueblo, la reina es la que debe mostrar cuan valiosa es ante el rey y los demás, así son ustedes reinas de su casa, reinas del lugar donde Dios las ha colocado, su vida vale mucho, y tiene un precio inigualable.

En sus hogares ustedes son las más hermosas deben aprender a apreciarse y ha

Recordarse todas las mañanas que son hijas de Dios, aprendan a quererse, aunque sus esposos tal vez se han olvidado de ustedes recuerden que Dios no se ha olvidado de sus amadas hijas y que él, las quiere y ustedes deben de demostrar a las demás mujeres que tienen un valor especial, para que las demás deseen cambiar.

La confianza es importante

La confianza se da cuando las personas son verdaderamente amigos, entonces se puede contar en cualquier momento con la otra persona, puede ser en los momentos alegres como en los momentos más difíciles.

Es importante que en el grupo en el cual compartimos podamos tener confianza unos a otros, pues de esta manera vamos a aprender a convivir de una manera más agradable.

Imagínense tener a personas a nuestro alrededor las cuales no podemos confiar en ellas, seguramente si tenemos un problema no vamos a poder contar con ella o con él, pues como no hay confianza no nos vamos a poder abrir nuestro corazón ante ellos.

Por eso es importante que allá, confianza para que unos a otros podamos ayudarnos en momentos difíciles, y que juntos construyamos la confianza.

c) Taller 3

Dirigido a: padres y madres de familia de Escuela Rural Mixta Aldea Bola de Oro
Paternidad y maternidad responsable.

La paternidad y maternidad se refieren directamente al momento en que el hombre y la mujer, uniéndose en una sola carne, pueden convertirse en padres. Este momento tiene un valor muy significativo, tanto por su relación interpersonal como por su servicio a la vida. Ambos pueden convertirse en procreadores padre y madre comunicando la vida a un nuevo ser humano.

Los esposos aprenden por propia experiencia lo que significan la paternidad y maternidad responsables; lo aprenden también gracias a la experiencia de otras parejas que viven en condiciones análogas y se han hecho así más abiertas a los datos de las ciencias.

En el momento del acto conyugal, el hombre y la mujer están llamados a ratificar de manera responsable la recíproca entrega que han hecho de sí mismos con la alianza matrimonial. Ciertamente, la entrega recíproca del hombre y de la mujer no tiene como fin solamente el nacimiento de los hijos, sino que es, en sí misma, mutua comunión de amor y de vida.

Es un concepto mucho más amplio, profundo y rico que ser "responsable" para decidir el momento y el número de hijos de acuerdo con las diferentes circunstancias que a cada "pareja" le toca vivir, y, consecuentemente, usar un "buen anticonceptivo" cuando se trata de posponer o evitar un nuevo nacimiento.

Bases más importantes de la paternidad y maternidad responsable

1. Conocimiento y respeto del proceso de procreación humana.

Es evidente que si los esposos, por amor deciden procrear un hijo o posponer su nacimiento, deben conocer la forma de cómo funcionan naturalmente sus órganos pro creativos. En la concepción y desarrollo del hijo que han de procrear, aprovechando según su decisión, las fases fértiles o infértiles del ciclo de la mujer, para tener o no relaciones sexuales. En estrecha unión

con ese conocimiento, se sitúa el respeto y aceptación de las funciones de sus aparatos procreadores, su finalidad, y la decisión libre de la pareja, de determinar el momento de transmitir la vida o espaciarla, según la administración que tengan de su fertilidad. El desconocimiento del proceso del ritmo biológico, tanto del hombre como de la mujer y de la procreación humana, favorece a las malas interpretaciones en cuanto a que se pone excusas para determinar que ya no pueden tener más hijos por prescripción médica.

Tales son los casos como; "tener un problema en el pie y no poder tener más hijos", o bien no puedo con uno ¿podré con otro? o pocos hijos para darles mucho, "El ginecólogo le dijo otro hijo y se muere" una serie de mentiras ocasionando con esto que se deban utilizar medios de control natal para la paternidad responsable, sabiendo de antemano que esto es promovido por sectores que están en contra de la vida y de la familia y están con un control natal mundial.

2. Dominio del impulso sexual por la razón y la voluntad.

El hombre tiene una condición de vida superior a la de los animales, por lo cual debe observar una conducta que esté de acuerdo con su dignidad de persona humana. El impulso sexual es frecuentemente confundido con instinto sexual. Impulso sexual es la atracción natural hacia el sexo opuesto. Instinto sexual es lo que hace atraerse a los animales sexualmente. Esta confusión es premeditada, por personas que tienen intereses económicos.

La razón por la que se quiere imponer el concepto de "tener un instinto sexual" es meramente comercial de quienes quieren poner al hombre como un mero animal, no solo para fines comerciales, sino para poderlo manipular en los distintos programas, (como de control de la población) y la mercadotecnia, incitándolo a adquirir conductas que están reduciendo al hombre al puro placer, y un placer egoísta. No hay que pensar mucho para darnos cuenta de que estamos bombardeados por constante publicidad por todos los medios. Por sí solo, el Impulso sexual es ciego, pero no es incontrolable.

Aquí debe tratarse de la forma como cooperan prácticamente el hombre y la mujer como seres sexuados, conscientes de que el acierto en la combinación de sus fertilidades, depende en buena

parte el éxito en su matrimonio. Ellos toman en cuenta que la sexualidad, más que una simple actividad genital o una fuente de placer físico, expresa la armonía de la naturaleza en muchas otras manifestaciones.

Este dominio o control exige la disciplina y el esfuerzo necesarios por parte de la voluntad. Si no se respeta este orden de valores, como cuando la satisfacción del impulso sexual se impone sobre el control de la razón y la voluntad, sobrevienen las consiguientes consecuencias desastrosas, como son el desenfreno de la sexualidad, que busca exclusivamente el placer; otros resultados son los millones de seres humanos concebidos fuera del matrimonio; o dentro de éste pero en situaciones de evidente irresponsabilidad, como acontece en casos de embriaguez, violaciones, drogadicción, etc.

Esta conducta irresponsable es la causante de los problemas familiares, que incitan a la violencia intrafamiliar y aumento demográfico fuera del matrimonio.

La pornografía es cómplice directa de una grave degradación moral, por la devaluación y agresión sexual al menospreciar la dignidad humana; porque al considerar a las personas simplemente como objetos de placer, reprime su profunda búsqueda del supremo bien trascendente, ya que pretende solucionar todo con un materialismo superficial cada vez más absorbente, que desencadena un feroz libertinaje sexual, en que al fin de cuentas, llegar a predominar el vacío del alma y la autodestrucción personal. De esta manera la pornografía resulta ser una eficaz aliada del anticoncepcionismo que al rechazar la natalidad, todo lo reduce al placer sexual desenfrenado.

3. Tomar en cuenta circunstancias socioeconómicas, y de salud física y psicológica.

El hijo es una persona, un sujeto con derechos propios, naturales, que el Creador le da de acuerdo a su dignidad, como corresponde a quien ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, y con una dimensión espiritual y eterna, por encima de los valores terrenales. Los padres son los primeros responsables en asegurar la satisfacción de esos derechos en la persona de su hijo, como inmediatos responsables de su vida, estando en primer lugar el derecho a la existencia, al

alimento, casa, integridad física, educación integral, trabajo, pero sobre todo al amor de los padres

Muchos padres de familia anteponen los lujos materiales (autos último modelo, videojuegos, equipos electrónicos cada vez más sofisticados, etc.) que tener otro hijo, porque dicen que el hijo es un lujo que no se pueden dar, lujo que ellos mismos no quieren tener, para darse un lujo menor (autos y demás cosas).

Algunas veces los padres de familia se meten a la mente programas anti-vida que existen en el mundo o bien buscan su propia comodidad para no tener más responsabilidades y ponen excusas porque dicen que la modernidad es no tener más que un hijo o máximo 2. Si se siguen las líneas que quieren marcar algunos pronto se llegará a hacer una nación en donde hay poca o nula población infantil, pocos jóvenes y mucha población adulta. Donde en pocos años no habrá jóvenes que se integren al mercado laboral y tendrán problemas para sostener a la población de adultos mayores. Ante la presencia de ciertas circunstancias socioeconómicas, los esposos deben deliberar con sinceridad y generosidad antes de procrear un hijo. Deben analizar si están en condiciones de satisfacer sus derechos naturales, y luego deben decidir lo que responsablemente proceda, ya sea tener otro hijo o más.

Por justos motivos posponerlo durante algún tiempo o indefinidamente. Tomar esta libre decisión es exclusivo de los cónyuges. La salud integral es un factor determinante de responsabilidad para la toma de estas decisiones, sobre el número de hijos que ambos consideren que son capaces de procrear y educar.

4. Respetar la ley natural y el orden moral.

El ejercicio responsable de la paternidad exige que los cónyuges reconozcan plenamente sus propios deberes para con Dios (como colaboradores libres y responsables en su obra creadora), para consigo mismos (de acuerdo a su dignidad humana ya sus derechos y deberes), para con la familia (en particular para con los hijos nacidos o por nacer), y para con la sociedad (a la que deben beneficiar y no causarle problemas). en una justa jerarquía de valores.

