

PPD-ED-81
B171

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



BIBLIOTECA UPANA I. 17525

05 MAY 2011

Q. 100.-

**Factores que influyen en la salud mental en las madres de familia del proyecto
Kajih-jel en el municipio de Tecpán Guatemala del departamento de
Chimaltenango
(Informe de práctica profesional dirigida)**

Sara Sucely Bala Pacay

Guatemala, abril de 2011



**Factores que influyen en la salud mental en las madres de familia del proyecto
Kajih-jel en el municipio de Tecpán Guatemala del departamento de
Chimaltenango**
(Informe de práctica profesional dirigida)

Sara Sucely Bala Pacay (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Guatemala, abril de 2011



DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ASUNTO: **Sara Sucely Bala Pacay** estudiante de la carrera de
Licenciatura en Psicología y Consejería Social, de esta
Facultad solicita autorización para la realización de la
Práctica Profesional Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Dictamen No. 003 10/2010

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos del informe de Práctica Profesional Dirigida que es requerido para obtener el título de Licenciatura se resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: "Factores que influyen en la salud mental en las madres de familia del proyecto Kajih-jel en el municipio de Tecpán Guatemala del departamento de Chimaltenango". Está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, la estudiante **Sara Sucely Bala Pacay** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


M.A. José Ramón Ho años Rivera
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano



C.C. Archivo

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

***En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Asociación de
Padres de Familia del Proyecto Kajih-jel, presentado por la estudiante***

Sara Sucely Bala Pacay

*quien se identifica con número de carné 0601228 de la carrera de Licenciatura en
Psicología y Conserjería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido
establecidos por la universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para
que continúe con el proceso correspondiente.*



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**

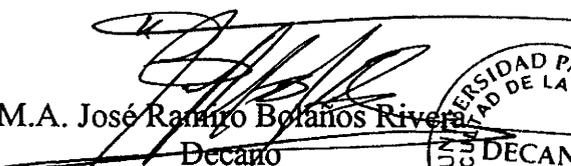
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACION, Guatemala, a los tres días del mes de enero del año dos mil once.-----

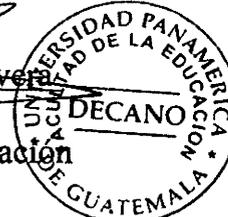
En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Supervisada con la temática:
**Factores que influyen en la salud mental en las madres de familia del proyecto
Kajih-jel en el municipio de Tecpán Guatemala del Departamento de Chimaltenango.**
Presentado por la estudiante: **Sara Sucely Bala Pacay**, previo a optar al grado Académico
de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos
técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen
favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Jacqueline Girón
Revisor (a)

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Factores que influyen en la salud mental en las madres de familia del proyecto Kajih-jel en el municipio de Tecpán Guatemala del departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Sara Sucely Bala Pacay**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1	
Marco de Referencia	3
1.1 Descripción de la Institución	3
1.2 Misión	4
1.3 Visión	4
1.4 Objetivos	5
1.5 Organigrama	5
1.6 Población que atiende	6
1.6.1 Descripción de la población que atiende	6
1.7 Planteamiento del problema	6
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.1 Factores que influyen en la salud mental	7
2.1.1 Salud mental y autoestima	13
2.1.2 Salud mental y alcoholismo	17
2.1.3 Salud mental y la violencia intrafamiliar	19
2.1.4 Salud mental y la pobreza	22
2.2 Factores que influyen negativamente en la salud mental de la mujer	23
2.2.1 Violencia intrafamiliar en la mujer	23
2.2.2 Violencia de género	26

2.2.3 Abuso sexual	29
2.2.4 Madres solteras	31
2.2.5 Divorcio	33
2.3 Psicopatología	35
2.3.1 Historia	35
2.3.2 Principales trastornos psicopatológicos	36
2.3.2.1 Trastornos del estado de ánimo	36
1. Depresión	37
2. Trastorno bipolar	40
2.3.2.2 Trastorno de ansiedad	43
1. Trastorno de crisis de angustia	45
2. Trastorno de estrés postraumático	46
3. Trastorno de pánico	48
4. Fobias específicas	49
5. Trastorno obsesivo-compulsivo	50
2.4 Método de Psicodiagnóstico	52
2.4.1 Etapas del psicodiagnóstico	53
2.4.2 Instrumentos para el psicodiagnóstico	55
1. Informe psicológico	55
2. Historia clínica	55
3. Manual de psicodiagnóstico	57
3.1 Diagnóstico multiaxial	57
3.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV	57
3.3. Clasificación Internacional de enfermedades mentales CIE-10	59
3.4 Guía Latinoamericana de Trastornos Psiquiátricos GLADP	60
5. La entrevista psiquiátrica	61

6. Tests psicológicos	69
2.5 Psicoterapia	82
2.5.1 La relación terapéutica	82
2.5.2 Competencias de la psicoterapia	84
2.5.3 Proceso terapéutico	85
2.5.4 Modelos de la psicoterapia	87
2.5.4.1 Modelo psicoanalítico	87
2.5.4.2 Modelo conductual	89
2.5.4.3 Modelo humanista	89
2.5.4.4 Modelo sistémico	90
2.5.5 Formas de Psicoterapia	90
2.5.5.1 Psicoterapia psicoanalítica	91
2.5.5.2 Terapia conductual	93
2.5.5.3 Terapia humanista	95
2.5.5.4 Terapia sistémica	97
2.5.5.5 Psicoterapias alternativas	98
Conclusiones	106

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Programa de la Práctica Profesional Dirigida	107
3.2 Cronograma de actividades	111
3.3 Planificación de actividades por mes	
Centro de práctica	114
3.4 Subprogramas	120
3.4.1 Programa de atención de casos	120

3.4.3 Programa de capacitación	122
3.4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	125
Capítulo 4	
Presentación de resultados	
4.1 Programa de atención de casos	133
4.1.5 Muestra de 5 casos atendidos	135
4.2 Programa de capacitación	154
4.2.5 Presentación de contenidos de charlas y talleres impartidos	155
4.3 Programas de elaboración de proyectos de salud mental	163
4.3.5 Presentación de proyectos de salud mental	165
Proyecto 1	165
Proyecto 2	169
4.4. Gráficas y análisis de resultados	170
Conclusiones	187
Referencias	188
Anexos	190

Resumen

La práctica profesional dirigida es base fundamental para los alumnos del último grado de la carrera de psicología y consejería social, base para aplicar los conocimientos adquiridos y formados durante años anteriores, donde se mostró la capacidad que se ha desarrollado en la atención de las personas que buscan de la ayuda psicológica.

Es por ello que se torna profesional por la manera en que se tomó el trabajo, dicho espacio fue brindado por una entidad no gubernamental llamada Asociación de Padres de Familia del Proyecto Kajih-jel, que brinda apoyo en diferentes áreas y sectores del municipio de Tecpán Guatemala, apoyando a personas más vulnerables de la salud.

Así mismo, dentro de la práctica profesional se tomó en cuenta la atención directa a las personas enseñando a aplicar nuevas herramientas hacia su propia vida y cambiar su estilo de vida por una más óptima.

Las madres de familia de la institución fueron la parte medular del desarrollo de la práctica profesional, ya que fueron la fuente de inspiración pues se esperaba que mejoraran su salud mental y manejar su liderazgo eficazmente, produciendo en ellas nuevo compromiso con ellas y con su comunidad.

Culminando la práctica se tomó en cuenta las necesidades a nivel nacional, es por ello que se organizó un proyecto a nivel grupal donde se planificó ayudar a las personas que sufrieron por los desastres naturales donde se proporcionó atención psicológica, promoviendo la salud mental en las diferentes comunidades del municipio de Santa Apolonia que satisfactoriamente se obtuvieron buenos resultados, participación y asistencias de las personas que se abocaron al centro de atención.

Introducción

El trabajo de un profesional de psicología debe ser ético, con metas definidas y tener un gran deseo de ayudar para que los resultados sean los esperados por las personas que buscan de su ayuda de acuerdo a las necesidades que presentan.

La práctica profesional dirigida ayuda a los estudiantes próximos a ser profesionales a cumplir con todos los aspectos antes mencionados, así mismo a ampliar los conocimientos sobre el trabajo a realizar y da oportunidad a obtener la experiencia necesaria sobre la atención adecuada a los conflictos de la vida cotidiana de los individuos.

Es por ello que se presenta a continuación el siguiente informe detallando todos los por menores de las actividades que se realizaron durante la realización de la misma, dando a conocer las experiencias alcanzadas.

Brevemente se describe a la institución que abrió las puertas donde se llevó a cabo la práctica, pero sobre todo el programa donde se trabajó, dejando resultados esperados y ambición por continuar con el desarrollo del mejoramiento de la salud mental de las madres de familia del proyecto *Kajih-jel*.

Se describe así mismo los cuatro capítulos que forma parte esencial del informe, como también el proyecto de salud mental que abarca varios aspectos profesionales, los logros y alcances esperados de dicho proyecto.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

Conocer la historia de la institución es importante pues ayudará a describir el trabajo que se realiza durante la Práctica Profesional Dirigida, además es bueno mencionar los objetivos principales que se manejan dentro de la institución y las metas que desean alcanzar, el marco de referencia narra y presenta toda esa información de manera clara y precisa demostrando cada una de esas funciones y la labor social que realiza hasta hoy día.

1. 1. Descripción de la institución

El proyecto *Kajih-jel*, se localiza en el Municipio de Tecpán Guatemala del Departamento de Chimaltenango, dentro del altiplano central de la república, con una extensión territorial de 126 millas cuadradas, a 22 millas de la cabecera departamental y a 55 millas de la ciudad capital.

El proyecto *Kajih-jel* es una entidad privada civil no lucrativa, sin distinción religiosa de asistencia social y técnica afiliada a *Christian Children Fund*, su organización se manifiesta por el Acuerdo Ministerial 260 -94 de fecha Guatemala 9 de agosto de 1994. *Kajih-jel* significa “Cuatro Mazorcas”. En el año 1896 nace la inquietud por medio de un grupo de personas entusiastas, quienes dirigían un proyecto de introducción de agua potable que beneficiaría a cuatro comunidades y de centenares de personas entre ellos niños y adultos, contribuyendo al mejoramiento del medio ambiente y otros.

Concluyendo este proyecto, estas mismas personas y con el entusiasmo que les caracterizaba continuaron con la idea de seguir un nuevo trabajo siempre en el campo de desarrollo, iniciando con ello pláticas con personeros de CCF (*Christian Children Fund*) lográndose inicialmente la aceptación de iniciación de un proyecto en el área de salud con una duración de

18 meses, en comunidades de Tecpán Guatemala y de San Juan Comalapa, ambos municipios del Departamento de Chimaltenango.

Es así como el 1 de septiembre de 1990 se aprueba el proyecto piloto, financiado por el Programa de Apoyo Materno Infantil (PAMI) inaugurándolo en los días subsiguientes, luego se procede a formar su legalidad con su Junta Directiva y la contratación del primer equipo de trabajo. Luego de conformadas ambas partes, se inicia el equipamiento de tres clínicas médicas con el equipo mínimo para la atención primaria de salud, continuando siempre con el trámite para la afiliación a CCF, aprobándose finalmente la misma en octubre de 1991 y nombrando al primer director.

En diciembre del mismo año (1991) se recibió el apoyo de la Asociación SHARE de Guatemala, consistiendo en el apoyo de alimentación lo cual llegó a fortalecer los programas del proyecto. El proyecto Kajih-jel se consolida al aprobarse los estatutos del proyecto en el mes de agosto de 1994, actualmente el proyecto cuenta con tres programas básicamente; siendo estos el programa de salud, de educación y el que corresponde a microcrédito, cada uno de ellos cuenta con un coordinador.

1.2 Misión

“Somos una organización que gestiona y administra recursos con transparencia, que cuenta con tecnología apropiada, generando constantemente capacidad en su personal, brindando servicios de excelencia y que promueva el bienestar de la población guatemalteca en la búsqueda de su calidad de vida”.

1.3 Visión

Ser una organización guatemalteca, no lucrativa, sostenible, sólida, transparente, reconocida, con recurso humano calificado, que presta servicios de calidad y que promueva el desarrollo humano integral de las familias más vulnerables del país.

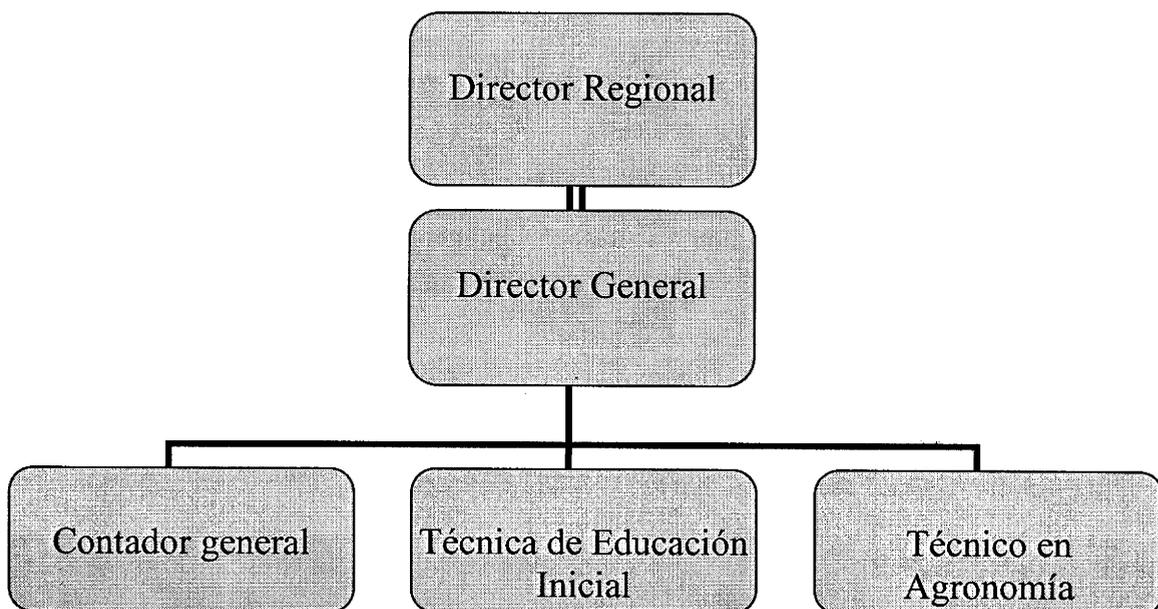
1.3.1 Valores

- Integridad
- Trabajo en equipo
- Excelencia
- Solidaridad
- Armonía

1.4 Objetivos del programa MEI (Modelo de Educación Inicial)

- Lograr la mejor elección de Madres Guías para el buen desarrollo del nuevo modelo.
- Capacitar a todas las madres guías para una atención efectiva hacia los niños que participan en el programa.
- Supervisa las actividades de la madre guía por el TEI.
- Desarrollar actividades de educación inicial, con los niños dos veces al mes.
- Que el nuevo modelo de educación inicial contribuya al progreso de atención hacia la población afiliada.

1.5 Organigrama de la institución



1.6 Población que atiende

Este programa abarca a un grupo de 500 niños afiliados y no afiliados, fomentando la participación de madres en las diferentes actividades del programa, representando así 420 familias de diferentes comunidades.

1.6.1 Descripción de la población que atiende

Entre la población que atiende este programa, se encuentran niños de 0 años hasta las edades de 5 años y 11 meses de familias de escasos recursos de las diferentes comunidades del Municipio de Tecpán Guatemala, proporcionándoles estimulación temprana de parte de las madres guías de la institución.

1.7 Planteamiento del problema

En la institución asisten comúnmente personas a las cuales se les apoya en el área de salud, sin embargo se ha detectado en las madres de familia problemas psicosociales. Entre los problemas que aquejan a los individuos que generalmente asisten son: el abuso sexual, maltrato intrafamiliar, baja autoestima, desvalorización de la mujer, alcoholismo, machismo, baja planificación familiar, en resumen la salud mental.

El programa MEI (Método de Educación Inicial) contribuye en la atención de niños menores de 5 años el cual se enfoca directamente al crecimiento y desarrollo del niño y niña desde su fecundación y alumbramiento con el apoyo de las madres guías, para alcanzar un nuevo impacto de transformación mediante las actividades que ejecuten previo a su capacitación.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

El referente teórico contiene una amplia gama de temas investigados con el fin de analizarlos y estudiarlos para aplicarlos durante la Práctica Profesional Dirigida. Entre ellos se encuentra el tema principal de la práctica que es la base para el desarrollo de los subtemas siguientes. A continuación se presenta el contenido de los mismos.

2.1 Factores que influyen en la salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. También ayuda a determinar cómo manejar el estrés, la relación con otras personas y tomar decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental.

En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

La salud mental, se define como: El equilibrio emocional en individuos y colectividades, que les permite estar y sentirse bien, ayudándose mutuamente a mejorar como personas y estableciendo relaciones de mejor calidad.

Entre los beneficios que se destacan para tener salud mental se destacan los siguientes:

- Para mejorar como ser humano, ayudar a la autoestima, relacionarse mejor y amistosamente.
- Para estar consciente de la realidad individual y social.
- Para romper el aislamiento y convertirnos en dueños de nuestro propio destino.
- Para desarrollarse individual y colectivamente.