Hay muchos matrimonios felices, muchas parejas que un día se hicieron entrega mutua ante el altar, y que ahora van dando testimonio de su amor y de su felicidad ante el mundo que los rodea. Lo que ocurre que esos matrimonios meten ruido y de ellos nadie habla. Sin embargo, no es ningún secreto que la vida matrimonial está sufriendo en nuestros días profunda crisis. Para convencerse de ello, basta observar las noticias de la prensa, las declaraciones de los psicólogos, la información de los sacerdotes y abogados, los guiones de las películas y muchos folletos de literatura, es una forma de darse cuenta en seguida de que la enfermedad social más extendida, la llaga más profunda, es la crisis del matrimonio y del hogar”.

Presentación de contenidos de las charlas y talleres dados

Agenda a trabajar el 19/09/2008

- 1:00 a 1:15 pm. Dinámica rompe hielo gente con gente.
- 1:15 a 1:45 pm. Charla sobre Autoestima y formas de mejorarla.
- 1:45 a 2:00 pm. Continuación de charla con el tema los amigos del autoestima.
- 2:00 a 2:15 pm. Tema los sueños.
- 2:15 a 2:45 pm. Taller de los sueños.
- 2:45 a 2:55 pm. Exposición por parte de los alumnos sobre el trabajo hecho.
- 2:55 a 3:00 pm. Resolución de preguntas expuestas.
- 3:00 a 3:05 pm. Agradecimiento y culminación del taller.

Agenda a trabajar el 23/09/2008

- 3:00 a 3:15 pm. Dinámica rompe hielo el barco se hunde.
- 3:15 a 3:40 pm. Charla autoestima y situaciones que hacen que se tenga baja autoestima.
- 3:40 a 3:55 pm. Tema relacionado con la mujer con base bíblica sobre Ana y Esther
- 3:55 a 4:00 pm. Agradecimiento y culminación del taller.

Agenda a trabajar el 26/09/2008

- 4:00 a 4:15 pm. Dinámica rompe hielo camarón caramelo.
- 4:15 a 4:50 pm. Actividad siguiendo al líder.
- 4:50 a 5:15 pm. Resolución de preguntas expuestas.
- 5:15 a 5:40 pm. Trabajo en equipo.
- 5:40 a 5:55pm. Exposición del trabajo en equipo
- 5:55 a 6:00 pm. Agradecimiento y culminación del taller.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Logros

- La participación de la población convocada.
- La interacción continua de los participantes
- El interés de los temas impartido
- Abarcar una población donde no se ha dado a conocer la salud mental
- Haber logrado en el tiempo especificado las actividades programadas.
- Cubrir todos los costos que requirió el proyecto
- Actitudes positivas en los participantes.

Limitaciones

- Falta de transporte en horarios determinados.
- El estado climático, por temporada de lluvia.
- Falta de instituciones disponibles para llevar a cabo el proyecto.

Conclusiones

- Se dio a conocer la importancia de la salud mental para el mejor desarrollo del ser humano en el entorno en que se encuentra.
- Se identificaron situaciones de riesgo que atenten o afecten a la salud mental.
- Se pusieron en práctica actividades que ayuden a mantener una salud mental equilibrada.
- Se previnieron en la población situaciones en las que se ve afectada su salud mental.

Recomendaciones

- Dar a conocer a la población la importancia de la salud mental para el mejor desarrollo del ser humano en el entorno en que se encuentra.
- Identificar en una población situaciones de riesgo que atenten o afecten la salud mental.
- Poner en práctica actividades que ayuden a mantener una salud mental equilibrada.
- Prever en la población situaciones en las que se ve afectada su salud mental.

Presentación del proyecto

Información general

Nombre del proyecto

“La salud mental un medio para estar bien consigo mismo y con los demás.”

Introducción

Debido a las necesidades de tener una buena salud mental en la población del municipio de San Martín Jilotepeque, un grupo de estudiantes del último año de la carrera de Psicología y Consejería Social emprendieron realizar una jornada con los habitantes de dicho municipio por medio de diversas actividades, tales como: talleres, charlas, terapias grupales, dinámicas deportivas, trivoriales, afiches, anuncios, etc

Lugar: Municipio de San Martín Jilotepeque

Beneficiarios: población del municipio de San Martín Jilotepeque.

Duración del proyecto: 3 días consecutivos.

Financiamiento

Los estudiantes del 5to. Grado de psicología, por medio de sus propios recursos económicos, financiaron el costo del proyecto.

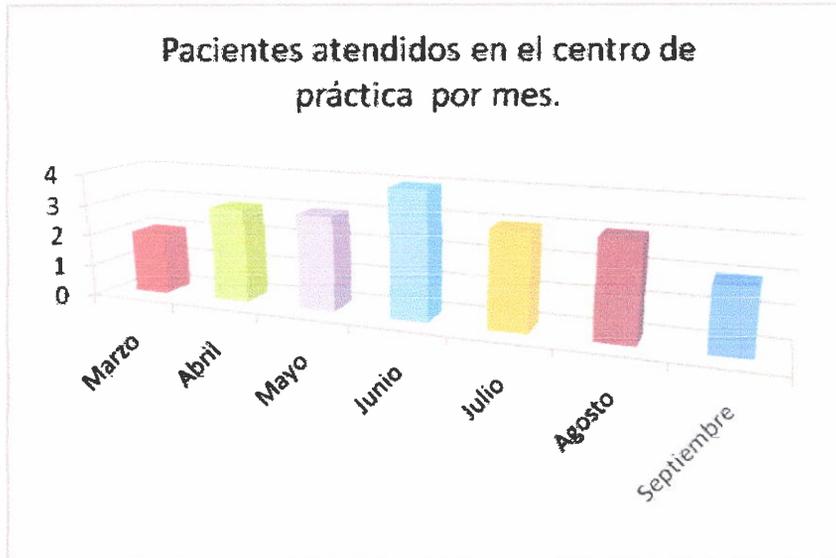
Justificación

Se realiza dicho proyecto porque la mayoría de las personas aún no se concientizan sobre la importancia de mantener una adecuada salud mental como base para la obtención de una mejor vida.

4.4 Presentación de gráficas

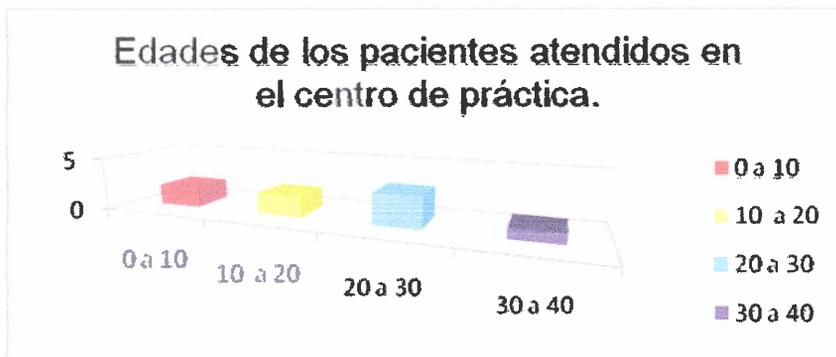
- Programa de atención de casos atendido