Entre los factores más importantes que influyen en la salud mental están:

A. **Factor social:** Es importante porque los seres humanos necesitan de otros seres humanos para mejorar su forma de vida, tomando en cuenta que la organización social es esencial para el desarrollo de la persona. Entre los aspectos sociales que pueden afectar la salud mental se encuentran:

1. Desprotección social
2. Discriminación étnica
3. Drogadicción
4. Hogares desintegrados
5. Falta de vivienda
6. Violencia

B. **Factor económico:** Es la forma de cómo se obtienen los recursos para satisfacer las necesidades vitales, necesarias en el desarrollo digno y humano. Dentro de los aspectos económicos que pueden afectar la salud mental se encuentran:

1. Alto costo de la vida

2. Bajos salarios
3. Desempleo
4. Falta de tierra
5. Pobreza extrema
6. Marginación.

C. Factor educación: Por medio de este obtenemos e intercambiamos conocimientos para desenvolvemos dentro del grupo social. Logrando beneficio individual y colectivo, como el pensar y actuar libremente. Entre los factores educativos que afectan la salud mental están:

1. Analfabetismo
2. Educación alejada de la realidad histórico- social.
3. Modelo educativo que se caracteriza por ser: vertical, discriminatorio, maltratante.

D. Factor político: Es la capacidad de hacer prevalecer una conducta a otra persona o grupo. Entre los factores políticos se encuentran:

1. La corrupción
2. La demagogia (Práctica política consistente en ganarse con halagos el favor popular)
3. La mentira
4. División social
5. Elitismo (sistema favorecedor de una minoría selecta)
6. Abuso de poder
7. Autoritarismo.

E. Factor cultural: Es el que forma la propia identidad dentro del grupo, por medio de las costumbres y tradiciones que son enseñadas en la familia y la sociedad. Entre los factores culturales que afectan la salud mental están:

Racismo (exacerbación del sentido racial de un grupo étnico, especialmente cuando convive con otro u otros.

1. Migración
2. Violencia política
3. Desvalorización de la cultura nacional
4. Aculturación
5. Alienación (estado mental caracterizado por una pérdida del sentimiento de la propia identidad).

F. Factor biológico: Este permite tener un cuerpo sano para trabajar, amar y recrearse.

Entre los factores biológicos que afectan la salud mental se encuentran:

1. La desnutrición
2. Enfermedades
3. Falta de higiene
4. Consumo de sustancias tóxicas
5. Falta de ejercicio y reacción
6. Poca accesibilidad a servicios de salud

G. El factor medio ambiente: Está formado por las personas, animales, calles, barrancos, viento, ríos, montañas, árboles, etc. Entre los factores del medio ambiente que afectan se encuentran:

1. La contaminación
2. El ruido
3. La deforestación
4. La falta de áreas recreativas
5. Falta de drenajes y basureros.

H. El factor comunicación: Es el proceso de intercambio de información para que las personas se influyan unas a otras. Entre los factores de comunicación que afectan la salud mental se encuentran:

1. Alienación a través de los medios de comunicación social.
2. Prejuicios
3. Diferencia de idiomas
4. Interferencia en la comunicación
5. Poca o mala comunicación
6. Distorsión del mensaje
7. Palabras obscenas.

I. Factor psicológico: Esto es cómo la gente siente, piensa y actúa. Entre los factores que afectan la salud mental están:

La no satisfacción de necesidades genera:

1. Conflicto
2. Estrés o tensión
3. Ansiedad
4. Angustia
5. Depresión
6. Distorsión de la realidad.

La suma de los aspectos negativos de cada uno de los factores, a lo largo de una vida, inciden en el comportamiento individual y social de la siguiente manera:

- ✓ Las personas se vuelven resignadas, carentes de sentido de las grandes emociones y alegrías.
- ✓ El individuo se vuelve conformista pasivo y sus expectativas de vida se reducen.
- ✓ Se les priva del poder, se les niega la posibilidad de controlar el producto de su trabajo, reduciéndolos a un grado de inferioridad con poca creatividad.

Todos estos factores producen manifestaciones en el organismo y en la conducta de la siguiente forma:

- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Tristeza
- ✓ Insomnio
- ✓ Alergias
- ✓ Nerviosismo
- ✓ Gastritis
- ✓ Dificultades respiratorias
- ✓ Sudoración exagerada
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Miedos, temores e inseguridades.

En el caso de los niños y niñas las manifestaciones son las siguientes:

- ✓ Niños y niñas mayores de 3 años presentan descontrol al orinar y/o defecar.
- ✓ Bajo rendimiento en la escuela
- ✓ Sueño intranquilo y pesadillas
- ✓ Miedos y temores
- ✓ Falta de apetito
- ✓ Tímidos y que no participan en grupo
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Sensación de rechazo
- ✓ Problemas nerviosos como la de los adultos
- ✓ Poca o mala comunicación con padres y familiares
- ✓ Problemas de conducta

Es importante darse cuenta cuando un niño o niña presente estos síntomas porque afectan su desarrollo.

La salud mental se puede mejorar de la siguiente manera:

1. Organizarse en la comunidad donde se pertenece.
2. Identificando qué problemas afectan a la comunidad y familia y contribuir a la búsqueda de las soluciones.
3. Capacitar a promotores y promotoras en salud mental y que ayuden en diferentes proyectos de salud en la comunidad.
4. Lograr que los promotores se conviertan en el primer apoyo afectivo, para las personas que lo necesiten.
5. Para ser promotores de salud mental deben tener presente los siguientes aspectos:
 - Deseo de participar
 - Saber escuchar con responsabilidad
 - Ser discretos
 - No involucrarse en el problema de la persona
 - Ayudar a que las personas entiendan lo que les está pasando
 - Aceptar lo que dice y está viviendo la persona, sin dar juicios que afirmen o contradigan su posición.

En conclusión se puede decir que:

- La salud mental es un problema que debe ser aprobado por diferentes profesiones.
- La organización comunitaria es importante para obtener salud mental.
- La capacitación en salud mental permite multiplicar acciones comunitarias.
- Por medio de la salud mental se establecen relaciones interpersonales, grupales y sociales de mejor calidad.
- Las personas y/o comunidades con salud mental mejoran sus expectativas de vida.

2.1.1 La Salud mental y la autoestima

Frecuentemente las personas se encuentran ante un factor fundamental a la hora de mantener la salud mental y física. La autoestima tiene un fuerte factor ambiental ya que la misma, o

mejor dicho, la visión que se tiene de uno mismo se encuentra de forma íntima relacionada con las experiencias que se ha tenido a lo largo de la vida.

El concepto que se tiene del yo está en íntima relación con la comparación subjetiva que se hace de los demás. Otros elementos fundamentales para tener la autoestima en un punto álgido dependen de la valoración que los demás hacen de nosotros y del historial de éxitos y fracasos que se ha ido cosechando a lo largo de la vida.

Las personas que tienen baja autoestima suelen adolecer de inseguridad, falta de confianza en las facultades propias y cuyo proceso de toma de decisiones suele ser abrupto. Las personas de baja autoestima suelen tener aparejados sentimientos de inferioridad con respecto a los demás. Estos rasgos hacen que, desde esa postura, la relación con el otro resulte dificultosa.

Su círculo social se encuentra muy limitado ya que no puede establecer relaciones con otras personas cuando en su fuero interno está en todo momento pensando lo que los demás dirán de él o que pensarán de él. Otro de los rasgos que tienen las personas que tiene baja autoestima es la dependencia afectiva; también en relación a la misma aparecen una inhibición de los sentimientos debido a que las personas aquejadas de baja autoestima piensan que esos sentimientos no se verán correspondidos.

Además por otro lado este tipo de personas tienden a culpabilizarse de todo lo que va mal ya sea en una relación de pareja o en una relación de amistad. Su resistencia a la frustración también se encuentra disminuida por lo cual las tasas de abandono en los proyectos en los cuales se embarcan suelen ser muy elevados.

Toda persona tiene en su interior sentimientos, que según su personalidad puede manifestarlos de diferentes maneras. Muchas veces estas manifestaciones dependen de otros factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, éstos pueden influir positiva o negativamente en la formación de la persona o sea en la autoestima.

La autoestima comprende dos elementos psíquicos:

a. Autoconcepto

La consciencia que se tiene acerca de uno mismo, de cuáles son los rasgos identidad, cualidades y características más significativas de la manera de ser. Este grado de consciencia y de percepción es lo que se define como autoconcepto.

b. Sentimiento

El aprecio y amor que se experimenta hacia la propia persona, la consideración que se tiene hacia los propios intereses, creencias, valores y modos de pensar.

La autoestima en la mujer puede ser una valoración positiva o negativa sobre el propio autoconcepto generando así un sentimiento positivo o negativo sobre si misma.

2.1.1.1 Autoestima positiva

- La autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida.
- Aumenta la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarse a los problemas con una actitud de confianza personal.
- Potencia la creatividad al aumentar la confianza en las propias capacidades personales.
- Fundamenta la autonomía personal, al aumentar la confianza en sí mismas, se tiene, entonces, más capacidad de fijar nuestras las propias metas.
- Permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, al ser más asertivas y enfrentarse a los conflictos con actitud positiva.

2.1.1.2 Autoestima negativa

- Cuando la autoestima es negativa, la salud se resiente porque hace falta confianza en si mismas para abordar los sucesivos retos que presenta la vida desde una perspectiva positiva y esto hace que la calidad de vida no sea todo lo óptima que podría ser.
- Al faltar confianza personal, disminuye la capacidad para enfrentarse a los múltiples problemas y conflictos que se presentan en la vida.
- La falta de confianza hace que se evite los compromisos y por lo tanto se aborda nuevas responsabilidades, privándose así de una mayor riqueza en las experiencias personales, o bien cuando se afronta nuevos compromisos y abruma las responsabilidades.
- No contribuye a fomentar la creatividad porque no se siente capaz.
- Al faltar la autoconfianza, difícilmente se fijan metas y aspiraciones propias por lo que se es más vulnerable a actuar de acuerdo con lo que se espera de sí y no de acuerdo a las propias decisiones.
- Las relaciones que se establece con otras personas no son de igualdad, adoptando muchas veces actitudes sumisas o agresivas.

2.1.1.3 Formación de la autoestima

Desde que el bebé se encuentra en el vientre de la madre, empieza a formarse la autoestima y empieza a conocer todo lo que le rodea y de esa manera percibe diferentes sensaciones ve, oye, siente y saca sus propias conclusiones, llevando consigo como huella en su mente y sus sentimientos ayudándolo hasta llegar a ser adulto. Cuando el bebé mantiene alguna molestia un adulto lo toma en brazos lo acaricia, le habla suavemente y elimina su molestia, sabiendo que todo esta bien y que así va a seguir, se siente seguro, confiado y querido, alguien está siempre allí para cuidarlo y evitarle el dolor.

2.1.2 Salud mental y el alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a muchas familias. Muchos de los alcohólicos empiezan a beber por depresión o para olvidarse de sus problemas. Es una enfermedad, consecuencia del consumo abusivo del alcohol y se produce una dependencia física tan importante que el organismo no es capaz de vivir sin el alcohol, y en el caso de no tomarlo, la persona entra en un delirio llamado; Delirium Tremens, donde se produce alucinaciones.

El consumo excesivo de alcohol y los problemas de salud mental y física propician accidentes y problemas laborales, sociales y familiares, además de elevados gastos y pérdidas económicas, lo cual genera por su lado mayores problemáticas para la población trabajadora

La relación entre el consumo de alcohol y los problemas de salud mental puede deberse al uso de alcohol como una manera de hacer frente a los problemas emocionales.

Por otro lado, la relación entre el consumo de alcohol y los síntomas somáticos puede derivar de las problemáticas de salud relacionadas con el consumo excesivo o con el uso del alcohol para aliviar los malestares ocasionados por el cansancio y la carga de trabajo.

La relación entre estos tres aspectos muestra la necesidad de diseñar e implantar programas integrales de protección a la salud de los trabajadores de este sector

Una vez que se ha dejado el alcohol, con la ayuda imprescindible de la familia, la persona será para siempre un enfermo o alcohólico, quiere decir que no podrá probar nunca más el alcohol, si lo hiciese caería de nuevo en las redes de la poderosa sustancia.

Existen muchas razones por las cuales las personas beben, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Para olvidarse de los problemas.
- Para adormecer el dolor.

- Para facilitar en estrés y las presiones sociales.
- Para sobresalir, ser llamativo y social.
- Para facilitar el golpe cultural, la soledad y abandono.

2.1.2.1 Consecuencias

a. Consecuencias físicas

- ◆ Coma etílico: sucede después de beber mucho, la persona llega a perder el conocimiento con el riesgo de vomitar y ahogarse con su propio vómito.
- ◆ problemas cardiovasculares: aumento de la tensión arterial y problemas en el corazón.
- ◆ polineuritis: inflamación de los nervios con dolor.
- ◆ cirrosis: degeneración del hígado en su capacidad de purificador y creador de factores de la coagulación de la sangre, como consecuencia se producen sangrados masivos.
- ◆ pancreatitis.
- ◆ cáncer de estómago, garganta, laringe, esófago.
- ◆ úlcera gástrica
- ◆ impotencia sexual en los hombres
- ◆ frigidez en las mujeres
- ◆ síndrome de abstinencia en lo bebés
- ◆ envejecimiento prematuro.

b. Consecuencias psíquicas:

- lagunas de memoria que no se recuperan.
- depresiones, suicidio
- epilepsia
- delirium tremens
- enfermedades mentales graves como las psicosis
- demencia por el alcohol

- suicidio
- celotipia: la persona se vuelve tan insegura que empieza a desconfiar de su pareja y a tener celos sin un fundamento real.

c. Consecuencias sociales:

- > rechazo de los demás
- > despidos de los trabajos
- > soledad
- > ruina económica
- > mala higiene
- > agresiones, violencia, cárcel, separaciones
- > accidentes con víctimas mortales y minusválidos para toda la vida
- > maltratos físicos y psicológicos
- > dolor a la familia y a uno mismo

2.1.3 La salud mental y la violencia intrafamiliar

Se define como violencia intrafamiliar como aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

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

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

Organismos que se encargan del estudio de la salud mental en el mundo, han podido comprobar que la salud mental de la familia, que es un recurso de un valor incalculable, se encuentra amenazada por influencias nefastas y que siempre están presentes, las cuales le están ocasionando un intenso deterioro, que se manifiesta en el comportamiento de todos los miembros de la comunidad familiar.

Aquellos integrantes de familias con una salud emocional deficiente, van transitando por la vida, desde su nacimiento hasta la muerte, agobiados por la carga de las emociones alteradas, que tal vez otros les echaron encima; y solamente en escasas ocasiones sus vidas son alegradas por momentos fugaces de paz y felicidad.

2.1.3.1 Dinámica de la VIF

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

Fase 1. Acumulación de tensión:

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.

- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2 episodio agudo de violencia:

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas
- El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3 etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel:

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.

- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo. Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez.

2.1.4 Salud mental y la pobreza

Recientemente un estudio científico advierte que en las familias excluidas del mercado laboral, son los niños los que podrían sufrir trastornos severos y hasta irreversibles

La pobreza extrema que padecen las personas excluidas del mercado laboral pone en riesgo la salud mental de todas las personas, pero un estudio científico nuevo advierte que en estas circunstancias son los niños los que podrían sufrir trastornos severos y hasta irreversibles.

Las principales variables que afectan la pobreza son las condiciones materiales y sociales de vida y el nivel de educación. Los niños son los más afectados porque la pobreza destruye el núcleo familiar, elemento fundamental en la formación de la psiquis de los niños.

Los problemas de salud mental, la enfermedad mental y el padecimiento psíquico, se comprende como expresión de una perturbación del bienestar psicosocial. Este giro, desde una perspectiva promocional y preventiva, centra su atención en las condiciones de vidas en las cuales se produce el desarrollo de las personas, sus posibilidades de crecimiento y apropiación

de las capacidades más humanas, la de relacionarse consigo mismo y el mundo, sentirse pleno y con competencias para afrontar satisfactoriamente las diferentes problemáticas que puedan emerger desde la vida misma.

Según los especialistas, la salud mental ya es un indicador sustantivo de la calidad de vida de los sujetos y de la comunidad en su conjunto. El desarrollo social y crecimiento, se ha expresado desde la salud mental en una suerte de capital social que opera como variable de bienestar y derecho de los sujetos.

2.2 Factores que influyen negativamente en la salud mental de la mujer

Existen varios de los factores que influyen negativamente en la salud mental de la mujer de los cuales se describirán a continuación:

2.2.1 Violencia intrafamiliar en la mujer

Cuando se piensa en la violencia femenina, lo primero que nos viene a la mente, son los golpes físicos. Este tipo de violencia psicológica lleva consigo amenazas, insultos, humillaciones y hasta desprecios hacia la esposa, no le dan valor a su trabajo y mucho menos a sus opiniones, la mujer queda sometida a una manipulación total, hasta hacerla sentir culpable e indefensa, ayudando de esa manera al esposo a sentirse más en control y dominante sobre su esposa. Intervienen al respecto los modelos de organización familiar, las creencias culturales, los estereotipos respecto a supuestos roles relacionales, y las maneras particulares de significar el maltrato.