Gráfica 1



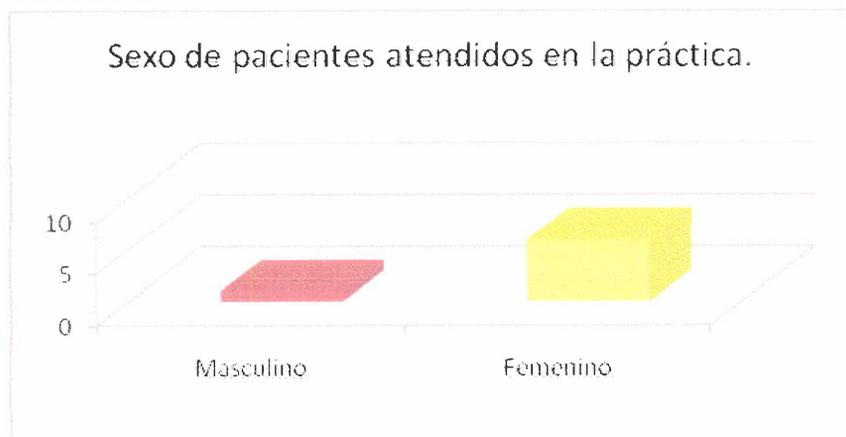
Fuente: propia

Gráfica 2



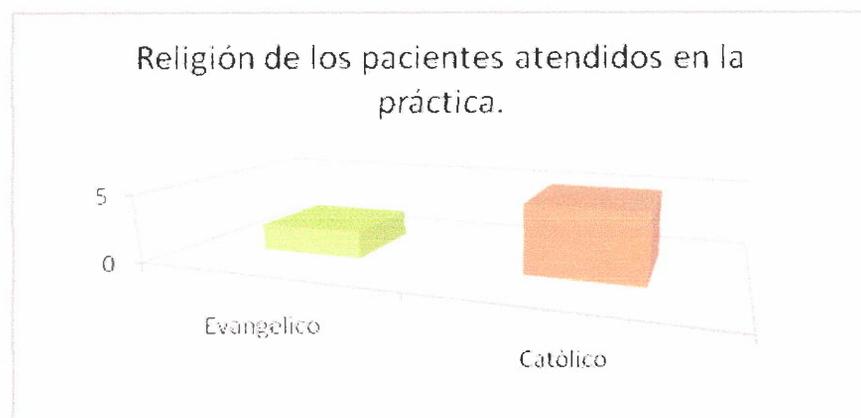
Fuente: propia

Gráfica 3



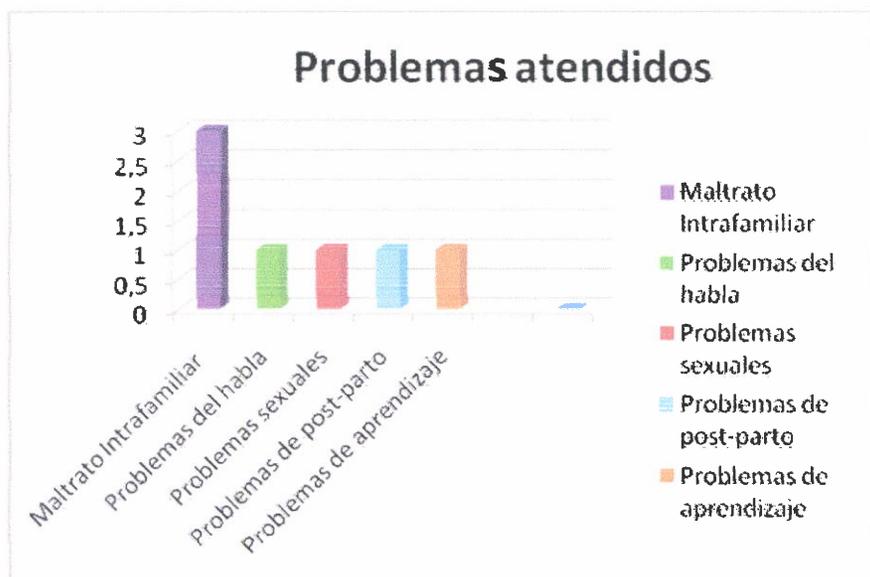
Fuente: propia

Gráfica 4



Fuente: Propia

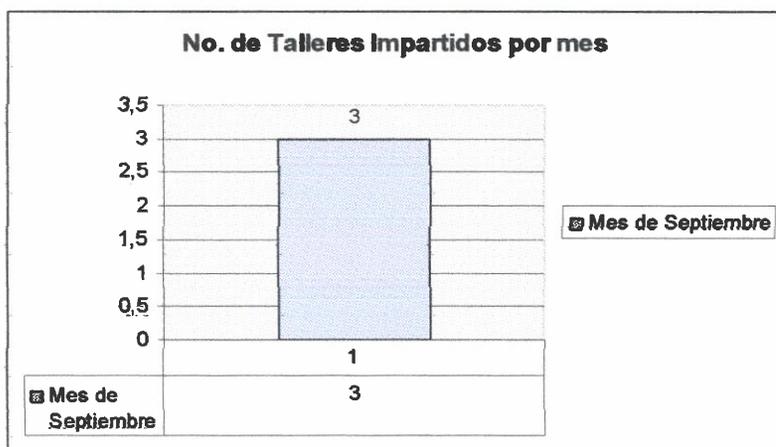
Gráfica 5



Fuente: propia

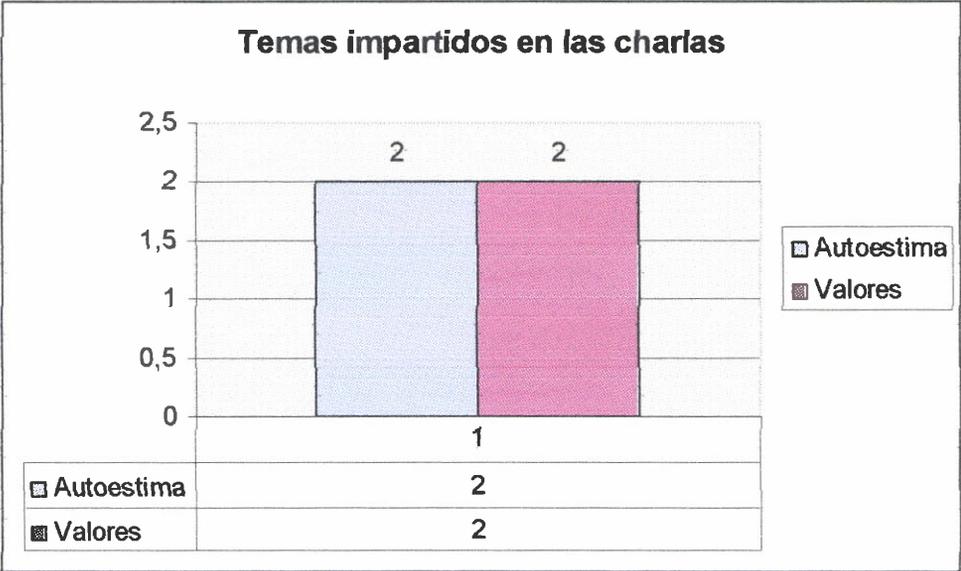
4.2 Programa de Capacitación

Gráfica 6



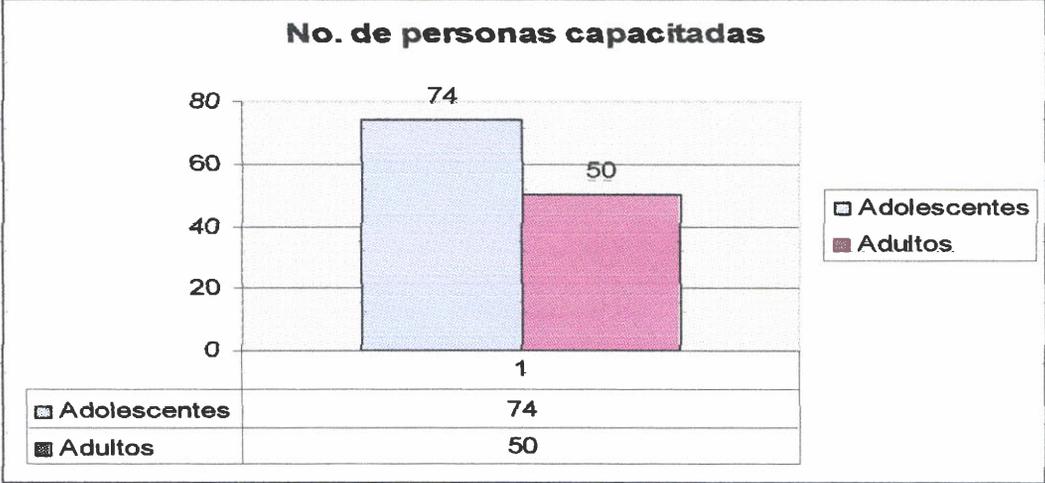
Fuente Propia

Gráfica 7



Fuente Propia

Gráfica 8

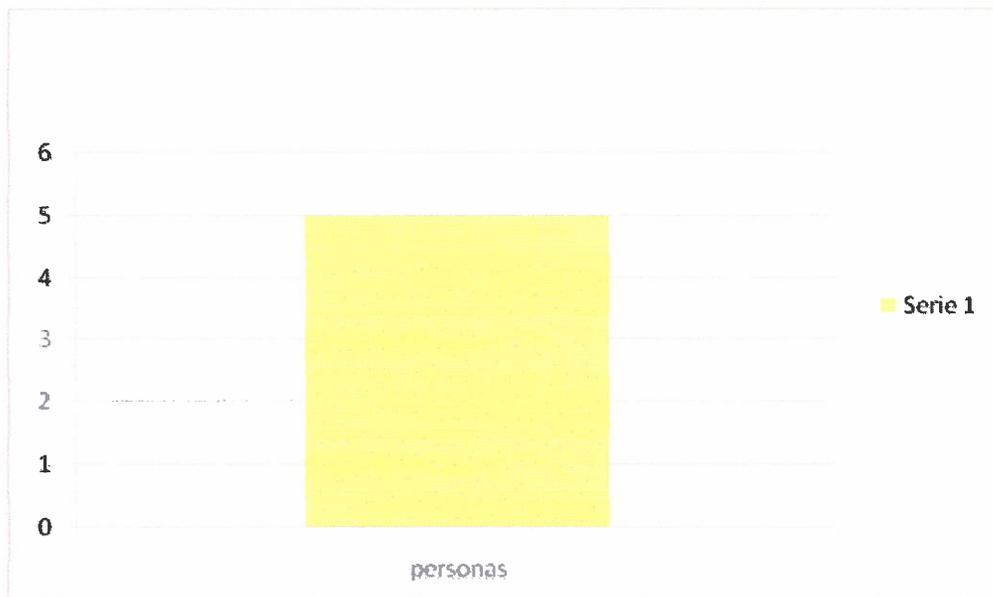


Fuente Propia

4.3 Proyecto de salud mental

Gráfica 9

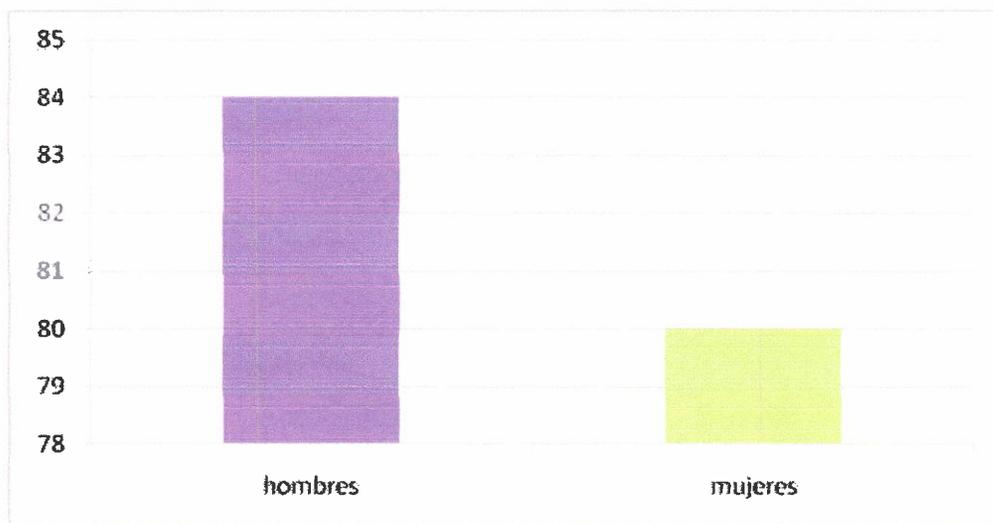
Número de personas atendidas individualmente en el proyecto de salud mental



Fuente propia

Gráfica 10

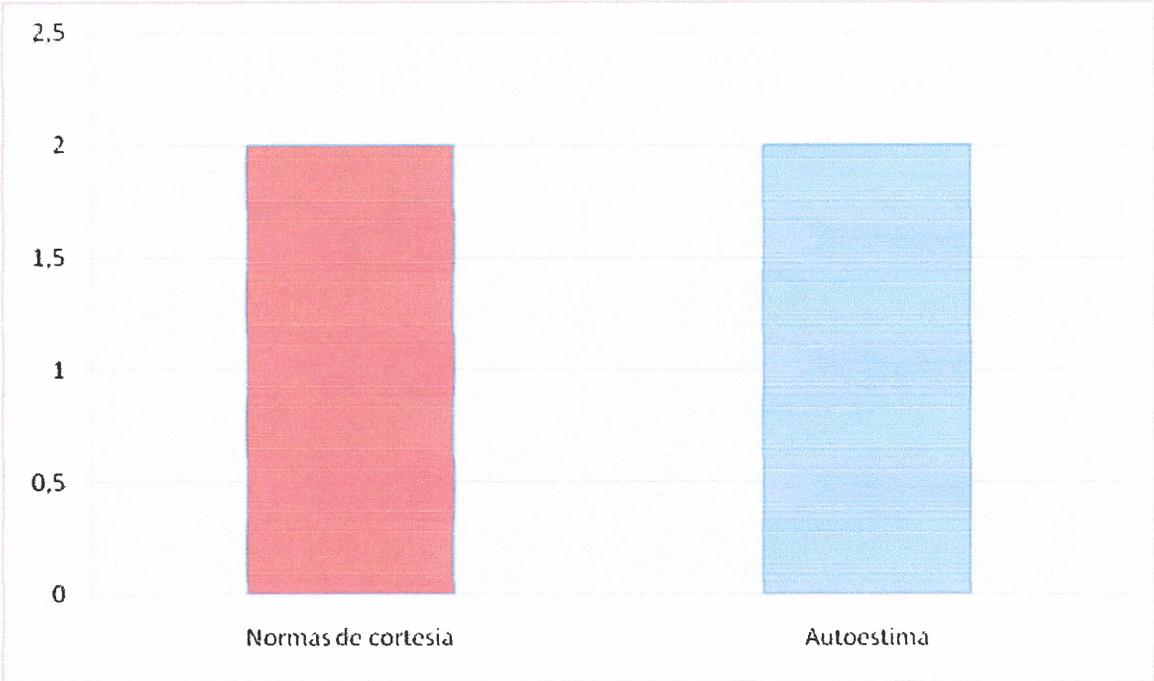
Número de personas atendidas grupalmente



Fuente propia

Gráfica 11

Temas que se impartieron



Fuente propia

Análisis de resultados

- 1) En la gráfica 1, se observa los pacientes que se atendieron en el centro de práctica por mes, se da a conocer que en el mes de junio se pudo atender más pacientes, que en los otros meses.
- 2) En la gráfica 2, se muestra las edades de los pacientes atendidos y los cuales nos muestra que las personas que buscan ayuda son las que se encuentran entre los 20 y 30 años.
- 3) En la gráfica 3, se muestra el sexo, femenino y masculino, entre los cuales las mujeres tienden a buscar más ayuda que los hombres.
- 4) En la gráfica 4, da a conocer que la religión que más profesan los pacientes es la católica, luego la evangélica y de otros no habían.
- 5) En la gráfica 5, da a conocer el problema que más aqueja a la población atendida y es la violencia intrafamiliar, la cual afecta a un número elevado de pacientes.
- 6) En la gráfica 6, muestra el taller que se llevó a cabo en el colegio Visión de Fe, el cual aportó una autoestima adecuada.
- 7) En la gráfica 7, muestra la charla impartida a la población de mujeres la cual motivo a su autoestima personal.
- 8) En la gráfica 8, muestra las personas atendidas en el proyecto impartido el cual fue una cantidad aceptable.
- 9) En la gráfica 9, muestra el número de personas, los cuales fueron beneficiados con el proyecto.
- 10) La gráfica 10, muestra los temas impartidos en el proyecto de salud mental los cuales fueron de beneficio para la población.

Conclusiones

- 1) Es importante fomentar en la población la búsqueda de ayuda profesional, la cual le dará una guía útil en la resolución de sus conflictos a los cuales se enfrenta.