Muy poca o ninguna atención le ponemos a este tipo de violencia, la mujer no puede demostrar las heridas psicológicas o las consecuencias a corto o largo plazo, nos encontramos muchas veces con mujeres que aparentan ser felices y realizadas, las vemos acompañadas del esposo y ni siquiera nos podemos imaginar que detrás de ese esposo protector y amoroso se

esconde el maltrato hacia la esposa que pone una sonrisa tímida para esconder el ambiente dictatorial y malvado al que su esposo la tiene sometida.

La violencia psicológica deja heridas que nunca sanan, y es provocada por cobardes que esconden su falta de hombría enseñándole al mundo una imagen que transforman totalmente en el macho poderoso cuando están en su hogar, y es violento y abusivo con los seres más frágiles tales como los niños y la mujer que le fue dada como compañera.

Pero nos encontramos con actos que puede ser percibidos como la violencia que deja heridas y cicatrices visibles, violencia que empieza desde empujones hasta golpes a puño cerrado, patadas o algún tipo de arma u objeto, este tipo de violencia que no se puede esconder y la que muchas veces nos hace tomar conciencia social y jurídica va unida a la violencia psicológica y termina algunas veces en el asesinato de la esposa, dejando en la orfandad a niños que llevan por siempre la visión de la madre siendo molida a golpes, y deja a un hombre en prisión que da toda clase de excusas y razones por lo que hizo.

Tenemos tendencia a confundir actos de violencia llegando incluso a confundirlos como actos de amor cuando el esposo sutilmente limita a la esposa de ejercer sus derechos tales como: Trabajar, estudiar, o simplemente aislándola de todo contacto con amigos y familiares. De este modo viola su libertad, sometiendo a la mujer a sus reglas con el pretexto de protegerla del mundo exterior, y delimitando su mundo al cuidado de la casa y de sus hijos.

Son innumerables las formas la violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados. Además siempre es difícil precisar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser física o psíquica, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. La mayoría de las veces se trata de los adultos hacia una o varios individuos.

14

En la práctica el maltrato tiende a naturalizarse es decir se torna cotidiano sobre todo a través de conductas violentas que no son sancionadas como tales. Muchas personas que maltratan

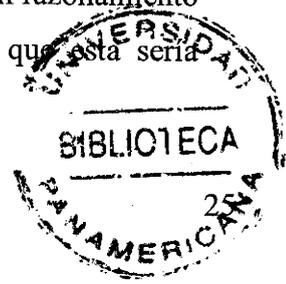
son considerados (y se consideran a sí mismos) como de mayor poder hacia quienes son considerados (se piensan a si mismos) como de menor poder. Cabe destacar que las personas que sufren estas situaciones suelen ocupar un lugar relativamente de mayor vulnerabilidad dentro del grupo familiar. En este sentido la violencia hacia los niños y las mujeres, estadísticamente reviste la mayor casuística, en cambio los hombres maltratados son solo el 2% de los casos de maltrato (por lo general hombres mayores y debilitados tanto físicamente como económicamente respecto a sus parejas mujeres). También cabe enumerar la violencia cruzada, cuando el maltrato pierde el carácter de aparente unidireccionalidad.

La mayor vulnerabilidad femenina no solo se debe a causas físicas, también incide las mujeres suelen concentrar en la mayoría de los casos, la mayor carga y responsabilidad en la crianza de los hijos, además por diferentes cuestiones culturales condensan las tareas hogareñas y mantienen una mayor dependencia tanto económica como culturalmente de los hombres. Una mujer que abandona su vivienda se encuentra en mayor riesgo que un varón, pero debe tenerse en cuenta que las mujeres que dejan a sus abusadores tienen un 75% más de riesgo de ser asesinadas por el abusador que aquellas que se quedan conviviendo.

En cuanto al punto de los motivos por lo que una relación continúa pueden pensarse dos corrientes básicas:

La postura tradicional, que plantea que al vivir atemorizadas por represalias, los golpes, por la posible quita del sustento económico, las órdenes irracionales y los permanentes castigos, manifiestan un estado general de confusión y desorganización, llegando a sentirse ellas mismas culpables por la situación, y desconociendo así la educación patriarcal y machista que involucra a la mayor parte de las sociedades.

Otra postura se plantea del mismo modo la condena a la educación típica donde las mujeres aparecen con un lugar desventajoso, pero se detiene también en los modos estructurales de relacionarse, los montajes de relaciones. No hay que confundir esta idea con un razonamiento contrario que diría que si una persona sostiene una relación se debería a que esta sería



placentera. Es evidente que una mujer golpeada no siente placer alguno, pero si entran en juego componentes subjetivos tales que en la práctica validan relaciones no placenteras.

2.2.2 Violencia de género

La violencia de género tiene que ver con la violencia que se ejerce hacia las mujeres por el hecho de serlo, e incluye tanto malos tratos de la pareja, como agresiones físicas o sexuales de extraños, mutilación genital, infanticidios femeninos, etc.

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (“Artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Naciones Unidas, 1994).

2.2.2.1 Tipos de violencia:

a. Física:

La violencia física es aquella que puede ser percibida objetivamente por otros, que más habitualmente deja huellas externas. Se refiere a empujones, mordiscos, patadas, puñetazos, causados con las manos o algún objeto o arma. Es la más visible, y por tanto facilita la toma de conciencia de la víctima, pero también ha supuesto que sea la más comúnmente reconocida social y jurídicamente, en relación fundamentalmente con la violencia psicológica.

b. Psicológica:

La violencia psíquica aparece inevitablemente siempre que hay otro tipo de violencia. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la propia mujer, desvalorizando su trabajo, sus opiniones. Implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan en ella sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor sobre la víctima, que es el objetivo último de la violencia de género.

Dentro de esta categoría podrían incluirse otros tipos de violencia que llevan aparejado sufrimiento psicológico para la víctima, y utilizan las coacciones, amenazas y manipulaciones para lograr sus fines.

c. Económica:

En la que el agresor hace lo posible por controlar el acceso de la víctima al dinero, tanto por impedirle trabajar de forma remunerada, como por obligarla a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos (llegando en muchos casos a dejar el agresor su empleo y gastar el sueldo de la víctima de forma irresponsable obligando a esta a solicitar ayuda económica a familiares o servicios sociales).

d. Social:

En la que el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.

e. Sexual:

Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión. Aunque podría incluirse dentro del

término de violencia física, se distingue de aquella en que el objeto es la libertad sexual de la mujer, no tanto su integridad física.

2.2.2.2 Mitos

Habitualmente se justifica y se trata de dar explicación a este tipo de violencia atendiendo a:

- ✓ Características personales del agresor (trastorno mental, adicciones)
- ✓ Características de la víctima (masoquismo, o la propia naturaleza de la mujer, que lo busca, le provoca, es manipuladora)
- ✓ Circunstancias externas (estrés laboral, problemas económicos)
- ✓ Los celos (crimen pasional)
- ✓ La incapacidad del agresor para controlar sus impulsos.
- ✓ Además existe la creencia generalizada de que estas víctimas y sus agresores son parejas mal avenidas (siempre estaban peleando y discutiendo), de bajo nivel sociocultural y económico, inmigrantes.

Aquellos hombres que son alcohólicos y maltratan a sus mujeres, sin embargo no tienen, en su gran mayoría, problemas o peleas con otros hombres, con su jefe o su casero. El estrés laboral o de cualquier tipo afecta realmente a mucha gente, hombres y mujeres, y no todos se vuelven violentos con su pareja.

En el fondo, estas justificaciones buscan reducir la responsabilidad y la culpa del agresor, además del compromiso que debería asumir toda la sociedad para prevenir y luchar contra este problema.

2.2.3 Abuso sexual

Las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual, experimentan dicha victimización como un evento traumático que trae como consecuencia un choque emocional. Todo trauma de esta naturaleza, trae consigo una serie de características que la mayoría de las mujeres experimentan. Es importante notar que cada persona tiende a responder de manera única ante un evento, hecho que añade complejidad al tratamiento del trauma.

Como consecuencia del abuso sexual, muchas mujeres sienten que han perdido el control de sus vidas. Dicha sensación es el resultado de que durante el abuso sexual, la mujer es obligada a participar en contra de su voluntad. En la mayoría de los casos, dicha participación es pasiva. Sin embargo ella lleva a que la mujer sienta que ha perdido el control de su vida, de la misma manera como durante el abuso sexual la mujer no tiene el control sobre la situación.

La mayoría de las víctimas experimentan de nuevo el abuso de manera mental ya sea consciente, o inconscientemente a través de los sueños. Cuando esto sucede es como si el evento ocurriera de nuevo. Dicha experiencia se denomina "*flash back*".

La mayoría de las víctimas de abuso sexual u acoso sexual experimentan una o varias de las siguientes reacciones como consecuencia del trauma:

- Sentimiento de pérdida de control en la vida.
- *Flashbacks* o el hecho de experimentar de nuevo el asalto de manera mental.
- Dificultad de concentración.
- Sentimiento de culpa.
- Percepción negativa de la imagen de si mismo.
- Tristeza o depresión.
- Imbalance en las relaciones interpersonales.
- Pérdida de la libido.

2.2.3.1 Reacciones del abuso sexual

Cada individuo responde de manera diferente a un evento. Esto hace que la intensidad y la duración de las reacciones varíen de persona a persona.

1. En general, toda víctima de abuso sexual experimenta problemas de concentración. Estos se manifiestan en una dificultad de enfocar las ideas en lo que se está haciendo lo cual lleva a pensar que se está perdiendo el control de sí.
2. Pueden existir sentimientos de culpabilidad. Dichos sentimientos son el resultado directo del asalto, durante el cual la víctima fue obligada a participar. En esos momentos, la mujer tiene como prioridad el proteger su integridad física y hasta su vida. Para lograr este objetivo, ella se ve obligada a participar en actividades en contra de su voluntad.
3. Otra fuente de culpabilidad, y una de las más comunes, es el culparse a sí mismo. La víctima tiene tendencia a decirse: No debí haberme vestido así, no debí haber caminado a altas horas de la noche en ese lugar, etc. Este culparse a sí mismo es el resultado de nuestra sociedad, la cual tiende a poner toda responsabilidad de abuso sexual en la mujer.
4. La imagen que se tiene de sí mismo también se ve afectada como consecuencia del abuso sexual. La mayoría de mujeres dicen sentirse sucias y suelen bañarse varias veces al día para sentirse limpias.
5. Otra reacción bastante común es el sentirse triste o deprimido. Se tienen sentimientos de desespero, como si todo en la vida se diera por perdido. En ocasiones el desespero lleva al desconsuelo total, el cual puede conducir a la víctima al suicidio. Asociado al sentimiento de depresión se experimenta la pérdida del interés en cosas o actividades que antes solían disfrutarse. Nada suele llamar la atención como antes.

6. No es sorprendente el hecho de que después de ser abusada sexualmente, la mujer pierde todo interés en las relaciones sexuales. El trauma causado por el abuso hace que la mujer rechace todo tipo de relación sexual. Dicha reacción se ve acentuada por la depresión la cual tiene como consecuencia la pérdida la libido o apetito sexual.

2.2.4 Madres solteras

Son muchas las causas que llevan a una mujer a enfrentar un embarazo sin una pareja, en algunos casos por elección propia y en la gran mayoría porque las circunstancias así se dan. El estar embarazada y no tener una pareja no implica que se tenga que pasar una de las experiencias más maravillosas de la vida sola.

Es importante tener en cuenta que aunque el valor de la familia es indiscutible, en ciertas circunstancias en que alguno de los padres falta y el que queda pone todo de su parte por darles el mejor ambiente, los niños pueden tener un desarrollo completamente normal, e incluso mejor que en las familias en las que la relación de pareja no es buena.

Cuando se tiene un hijo es importante darle todo el cariño, pero no hay que centrar la vida en él, es importante tanto para la mamá como para él que siga viendo más gente, para que convivan y conversen con adultos y para que él conozca a más personas.

También es importante que se continúe con actividades que enriquezcan y relajen, si es que ya se practicaba y si no, que se de tiempo para encontrar algo que le guste, como un deporte, alguna manualidad, un club de lectura, etcétera. En la medida en que se sienta bien con sigo misma.

Económicamente tener un bebé implica un gasto fuerte y enfrentarlo sola no es fácil. Hay que aceptar toda la ayuda que ofrezcan, en especial los amigos o familiares con bebés pues pueden ayudar con pasar juguetes o hasta muebles, es muy poco el tiempo que los usan y recibirlos puede aligerar mucho la carga. De esta forma, se puede comprar nada más algunas cositas que

le hagan ilusión y enfoquen los gastos a aspectos verdaderamente importantes como los doctores, medicinas, etcétera. Además tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. Aspecto económico: Aunque las circunstancias económicas de las madres solteras pueden ser muy distintas, hay algunas consideraciones generales que hacer, como elaborar planes con anticipación. Antes de que nazca el bebé, hay que tratar de ahorrar la mayor cantidad de dinero posible para demorar lo más que se pueda al regreso al trabajo. Así se tendrá más tiempo para compartir con el bebé, un tiempo que los dos necesitan para conocerse.
2. Elegir un estilo de crianza que de resultado, con el que se sienta más cómoda. A las madres solteras, al igual que a todos los padres, se les recomienda encarecidamente el estilo de crianza afectiva. Este tipo de crianza desarrolla la propia intuición materna y da el estímulo de la hormona materna natural que se necesita para perseverar durante este período de prueba.

Como es probable que después de cierto tiempo haya que alejarse del bebé por motivos laborales, quizás no se pueda poner en práctica todos los elementos de este tipo de crianza en forma permanente. Sin embargo, durante la licencia por maternidad se puede practicar a pleno la crianza afectiva y luego incorporar algunos de sus elementos en un estilo de vida posterior.

Las madres solteras son particularmente vulnerables a los consejos de los parientes y amigos con buenas intenciones que ofrecen su orientación sobre cómo se debe cuidar al bebé.

Elegir el empleo adecuado es de especial importancia para las personas que crían a un hijo sin pareja, porque más adelante van a necesitar de esta fuente de autoestima para desarrollarse plenamente como personas y como progenitores. Si se tiene que trabajar por razones económicas como la mayoría de las madres solteras, hay que elegir un empleo que fortalezca la autoestima y en el que tenga la posibilidad de un ascenso futuro.

2.2.5 Divorcio

La palabra "matrimonio" proviene de las latinas *matris munium* que significa oficio de madre y eso funciona así, porque uno de los fines más importantes del matrimonio es la procreación de los hijos.

Sin embargo cuando llega el límite de no vivir en común y en pareja, aparece el divorcio. Esta etapa es un período de transición y de dolor y muchos lo han relacionado con el proceso de duelo que sigue a la muerte del cónyuge. El tiempo de duelo puede ser esencial para la curación emocional.

El cambio de categoría y de roles resulta estresante. La mujer tiene que pasar de un extremo a otro, su papel de esposa por el de divorciada, lo que es difícil para quien ha asumido en gran parte su identidad mediante el rol de esposa. La cantidad de divorcios registrados aumenta en todo el mundo occidental en forma acelerada. Algunos expertos concluyen que más de la mitad de los matrimonios que se celebran cada año acabarán en divorcio.

Han establecido que, la proporción de matrimonios de divorciados es elevada: tres cuartas partes de las mujeres divorciadas vuelven a casarse, aunque aproximadamente la mitad de ellas se divorcia de nuevo. Las mujeres divorciadas y sus hijos están convirtiéndose en una nueva subclase; mientras los hombres divorciados experimentan un ascenso del 42% en su nivel de vida, las mujeres divorciadas sufren un descenso del 73%.

Las madres divorciadas y separadas sufren una cadena de tensiones añadidas, pues tanto sus problemas financieros como sus responsabilidades aumentan. En general, la madre divorciada no sólo tiene que criar a sus hijos, sino apoyarlos también. Además, debe ocuparse de las labores manuales y técnicas que su ex-marido ejecutaba antes.

Los conflictos entre el trabajo y los hijos aumentan. Sin embargo, muchas mujeres señalan ciertas ventajas correspondientes a su categoría de progenitoras únicas, como la sensación

umentada de autonomía e independencia. En la mujer divorciada, suelen apuntarse dos ventajas. La primera es la libertad; no hace falta que se ponga de acuerdo con nadie para alimentarse, sobre el programa de televisión que verá o de cómo emplear el dinero. Tiene libertad de movimientos para trasladarse, si le conviene a su carrera profesional. La otra ventaja consiste en la sensación de autosuficiencia y de competencia.

La mujer sola tiene que molestarse en arreglar las contingencias que se presentan en el hogar, adquiriendo la sensación de que es capaz de encargarse de esas cosas. Las mujeres sin pareja manifiestan un nivel de satisfacción más elevado que las casadas. Sin embargo en la gran mayoría de sociedades orientadas al matrimonio, no es raro que las mujeres sin pareja tengan ciertas desventajas; la mayoría de las estructuras sociales de adultos están pensadas para actividades de pareja, por lo que, con frecuencia, queda excluida de ellas la persona sola.