- 2) Es importante que los varones puedan reconocer que el buscar ayuda no es sinónimo de debilidad, si no que es importante para poder lograr una estabilidad en su vida.
- 3) Realizar campañas que fomenten la unidad familiar es importante para poder contrarrestar la violencia intrafamiliar, la cual está generando en la sociedad un desequilibrio que está afectando a todos los sectores.
- 4) Los talleres realizados son una aportación para que las personas puedan tomar en cuenta que su vida es importante a través de una autoestima adecuada y la práctica de valores nos hacen personas respetables.

Recomendaciones

- 1) Es importante estar bien informado de la atención adecuada que se le dará al paciente, pues de ella depende para que se lleve a término la terapia.
- 2) Los pacientes deberán adquirir el contrato que lo comprometen a empezar y terminar adecuadamente la terapia.
- 3) Dar a conocer la importancia de los psicólogos en la población guatemalteca, pues se tiene una mala información y por lo cual no se tiene la confianza de acudir a ellos.
- 4) Fomentar una escuela de padres la cual dará a conocer lo importante que es la familia y así poder contrarrestar los problemas que se tienen por la inestabilidad emocional que se sufre por los miembros de ella cuando se ve afectada por la violencia que se vive en su núcleo.

Referencias

- Aguilar E. (2006). Domina la Autoestima (1ra. Ed.). México: Editorial Árbol.
- Chris L. Kleink (1,994), Principios communes en psicoterapia, Estados Unidos: Editorial Declee De Brouwer, S.A.
- Cormier W.H. y Comier, L.S. (1992). Estrategias de entrevista para terapeutas. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Garcia, Jorge M, (1980), Guía de Técnicas de investigación, Guatemala. Editorial Serviprensa Centroamericana.
- Gary Collins y Mijangos Sergio (1992), Consejería Cristiana, Michigan Estados Unidos, Editorial Portavoz.
- Hormachea, David (1798), Cartas a mi amiga maltratada, Estados Unidos. Editorial Caribe.
- Laing, R.D. (1974), "El yo Dividido" Fondo de Cultura Económica. Editorial Grijalbhop.
- Laing, R.D.(1990), "Los locos y los cuerdos" Editorial Grijalbop.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (Edición Electrónica)
- http://hepc.uth.tmc.edu/spanish_schizophrenia.htm
- <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Cognitiva/psicosis.htm>
- <http://www.multikulti.org.uk/es/health/understanding-schizophrenia/>
- [www.psicofarmacologia.bizland.com/ esquizo.html](http://www.psicofarmacologia.bizland.com/esquizo.html)