Por otro lado y en el caso de que una mujer divorciada pretende casarse inmediatamente después de este hecho, se le presenta una barrera; en la mayoría de países las leyes determinan específicamente que todo los hijos nacidos mientras están casados son hijos del esposo, salvo se pruebe lo contrario. Si va a haber un divorcio en la pareja, al hombre le conviene demostrar que la esposa no está embarazada y por lo tanto si se embaraza después del divorcio no podrían adjudicarle la paternidad ni las obligaciones inherentes. Se hace bajo la presunción legal de que todo nacimiento en tiempo del matrimonio pertenece a ambos, salvo el correspondiente caso de causal del divorcio.

Pero ésta presunción es aceptada por casi todas las legislaciones de América. La finalidad de la misma es la protección y el reconocimiento del menor, incluso en relación a un nuevo matrimonio, ya que una vez que procede la prueba de embarazo, la persona en cuestión tiene la libertad de contraer nuevas nupcias sin el impedimento de tener que esperar el término perentorio que las legislaciones establecen y son exigidos para contraer nuevas nupcias.

Mujeres hay en el mundo que ya no tienen nada que hacer al lado de su pareja, pero prefieren vivir inmersas en un “infierno de vida” antes que atreverse a disolver su unión conyugal.

Tienen miedo de anular su vínculo matrimonial, les aterra el qué dirán, el qué pasará, o el qué pensarán otros, aceptando resignadamente, toda clase de tormentos dentro de su hogar, y también dentro de la sociedad.

2.3 Psicopatología

Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. La ciencia positiva que estudia la *psique* enferma, se centra en el estudio del hombre enfermo y está encaminada primeramente en su especificación y delimitación, utilizando la observación con atención para captar sus caracteres esenciales. La Psicopatología se ocupa de la psicología patológica, anormal o enferma. El estudio de la *psique* normal entonces lo realiza la Psicología.

2.3.1 Historia

Todo comienza en la época griega. Es una cultura politeísta. Esculapio es el dios de la curación. Los enfermos peregrinaban a estos templos, a rezar, para curarse. En una buena parte de la cultura griega, se entendía la locura, como demonológica. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen a hablar y describir enfermedades, con un origen físico. Hoy día se le llama “enfermedad mental”, todos los profesionales de la salud dicen que es un conjunto de variables orgánicas y biológicas, además de las variables psicológicas y las variables sociales. La visión de la “enfermedad mental”, bajo un modelo integrador, se trabaja con el modelo bio-psico-social.

Los psicopatólogos clásicos, se delimitaron efectivamente, una serie de síntomas: les dieron nombres y los agruparon, más o menos coherentemente, en unos cuadros nosológicos definidos. Estaban consciente o inconscientemente, dominados y determinados por una idea del hombre y del mundo que nunca llegaba a ser puesta en tela de juicio, ellos han sido los creadores de la psicopatología, como ciencia positiva. Hoy se perfilan tres direcciones:

- a. La Interpretación: Con los trabajos de Freud y de toda la escuela psicoanalítica, para el psicoanálisis la consideración del hecho psicopatológico no termina en su delimitación vivencial, hace falta apelar a sus motivaciones inconscientes. El psicoanálisis se le presenta como una ciencia de la interpretación. Se trataría según Freud de interpretaciones con una verosimilitud más o menos frágil. Según esta dirección somaticista, la verdadera causa de los trastornos psíquicos habría de buscarla en el cuerpo.
- b. La explicación: la explicación abandona la psique para trasladar el centro de gravedad de su interés al organismo, el hombre en términos generales, la unión de lo psíquico y lo somático.
- c. La descripción fenomenológica: Hacer filosofía es conocer al hombre. En psicopatología el conocimiento de la existencia del hombre enfermo nos hace recuperar aquello que podemos perder una y otra vez; el hombre mismo.

La psicopatología es pues, la ciencia de la psique enferma, que trata de delimitar los síntomas mediante la observación y la descripción introspectiva. Estas tres perspectivas no son exclusivas de la psicopatología, sino que representan tres métodos de investigación que intenta dar una respuesta de qué es el hombre.

La interpretación la plantea como una profundización progresiva en su vida psíquica, la explicación como un estudio de su estructura somática, y la descripción fenomenológica, como un análisis de la existencia.

2.3.2 Principales trastornos psicopatológicos

2.3.2.1 Trastornos del estado de ánimo

Según el DSM-IV-TR, la característica principal de los TEA es una alteración de humor. La causa de los trastornos del estado de ánimo no se conoce con precisión, sin embargo investigadores han demostrado que existen unas sustancias químicas en el cerebro que son

responsables de los estados de ánimo positivos, los neurotransmisores también regulan aquellas sustancias que afectan el estado de ánimo. Es muy probable que la depresión (y otros trastornos del estado de ánimo) sea causada por un desequilibrio químico en el cerebro. Los acontecimientos de la vida (como los cambios no deseados) también pueden contribuir a causar este desequilibrio químico.

2.3.2.2 Tipos de trastornos del estado de ánimo

Los siguientes, son los tipos de trastornos del estado de ánimo que sufren con mayor frecuencia:

- ✓ Depresión: Estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos, que se prolonga, al menos, por dos semanas.
- ✓ Trastorno distímico (distimia) Estado de ánimo crónico, de bajo grado, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año.
- ✓ Trastorno bipolar (síndrome maníaco depresivo) Episodios maníacos (período de euforia), generalmente intercalados con períodos de depresión.
- ✓ Trastorno del estado de ánimo debido a una afección médica general, muchas enfermedades médicas (incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas) pueden desencadenar síntomas de depresión.
- ✓ Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias - síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación u otras formas de tratamiento, drogadicción o exposición a toxinas

1. Depresión

Es una baja normal del estado de ánimo. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el

organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

Si los síntomas duran por un período más de dos semanas, entonces se considera una depresión clínica, la cual requiere ayuda psicológica o médica. Las mujeres son entre dos o tres veces más propensas a sufrir depresión clínica.

1.1 Tipos de depresión:

Al igual que otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos como: Depresión severa, distimia, bipolar, postparto, endógena y reactiva.

Síntomas de la depresión clínica: Para decir que se padece depresión clínica es necesario que estén presentes, al mismo tiempo y durante cierto período, varios de los siguientes síntomas:

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

Al menos cinco de los síntomas que siguen:

- Falta de apetito o pérdida de peso, o mayor apetito o aumento de peso.
- Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado.
- Fatiga, cansancio o pérdida de energía.
- Movimientos corporales disminuidos o agitados (no solo sensación subjetiva de intranquilidad o decaimiento, sino observable por otros).
- Pérdida de interés o placer por actividades cotidianas, incluyendo contacto social o sexual.
- Sentimientos de autorreproche, culpabilidad excesiva o inapropiada.

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

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar.

Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

1.2 Tratamiento

Se deberá utilizar Terapia Cognitiva; las técnicas cognitivas intentan primero, que los pacientes reconceptualicen sus pensamientos y recuerdos solo como pensamientos y recuerdos que se pueden modificar y no como un reflejo de la realidad, de los cuales se consiguen de tres maneras:

- a. Al evocar los pensamientos del paciente “autoverbalización” e interpretación de los hechos (por ejemplo, “me reprobaron en ese examen por que soy un tonto”).
- b. Reunir, con el paciente pruebas a favor o en las diferentes maneras en que las personas interpretan el mismo hecho se puede evaluar preguntando por las primeras reacciones.
- c. Hacer experimentos (tareas en casa) para evaluar la veracidad de las interpretaciones y recopilar más información para analizarla.

2. Trastorno bipolar

Se llama trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

Por lo tanto, un trastorno bipolar es una enfermedad en la que se alternan tres tipos de situaciones:

Episodios depresivos, con características parecidas a un episodio depresivo mayor. Las fases depresivas cursan con:

- ✗ Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- ✗ Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- ✗ Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- ✗ Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- ✗ Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- ✗ Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- ✗ Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- ✗ Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- ✗ Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- ✗ Inquietud, irritabilidad.

Episodios maníacos, con los síntomas que se exponen a continuación. Un episodio maníaco cursa con algunos de los siguientes síntomas (más de tres):

- ⇒ Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.
- ⇒ Disminución de la necesidad de dormir.
- ⇒ Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.
- ⇒ Sensación de pensamiento acelerado.
- ⇒ Gran distractibilidad, pasando de una a otra cosa con facilidad.
- ⇒ Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad)
- ⇒ Conductas alocadas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas)
- ⇒ Euforia anormal o excesiva.
- ⇒ Irritabilidad inusual.
- ⇒ Ideas de grandeza.
- ⇒ Aumento del deseo sexual.
- ⇒ Energía excesivamente incrementada.
- ⇒ Falta de juicio.
- ⇒ Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.
- ⇒ La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- ⇒ Olvido de las consideraciones éticas.

Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios. Puede tener consecuencias desagradables:

- ☞ Empobrecimiento del juicio.
- ☞ Hiperactividad improductiva.
- ☞ Hospitalización involuntaria.