ANEXOS

Anexo 1 Fotografias de la Liga de Higiene Mental

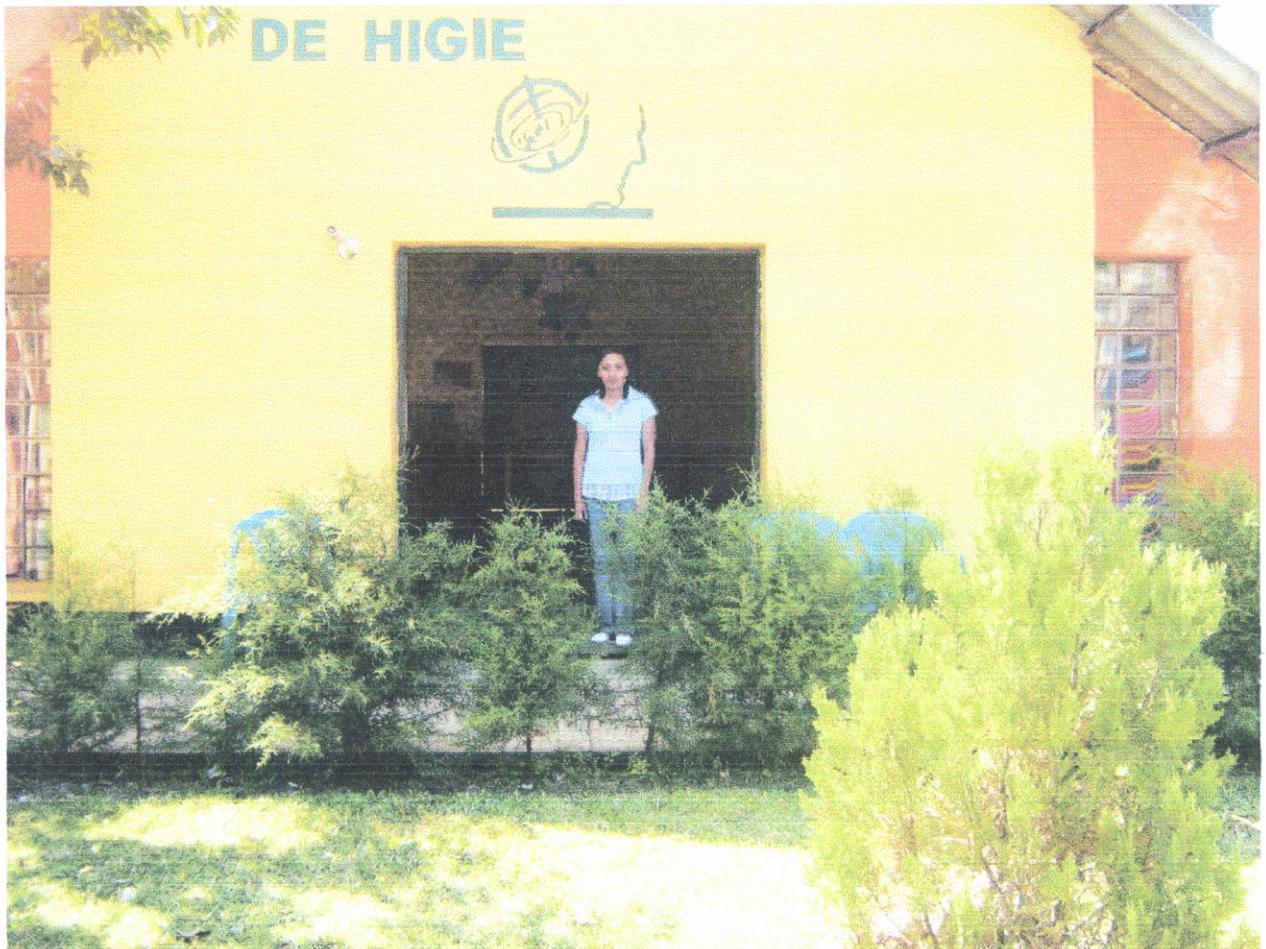
Anexo 1
Fotografías de la Liga de Higiene Mental





Entrada del salón principal





Alumna practicante

Salón de atención a casos



Parquecito



Paciente atendida

0

Anexo 2 Fotografías de capacitación

Anexo 2

Fotografías de capacitación





Capacitación a padres y madres de familia de la Escuela Oficial Rural Mixta Aldea Bola de Oro

Fotografías de capacitación



Capacitación a los alumnos del Colegio Cristiano Mixto Visión de Fe

0

Anexo 3 Horas realizadas de Práctica y Planificaciones

p

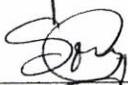
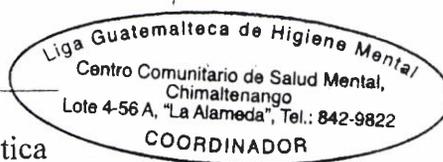
Horas de Práctica:**Anexo 3**

Fecha	Lugar	Horas
22-01-08	La reunión se realizo en un salón provisional.	3
29-01-08	La reunión se realizo en un salón provisional.	3
12-02-08	La reunión se realizo en las instalaciones de la Universidad.	2
04-02-08	La reunión se realizo en las instalaciones de la práctica.	2
20-02-08	La observación realizada en el Centro de ayuda psicológica.	2

12 Total



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: Mes de enero 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 15 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
22/01/2008	5	
23/01/2008	5	
29/01/2008	5	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR

Va Bo.



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: Mes de febrero 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 8 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
12/02/2008	4	
21/02/2008	4	



Va. B.o.



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de marzo 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 28 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
03/03/08	4	
04/03/08	4	
10/03/08	4	
11/03/08	4	
13/03/08	4	
24/03/08	4	
26/03/08	4	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR

V. B.



INFORME MENSUAL DE HORAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 30 de abril 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 30 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Horas de Práctica:

Fecha	No. de horas	Firmas
01-04-08	3	
07-04-08	3	
08-04-08	3	
14-05-08	3	
15-04-08	3	
21-04-08	3	
22-04-08	3	
28-04-08	3	
29-04-08	3	
30-04-08	3	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de mayo 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 33 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
05/05/08	4	
06/05/08	4	
12/05/08	4	
16/05/08	4	
19/05/08	5	
20/05/08	4	
26/05/08	4	
27/05/08	4	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR

V. B.



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de junio 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 28 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
02/06/08	4	
03/06/08	4	
09/06/08	4	
10/06/08	4	
16/06/08	4	
17/06/08	4	
24/06/08	4	



V. B.



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de julio 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 32 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
07/07/08	4	
08/07/08	4	
14/07/08	4	
15/07/08	4	
21/07/08	4	
22/07/08	4	
28/07/08	4	
29/07/08	4	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR

Vo. Bo.



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de agosto 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 36 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

Fecha	No. Horas	Firma
04/08/08	4	
05/08/08	4	
11/08/08	4	
12/08/08	4	
18/08/08	4	
19/08/08	4	
22/08/08	4	
25/08/08	4	
26/08/08	4	

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR

Vo. Bo.



PLANIFICACION GENERAL DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Periodo: De enero a noviembre del año 2,008.

Lugar: Liga Guatemalteca de Higiene mental.

Encargado de Centro de práctica: Israel Félix López Ramos.

Catedrática: Licda. Sonia Pappa.

Alumna Practicante: Sandra Magnolia Simaj Ajmac.

Mes	Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Enero	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el proceso a seguir durante el periodo de la práctica profesional dirigida. -Identificar la metodología aplicada durante el proceso de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Información sobre la programación de la práctica. -Instrucciones sobre metodología a utilizar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Observación -Seguimiento de instrucciones. -Inductiva 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Lapiceros -Cuadernos -Computadora -Centro de reunión -Humano 	<ul style="list-style-type: none"> -Tener el conocimiento necesario para realizar la programación de práctica profesional dirigida.

Mes	Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Febrero	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar una planificación general de las actividades a realizar durante el periodo de práctica. -Establecer los primeros contactos con los encargados del centro de práctica por medio de la observación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrega de la planificación general. -Solicitud de realización de práctica que llene el perfil requerido. -Contacto inicial con autoridades del centro de práctica. -Implementación sobre observación. -Entrega de cartas de autorización a la universidad para realizar la práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Deductiva -Observación 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Computadora -Lapicero -Centro de reunión -Cuadernos 	<ul style="list-style-type: none"> -Planificar de una manera ordenada las diversas actividades a realizar en el periodo de práctica.
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer más a fondo el funcionamiento de centro de práctica a través de una guía de observación. -Conocer las diversas técnicas que existen para realizar una entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación al centro de práctica. -Entrega de planificación general de actividades del centro de práctica. -Entrega de informe de observaciones -Implementación sobre entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista -Inductivo 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Lapicero -Cuadernos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lograr establecer un vínculo con el centro de práctica. -Dominar las diversas técnicas de entrevista.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Abril	-Recordar los conocimientos adquiridos durante la carrera por medio del abordaje de los diferentes casos.	-Abordaje de casos, entrevistas. -Evaluación del paciente. -Pruebas proyectivas. -Retroalimentación de conocimiento.	-Abordaje de casos -Entrevista -Observación -Resolución de casos	-Hojas -Lapiceros -Cuadernos -Libros -Centro de práctica -Internet, etc.	-Poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera.
Mayo	-Realizar el abordaje de casos utilizando documentos de registros de los mismos.	-Elaboración de historias clínicas, discusiones de casos. -Uso de documentos de registro. -Abordaje de casos.	-Abordaje de casos. -Historias clínicas -Discusión de casos. -Lecturas.	-Hojas -Lapiceros -Cuadernos -Libros -Centro de práctica y de reunión.	-Usar de manera adecuada los diferentes documentos de registro en la elaboración de historias clínicas y elaboración de casos.

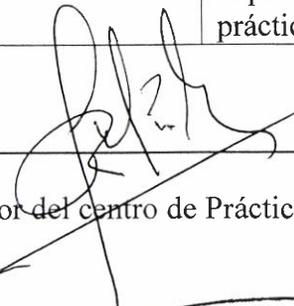
Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Junio	<ul style="list-style-type: none"> -Llevar un seguimiento de la evaluación de los casos atendidos. -Cooperar con las diferentes necesidades que se requieran en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de evolución de casos, diagnósticos y tratamiento. -Actividades que requiera el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Observación -Entrevista -Abordaje de casos -Historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas -Lapiceros -Computadora y de reuniones. -Hojas de evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> -observar el progreso que tienen los pacientes atendidos. -Llevar a cabo las diferentes actividades que requieren en el centro de práctica.
Julio	<ul style="list-style-type: none"> -Plantear los diferentes casos tratados y darles una psicoterapia adecuada a su problema. -Cooperar con las diferentes actividades que se requieran en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación y discusión de casos. -Tratamiento de psicoterapia en los casos atendidos. -Actividades por requerimiento en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoterapia -Discusiones -Lecturas -Observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Lapicero -Centro de práctica y de reunión 	<ul style="list-style-type: none"> -Dar el tratamiento adecuado a los diferentes tipos de trastornos mentales. -Llevar a cabo de manera exitosa las diferentes actividades que requiere el centro de práctica.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> -Llevar al proceso final de casos atendidos durante la práctica. -Indagar sobre posible problemáticas presentadas en la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Informe final de casos atendidos (cierre de casos). -Clausura y despedida del centro de práctica. -Entrega proyecto de salud mental para revisión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proyecto -Inductivo 	<ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Lapicero -Cuadernos -Libros -Centro de práctica y de reunión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Culminar de manera exitosa cada uno de los casos atendidos, así como la estancia en el centro de práctica. -Realizar la presentación de proyecto de salud mental para su revisión.
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> -Implementar un proyecto de salud mental a la población necesitada. -Prevenir en la población situaciones en las que se vea afectada su salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecución de proyecto de salud mental. -Capacitación a grupos en conflicto. -Jornada psicológica. -Primera revisión de informe final. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proyecto -Capacitaciones -Jornadas -Observaciones -Entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> -Tests -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Centro de práctica y de reunión -Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> -Llevar a la práctica el proyecto de salud mental a la población necesitada. -Crear conciencia de los beneficios que trae el cuidado de la salud mental.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Octubre	-Dar a conocer las actividades realizadas durante la ejecución de proyectos de salud mental. -Presentar el informe final para que pueda ser revisado.	-Informe del proyecto de salud mental. -Segunda revisión de informe final de práctica.	-Informe -Observación -Deductivo	-Lugar donde se ejecutara el proyecto. -Computadora -Cuadernos -Hojas -Lapiceros -Financieros	-Informa de manera concisa el proyecto de salud mental ejecutado.
Noviembre	-Presentar de forma objetiva el informe final para su y última revisión -Realizar exitosamente el examen final de práctica	-Tercera revisión de informe final de práctica. -Entrega final de informe de práctica.	-Informe -Prueba -Objetiva.	-Hojas -Computadora -Lapiceros, etc.	-Aprobación del informe final de la práctica. -Dar a conocer los conocimientos aprendidos durante el proceso de práctica.

F. 

Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida: Licda. Sonia Pappa

F. 

Coordinador del centro de Práctica: Israel López

F. _____

Alumna Practicante Sandra Magnolia Simaj Ajmac





INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 23 de febrero de 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

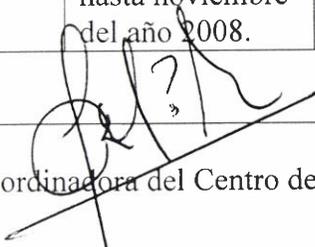
TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 15 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
22/01/2008	Se efectuó una reunión en un salón provisional para dar a conocer el conocimiento de generalidades y el cronograma de actividades de la práctica.	Lugar de reunión, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	Ninguno	Ninguno.	Cronograma de actividades de práctica profesional dirigida.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
22/01/2008	Se realizó una planificación de las actividades para ejecutarlas en el centro donde realizará la práctica profesional dirigida.	Lugar de reunión, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	Ninguno	Ninguno	La planificación de práctica profesional dirigida	Ninguno
23/01/2008	Se redactó una carta para la solicitud de la práctica profesional dirigida, la que sería presentada al Decano de la Facultad de Ciencias de la educación.					

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
29/01/2008	Se realizó una reunión en un salón donde se dió a conocer a través de la catedrática, las instrucciones sobre la metodología a utilizar en la práctica, se detallada por mes, desde enero hasta noviembre del año 2008.	Lugar de reunión, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	Ninguno	Ninguno	La planificación de práctica profesional dirigida	Ninguno



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica



Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 23 de febrero de 2008

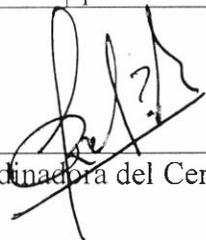
NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac.

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 15 horas

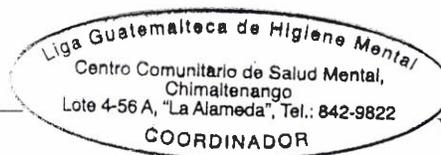
FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
12/02/2008	La reunión se realizo en la universidad en el curso de práctica, donde se trabajo por grupos, la elaboración de una guía de observación, que posteriormente se presentará a las que se visito.	Lugar de reunión, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	Ninguno.	Ninguno.	Cronograma de actividades de práctica profesional dirigida.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
12/02/2008	Se realizó una investigación sobre la observación, la cual fue presentada a la catedrática posteriormente para ampliar los conocimientos y que estos sean un fundamento para el inicio de la práctica profesional dirigida.	Lugar de reunión, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	Ninguno.	Ninguno.	La observación.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
21/02/2008	Se realizó la guía de observación en el Juzgado de Menores de Chimaltenango con el fin de realizar la observación planificada	Lugar de investigación, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	Ninguno.	Ninguno.	La Observación	Ninguno



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica




Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de marzo 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 18 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
03/03/2008	Presentación al centro de práctica para iniciar la guía de observación y fijar fecha para empezar de lleno la práctica profesional dirigida.	Lapiceros, hojas, centro de práctica.	Ninguno	Ninguno pues no se atendió casos individuales.	Guía de observación.	No se encontraba el encargado para darnos información.

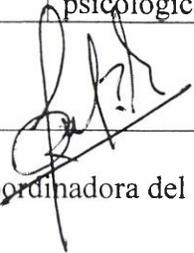
FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
04/03/2008	Asistencia a la sede de la Universidad para tratar aspectos relevantes como: horas, días, meses, relacionados a la práctica. Orientación sobre los lineamientos para la entrega de trabajos académicos. Actividades de relajación.	Cuadernos, lapiceros, escritorios, pizarrón, manual de trabajos académicos, aula, sede de la Universidad.		Lineamientos sobre entrega de trabajos. Análisis del manual para la entrega de trabajo.		

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
10/03/2008	Se realizo la presentación al centro de práctica para establecer los primeros contactos con el encargado del centro. Por medio de una conversación referente a la situaciones que se han dado en el lugar.	Centro de práctica, cuadernos, hojas, lapiceros, sillones, mesa.		Primeros contactos con el encargado del centro de práctica.		

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
11/03/2008	Entrega de carta al director del Colegio en Computación Morazán Ubicado en San Miguel El Tejar, Chimaltenango para promover la atención psicológica que se presentara en el centro de práctica.	Carta, dinero, buses, colegio, lapiceros, cuadernos.			Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestará en el centro de práctica.	

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
13/03/2008	Entrega de carta al director del Colegio Liceo Cristiano Hispanoamericano ubicado en Chimaltenango para promover la atención psicológica que se prestará en el Centro de práctica.	Cartas.			Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestará en el centro de práctica.	
24/03/08	Entrega de carta a la directora del Colegio CIC ubicado en Chimaltenango para promover la atención psicológica que se presentará en el centro de práctica.	Carta			Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestará en el centro de práctica.	

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
26/03/2008	Presentación al Centro de práctica para conocer a las demás practicantes de otra universidad que se encuentran atendiendo pacientes por la mañana, quedando asignas horas, días meses los cuales se prestara la atención psicológica.	Centro de práctica, cuadernos, sillones, hojas, lapiceros, sillas.			Conociendo el ambiente donde se efectuara la práctica.	



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica




Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 30 de abril 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIÓ AL CENTRO DE PRÁCTICA: 30 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
01/04/2008	Reunión al centro de práctica para recibir información sobre como llevar el registro de los pacientes que se atenderán.	Lapiceros, hojas, centro de práctica.	Ninguno	Ninguno pues no se atendió casos individuales.	Guía de observación.	No se encontraba el encargado para darnos información.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
07/04/2008	Asistencia al centro de práctica, no se trabajo con pacientes por qué no hubo , se converso con el psicólogo sobre el tema de cómo llevar a cabo una entrevista, y el nos dio instrucciones de cómo llenar una ficha que ellos manejan dentro del centro de práctica con datos importantes del paciente	Lapicero, hojas, fichas.	Ninguno	Ninguno	Proceso de una entrevista. Cómo se debe llenar una ficha para tener los datos más importantes del paciente.	No atender a ningún paciente.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
08/04/2008	Asistencia al centro de práctica, Entrevista inicial con la madre de Nissi Alegria quien refiere que su hija come mucho aunque ya la trato con su pediatra, también que su hermana mayor la rechaza y no puede pronunciar algunas letras se trabajo en forma individual para romper el hielo con la paciente.	Hojas, lapiceros, lápiz.	No. 1	El que su hermana la rechaza.	Entrevista inicial. Llenar la ficha de registro. Primeros contactos con la paciencia.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
12/04/2008	Asistencia al centro de práctica, Entrevista inicial con la madre de Gabriel Alejandro Toledo quien refiere que el niño tiene problemas del habla.	Lugar de reunión, mesa, sillas cuaderno, lapiceros, hojas, computadora, etc.	N.2	El niño no habla.	Entrevista inicial.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
15/04/2008	Asistencia al centro de práctica, se trabajo la segunda sección en observar como interactuaba con la hermana y individualmente.	Hojas, crayones, juegos.	No.1	El rechazo que la hermana tiene en la niña.	-La observación.	Ninguno
21/04/08	Asistencia al centro de práctica, Interactuar con el niño para poder observar sus comportamiento y si menciona alguna palabra o balbucea.	Plasticina, juegos, crayones, hojas.	No.2	El niño no habla	-La observación	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
22/04/2008	Asistencia a la universidad para realizar el primer examen parcial del libro de la entrevista psiquiátrica.	Libros, hojas, lapicero.	Ninguno	Ninguno	El proceso de la entrevista.	Ninguno
28/04/2008	Asistencia al centro de práctica Se lleno el informe clínico con ayuda de la madre.	Ficha clínica, lapicero.	No.2	Ninguno	Ficha clinica	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
29/04/2008	Asistencia a la práctica, la paciente no asistió.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	La inasistencia de la paciente.
30/04/2008	Asistencia al centro de práctica, para realizar una evaluación del mes junto con el encargado del centro de práctica y los compañeros de la universidad.	Cuadernos, lapiceros, sillones, sillas, hojas.	Ninguno	Ninguno	Evaluación de actividades realizadas durante el mes de abril.	Ninguno

Vo.Bo. _____

Coordinadora de Práctica Profesional Dirigida

Vo.Bo. _____

Coordinador del Centro de Práctica





INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango
FECHA: 31 de mayo 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac
TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 30 horas
COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
05/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se realizó un ejercicio para descartar que el paciente no tuviera dificultades con algún pliegue de su lengua.	Una paleta Hojas Crayones	N.1	Problemas del habla.	Problemas del habla.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
06/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se aplicó el test de la familia humana a la paciente.	Hojas Lápiz Mesa Sillas	No.1	La paciente está muy identificada con su hermana.	Test de la familia humana	Ninguno.
12/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, para planificar la actividad del día de la madre Entrevista inicial con una nueva paciente.	Hojas Lapiceros Cuaderno Sillas	No.1	Ninguno	Planificación de actividades. Entrevista inicial	Ninguno
16/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, celebración del día de la madre	Adornos Refacción Sillas Regalos Recursos humanos, etc.	Ninguno	Ninguno	Coordinación de actividades del Día de la Madre.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
19/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, llenar fichas.	Lapicero Fichas Hojas	Ninguno	Ninguno	Llenado de fichas del centro de práctica.	El estado climático
20/05/2008	-Asistencia a la sede de la universidad, se trabajo sobre temas como: Historias clínicas y técnicas de relajación.	Pizarrón Marcadores Almohadilla Cuadernos Lapiceros Escritorios	Ninguno	Ninguno	Elaboración de una Historia Clínica, técnica de relajación	Ninguno
26/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, inicio con una paciente.	Hojas Lapicero	No.1	La paciente se encuentra afectada por el maltrato intrafamiliar que vivió con su ex - esposo.	Entrevista Inicial	La ansiedad que tiene, que todo salga bien.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
27/05/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Se trabajo con la paciente sobre el rechazo que tiene su hermana hacia ella.	Pelota, Juegos.	No.1	Rechazo de la hermana mayor hacia la niña.	La autoestima.	Ninguno.



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica




Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de junio 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 30 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
02/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica, terapia breve de emergencia.	Mesa, Sillas, Lapicero, Hojas.	N.1	La paciente está afectada por los problemas que encuentra en el hogar de su hija y no sabe qué hacer.	Entrevista inicial.	El estado climático fue lluvioso eso impidió que los pacientes asistieran.

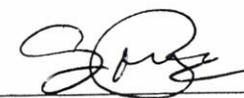
FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
03/06/2008	Primeros contactos con la paciente, Entrevista inicial.	-Hojas -Lapiceros	No.1	La paciente confunde la b con la d y esta triste porque no tiene hermanos.	Entrevista inicial.	Ninguno.
9/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se lee un libro acerca de los problemas de aprendizaje.	-Libro -Lapiceros -Hojas.	Ninguno	Ninguno	Problemas de aprendizaje.	El estado climático fue lluvioso.
10/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica. Se revisan los cuadernos de la paciente para verificar como escribe y cuál es el problema que tiene.	-Hojas -Lápiz -lapiceros	No.1	Confunde la d con la b	Problemas de escritura.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
17/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se trabajo el test de la familia El cuento de las hormigas.	Hojas, lápiz, Crayones, Cuentos, Mesa, Silla.	No.2	ninguno	Test de la familia humana El cuento de las hormigas.	Ninguno
16/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se trabajo el taller de autoestima.	Hojas, Mesa, Silla.	No.1	Baja autoestima Ansiedad	Autoestima.	El estado climático fue lluvioso.
17/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Se trabajó el ejercicio de buscar cualidades.	Hojas, Lápiz, Crayones, Cuentos, Mesa, Silla.	No.1	Ninguno	Cualidades	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
24/06/2008	Asistencia a la sede de la Universidad, se trabajo el uso del DSM IV, también sobre la evolución que han tenido los casos, se asignaron temas y fechas para las exposiciones.	Pizarrón, Marcadores Almohadilla DSM IV Fotocopias Cuadernos Lapiceros Hojas Escritorios	Ninguno	Ninguno	El uso del DSM IV.	Ninguno



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de julio 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 30 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
07/07/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Se lleno unas hojas de la práctica.	Hojas Lapicero	Ninguno	Ninguno	Llenado de hojas de la práctica.	El estado climático fue lluvioso eso impidió que los pacientes asistieran.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
08/07/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Terapia en grupo.	Hojas Lapiceros Hojas Papel Construcción.	No.1	Las hermanas no se llevaban bien.	Las habilidades de los individuos.	Ninguno.
14/07/2008	Asistencia al Centro de Práctica, La silla vacía.	Un sillón Una silla	N.1	Mecanismo de defensa, negación.	La silla vacía	Ninguno
15/07/2008	Asistencia al Centro de Práctica. Se realizo una terapia breve de emergencia.	Hojas Lapiceros Papel	N.1	La paciente se siente culpable por el pasado que le toco vivir.	Entrevista inicial.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
21/07/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Ejercicio de relajación.	Hojas Lápiz Crayones Cuentos Mesa Silla.	No.1	La paciente se sentía muy ansiosa.	Ejercicio de relajación.	Ninguno
22/07/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Se trato sobre el tema de la alimentación.	Hojas Mesa Silla.	No.1	Alimentación inadecuada.	La alimentación	El estado climático fue lluvioso.
28/06/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Se lee un libro acerca de los vicios.	Libro	Ninguno	Ninguno	Los vicios	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
29/07/2008	Asistencia a la práctica, Se lee el CIE 10	Libro.	Ninguno	Ninguno	Problemas alimenticios.	Ninguno



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
 Centro Comunitario de Salud Mental,
 Chimaltenango
 Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
 COORDINADOR



Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
 Licda. Sonia Pappa



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

LUGAR: Chimaltenango

FECHA: 31 de agosto 2008

NOMBRE DEL ALUMNA (O) PRACTICANTE: Sandra Magnolia Simaj Ajmac

TOTAL DE HORAS QUE ASISTIO AL CENTRO DE PRÁCTICA: 32 horas

COORDINADORA DE PRÁCTICA: Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
04/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, atención a una paciente.	Hojas, Lapicero.	No.1	La niña come mucho	Hábitos adecuados de la alimentación.	El estado climático fue lluvioso eso impidió que los pacientes asistieran.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
05/08/2008	Asistencia a la sede de la Universidad, se trabajo las indicaciones para presentar los informes de los casos atendidos y se realizo un ejemplo de cómo elaborar una historia clínica.	Hojas Lapiceros Hojas Papel Construcción.	Ninguno	Ninguno	Indicaciones de los informes. Historia clínica	Ninguna
11/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, El coordinador nos compartió unas copias del CIE 10	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Lectura del CIE 10	No llegaban más pacientes.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
12/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, Se atendió a una paciente.	Ninguno	No.1	Problemas para adaptarse.	Entrevista inicial	Ninguno

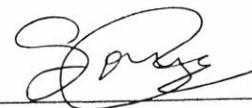
FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
18/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se atendió a una paciente con post-operación	Hojas Lapicero Mesa Silla.	No.1	La paciente se sentía muy ansiosa.	Traumas después de las operaciones.	Ninguno
19/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, se trabajó la pronunciación de la letra r.	Hojas Mesa Silla.	No.1	Ninguno	Problemas de pronunciación.	Ninguno
22/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, a una reunión convocada por el asesor de práctica.	Sillas Cuadernos	Ninguno	Ninguno	Logros que se alcanzaron en la práctica y por los beneficios obtenidos.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTÁCULOS
25/08/2008	Asistencia al Centro de Práctica, última sección con la paciente.	Sillas Mesa Lapicero, etc.	Ninguno	Ninguno	Como preparar el clima adecuado para una despedida adecuada.	Ninguno
26/08/2008	Asistencia a la práctica, despedida de la paciente	Lugar Comida Mesa Silla	N. 1	Ninguno	Como afrontar las despedidas de una forma adecuada.	Ninguno



Vo.Bo. Coordinadora del Centro de Práctica

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
 Centro Comunitario de Salud Mental,
 Chimaltenango
 Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
 COORDINADOR



Vo.Bo. Coordinadora de la Práctica Profesional Dirigida
 Licda. Sonia Pappa

Anexo 4 Hoja de datos generales de pacientes

Nombre: _____

Anexo 4

Datos del paciente.

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre de padres de encargado: _____

Motivos de consulta: _____

Escolaridad: _____

Establecimiento: _____

Religión: _____

° Anexo 5 Informe clínico

ANA

todos Diagnósticos II

da. Elizabeth Herrera

docente, Lic. Vivian Poggio

Anexo 5

INFORME CLÍNICO

1. Datos generales:

- a. Nombre
- b. Fecha de nacimiento
- c. Edad
- d. Nombre de la madre
- e. Nombre del padre

2. Motivo de consulta:

3. Historia del problema actual:

4. Historia clínica

- a. Historia prenatal
- b. Lactancia, alimentación, lenguaje y evolución neuropsíquica:
- c. Escolaridad
- d. Historia médica

5. Historia familiar

- a. Entorno familiar
- b. Genograma

6. Examen del estado mental

- I. Apariencia: Incapacidades físicas y Asepsia
- II. Actitud ante el entrevistador
- III. Conducta y actividades psicomotoras:
- IV. Afecto y humor:
- V. Características del lenguaje:
- VI. Percepción:
- VII. Proceso y contenido del pensamiento:
- VIII. Funcionamiento sensorial y cognitivo:

7. Pruebas aplicadas

(Todas las pruebas detalladas con sus respectivos resultados)

8. Impresión diagnóstica

9. Diagnóstico Multiaxial

Eje 1: Trastornos Clínicos u otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje 2: Trastornos de la personalidad. Retraso Mental

Eje 3: Enfermedades Médicas

Eje 4: Problemas Psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos al ambiente social

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas laborales

Problemas de vivienda

Problemas económicos.

Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen

Otros problemas

Eje 5: Evaluación de la Actividad Global EEAG

10. RECOMENDACIONES

(Ejercicios y entrenamiento en casa, institución educativa, etc.)

DESARROLLO DEL LENGUAJE

buceo _____ Primeras Palabras _____

neras frases _____

mino de defectos de pronunciación _____

bilidad para relatar acontecimientos _____

ESCOLARIDAD

ad de inicio _____

aptación _____

racterísticas de aprendizaje _____

titud hacia el estudio _____

repetido grado Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

manifestado dificultades para aprender _____

titud de Padres ante la dificultad _____

legios a los que ha asistido:

e primaria _____

maria _____

ásicos _____

versificado _____

formes escolares _____

SEXUALIDAD

iriosidad _____

do _____

titud de Padres _____

ANTECEDENTES

Concepción, gestación y nacimiento _____

Actitud ante el embarazo _____

Características del embarazo _____

Parto:

Termino _____ Prematuro _____ Normal _____ Cesárea _____

Color al nacer: Normal _____ Amarillo _____ Morado _____

Cuánto tiempo: _____

Llanto inmediato: Si _____ No _____

Asfixia _____ Malformaciones _____ Otros: _____

Complicaciones _____

Lactancia y Alimentación

Tomó leche materna: Si _____ No _____

Cuanto tiempo: _____

Alimentación con pacha de _____ a _____

Apetito: Normal _____ Exagerado _____ Ausente _____

Evolución Neuropsíquica (Anotar Edades)

1. Fijación de la cabeza _____

2. Gatear _____

3. Sentarse _____

4. Caminar _____

5. Pararse _____

Movimientos:

1. Hiperactivos _____ 2. Hipoactivos _____ 3. Automáticos _____ 4. Asociados _____

5. Balanceo sentado _____

Dejo de usar pañal: Diurno _____ Nocturno _____

Enfermedades: _____

Hospitalizaciones: _____

Medicamentos: _____

FICHA CLINICA

Fecha de entrevista: ____/____/____

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Tel. _____

Celular: _____ Tel. _____

Ocupación: _____ Grado: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Medico: _____ Tel. _____

¿Ha sido evaluado neurologicamente: Si No

Nombre del Medico: _____

¿Se posee informes de la evaluación neurológica: Si No

¿Evaluación Psicológica anterior: Si No

Nombre del Psicólogo: _____

Profesión: _____ Tel. _____

¿Ha recibido Terapia: Si No

Nombre: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Inicio de Síntomas _____

FAMILIA ACTUAL

hogar integrado: Si _____ No _____

nombre, edad y sexo de los hermanos:

- 1. _____ 2. _____
- 3. _____ 4. _____
- 5. _____ 6. _____

otras personas que viven con el niño _____

ocupación del Padre _____

ocupación de la Madre _____

nivel socioeconómico _____

I. RELACIONES EN SU AMBIENTE FAMILIAR

agresividad: _____

dependencia: _____

abandono: _____

humor: _____

II. HÁBITOS

comerse las uñas: _____ Chuparse el dedo: _____ Chuparse el pelo: _____

otros: _____

hábitos de Juego: _____

<i>Área Cognitiva</i>	<i>Área Académica</i>	<i>Área Emocional</i>

Firma del Padre

Firma de la Madre

EXAMEN MENTAL

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

LUGAR: _____

ASPECTO:

- Vestuario apropiado
- Vestuario inapropiado
- Peso adecuado
- Muy delgado (a)
- Pasado de peso
- Tiene cicatrices
- Presenta golpes
- Oncofagia (Se come las uñas)
- Se ve sucio (a)
- Se ve limpio (a)
- Tiene manchas
- Tiene tics
- Manerismos
- Otros: _____

HUMOR Y SENTIMIENTOS:

- carifoso (a)
- Colaborador (a)
- Amable
- Inseguro (a)
- Enojado (a)
- Agresivo (a)
- Inquieto (a)
- Desconfiado (a)
- Desanimado (a)
- Triste
- Alegre
- Temeroso (a)
- Tranquilo (a)
- Intranquilo (a)
- Ansioso
- Nervioso
- Impaciente
- Otros: _____

ORIENTACIÓN Y PERCEPCIÓN

Orientado (a) en:

- Tiempo
- Espacio (lugar)
- Persona
- Sabe cuál es su izquierda y derecha

Percepción:

- Capta la realidad
- Maneja fantasías
- Tiene pesadillas
- Tiene alucinaciones
- Tiene ilusiones
- Mira bien
- Oye bien
- Distingue formas
- Tiene mucha imaginación
- Discrimina olores
- Discrimina sabores

MECANISMOS DE DEFENSA

- Negación
 - Represión
 - Proyección
 - Actuación
 - Evasión
 - Racionalización
 - Otros: _____
-

PSICOMOTRICIDAD

FINA:

- Toma bien el lápiz
- Pinta sin salirse del límite
- Puede enhebrar una aguja
- Tiene letra clara
- Puede hacer oalos
- Puede darle cuerda a un juguete
- Arma rompecabezas

GRUESA:

- Coordina sus movimientos
 - Puede cazar la pelota
 - Sube gradas correctamente
 - Salta con coordinación
 - Marcha con ritmo
 - Baila con ritmo
 - Otros: _____
-

PENSAMIENTO:

- Es coherente
- Hila sus ideas
- Asocia conceptos
- Organiza sus ideas
- Puede repetir un cuento o narración
- Posee buena memoria
- Resuelve problemas o enigmas
- Sabe refranes
- Usa deducciones
- Tiene metas o sueños

- Otros: _____

LENGUAJE:

- Adecuado a su edad
- Tartamudea
- Le cuesta decir la r
- Le cuesta pronunciar letras
- Verborrea
- Mutismo
- Ecolalia
- Otros: _____

CONTROL DE ESFÍNTERES:

- Enuresis (se orina en la cama)
- Encopresis (defeca en su ropa interior)
- Normal

SISTEMA DE VALORES:

- Sabe qué es bueno y qué es malo
- Siente culpa cuando hace algo malo
- Tiene ideales
- Tiene buen concepto de sí mismo
- Tiene buen concepto de sus papás
- Tiene buen concepto de los demás
- Roba
- Miente constantemente
- Es vengativo
- Desea el mal a los que lo dañan
- Sigue instrucciones
- Se sale de lo establecido
- Lo castigan frecuentemente en el aula
- Otros: _____

Anexo 6 Hoja de evolución

.....