- ☞ Problemas legales y/o económicos.
- ☞ Conductas antiéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
- ☞ Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual)
- ☞ Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan)

En el episodio hipomaniaco (literalmente, “menos que maníaco”) si lo que hay es un episodio como el anterior, pero sin llegar a provocar un deterioro laboral o social.

Episodios mixtos; son episodios en que aparecen, al mismo tiempo, alteraciones propias de la fase depresiva y alteraciones propias de la fase maníaca. Es decir: al mismo tiempo depresión y exaltación, hiperactividad, insomnio, ideas negativas. Especialmente complejos son los episodios mixtos que cursan con ideación depresiva, pues existe una mayor posibilidad de que el paciente pase a la acción y realice tentativas de especial letalidad, buscando incluso la espectacularidad en su autolisis. Las características más comunes en los episodios mixtos son al menos tres:

- ☞ Alternancia rápida de distintos estados de ánimo (depresión, euforia, irritabilidad)
- ☞ Predominio de la disforia (mal genio)
- ☞ Agitación.
- ☞ Insomnio.
- ☞ Alteración del apetito.
- ☞ Ideación suicida.

2.1 Clasificación de los trastornos bipolares

Según los episodios de exaltación sean maníacos o hipomaníacos se encuentran:

- Trastorno afectivo bipolar tipo I, con episodios depresivos y maníacos.

- Trastorno afectivo bipolar tipo II, con episodios depresivos e hipomaníacos.
- Episodios afectivos mixtos (con síntomas maníacos y depresivos al mismo tiempo)
- Pacientes cicladores rápidos, con al menos cuatro recurrencias al año.

2.3.2.2 Trastorno de ansiedad

La ansiedad tiene la útil función de mantenernos motivados para hacer el esfuerzo de superar situaciones amenazantes. Es un mecanismo que habilita a los animales y a los seres humanos para enfrentarse al peligro y la amenaza.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. Tiene numerosos sinónimos, entre ellos: nerviosismo, inquietud, tensión.

Ante la percepción de peligro sea real o imaginaria, la adrenalina se libera en el organismo con el fin de provocar la reacción de sobrevivencia. El problema de la ansiedad clínica es que como la amenaza se percibe de manera enfermiza, el individuo angustiado por falta de otro objetivo, se concentra en sus síntomas corporales y su malestar. Los síntomas de ansiedad pueden ser sumamente desagradables y amenazadores en sí mismos y mucha gente concluye de manera natural que padece algún mal físico.

Causas

Es el resultado de un problema más o menos prolongado (ejemplo: la presencia de dificultades económicas), o bien, es una respuesta repentina ante una amenaza inmediata o un peligro inminente (ejemplo: mirar desde lo alto de un precipicio).

1. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento:

- Preocupación
- Inseguridad
- Miedo o temor.
- Aprensión
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad)
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2. Síntomas motores u observables:

- Hiperactividad
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

3. Síntomas fisiológicos o corporales:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

- Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Clasificación

1. Trastorno de crisis de angustia

Son episodios de miedo intenso, que aparecen repentinamente, normalmente en situaciones conocidas donde no es esperable el miedo o en las que la intensidad de este es desproporcionada.

Se caracteriza por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos.

Los síntomas son:

- palpitaciones o elevada frecuencia cardiaca
- sudoración
- temblores o sacudidas
- sensación de ahogo
- sensación de atragantamiento
- presión o malestar torácico
- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o desmayo
- miedo a perder el control o volverse loco
- miedo a morir
- escalofríos o sofocaciones

3. Trastorno de estrés postraumático

Es un tipo de trastorno de ansiedad que puede ocurrir después de que uno ha observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte.

3.1 Causas, incidencia y factores de riesgo

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor o demorar más de 6 meses después del acontecimiento. Cuando se presenta inmediatamente después del trauma, por lo general mejora después de tres meses; sin embargo, algunas personas tienen una forma más prolongada de la enfermedad que puede durar por muchos años.

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o como una guerra, un encarcelamiento, un asalto, maltrato familiar o violación.

La causa del trastorno de estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales involucrados. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Éste afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores). El hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno.

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en al menos una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento, sensación de estar pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencia) o tornarse muy perturbadas durante los aniversarios del evento.

3.2 Síntomas

Las personas con trastorno de estrés postraumático vuelven a experimentar el evento una y otra vez en al menos una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos aterradores del evento, sentir como si estuvieran pasando por la experiencia de nuevo (reviviscencia) o acongojarse durante los aniversarios del evento.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales:

a. "Revivencia" repetitiva del evento, lo cual perturba las actividades diarias

- ⇒ Episodios de reviviscencias, en donde el evento parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
- ⇒ Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación.
- ⇒ Sueños repetitivos con la situación.
- ⇒ Reacciones físicas a situaciones que le recuerdan el evento traumático

b. Evasión "Insensibilidad" emocional o sentimiento de que a usted nada le importa.

- ⇒ Sentimientos de despreocupación e indiferencia
- ⇒ Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma.
- ⇒ Falta de interés en las actividades normales.
- ⇒ Menos expresión de estados de ánimo.
- ⇒ Aislamiento de las personas, lugares u objetos que hacen recordar el evento.
- ⇒ Sensación de un futuro incierto

c. Excitación

- × Dificultad para concentrarse.
- × Respuesta exagerada a los estímulos que causan sobresalto.
- × Conciencia excesiva (hipervigilancia).

- ✗ Irritabilidad o ataques de ira.
- ✗ Dificultades para dormir

Los siguientes síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- ✗ Agitación o excitabilidad.
- ✗ Mareo.
- ✗ Desmayo.
- ✗ Sensación de latidos del corazón en el pecho (palpitaciones).
- ✗ Fiebre, dolor de cabeza, palidez.

4. Trastornos de pánico

La característica fundamental del trastorno de pánico es la presencia de crisis de pánico recurrentes, inesperadas y que no se encuentran relacionadas con ninguna circunstancia en particular (son espontáneas), sin un factor externo que las desencadene, es decir que no son desencadenadas por una exposición a una situación social (como es el caso de la Fobia Social) o frente a un objeto temido (en cuyo caso se trataría de una fobia específica). Otra característica del trastorno de pánico es el miedo persistente a padecer una nueva crisis de pánico, esto es miedo al miedo y se lo denomina ansiedad anticipatoria. Esta ansiedad puede llegar a ser tan importante que puede llevar a confundir el diagnóstico de trastorno de pánico con el de trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

4.1 síntomas

Estas Crisis (o Ataques) de pánico, inesperadas y recidivantes, suelen presentar cuatro o más de los siguientes síntomas:

- ✧ Miedo intenso a morir o a estar sufriendo un ataque cardíaco o alguna enfermedad física grave que ponga en riesgo la vida

- ✧ Miedo intenso a volverse loco o a perder el control de si mismo.
- ✧ Palpitaciones (percepción del latido cardíaco) o pulsaciones aceleradas (taquicardia)
- ✧ Sudoración
- ✧ Palidez
- ✧ Temblores o sacudidas musculares
- ✧ Sensación de ahogo o falta de aire
- ✧ Opresión en la garganta (sensación de no poder respirar) o en el pecho
- ✧ Náuseas, vómitos o molestias y dolores abdominales
- ✧ Inestabilidad, mareos o desmayos
- ✧ Sensación de irrealidad (sentir al mundo externo como algo extraño)
- ✧ Sensación de no ser uno mismo (despersonalización)
- ✧ Hormigueos (parestias)
- ✧ Escalofríos o sensación de sufrir frío intenso

Las crisis se inician bruscamente, alcanzan su máxima intensidad en los primeros diez a quince minutos y suelen durar menos de una hora. Dejan a quien las sufre en un estado de total agotamiento psicofísico y con un gran temor (ansiedad anticipatoria) a volver a padecer una nueva crisis (miedo al miedo). También pueden aparecer síntomas de tipo depresivo, miedo a salir o alejarse del hogar o necesidad de hacerlo acompañado por una ser muy cercano (esto se denomina Agorafobia). La persona suele sentirse muy hipersensible y vulnerable. Este tipo de trastorno es tan traumático de experimentar que quien lo padece puede cambiar en forma brusca y desfavorable sus hábitos de vida: no querer salir solo de la casa o viajar, retraimiento social, abandono de sus actividades laborales o académicas.

5. Fobias Específicas

Las fobias específicas son miedos *irracionales, desproporcionados y patológicos* ante determinadas situaciones. Generalmente, al entrar en contacto con la situación temida se produce una crisis de ansiedad similar a la que se experimenta en el trastorno de pánico o en la fobia social. La persona con una fobia específica sufre un temor muy intenso ante la presencia

o la anticipación del objeto o situación fóbica. Generalmente, las personas con fobias concretas reconocen que el miedo que sienten es excesivo y que no responde a una amenaza real, pero que sin embargo, “no lo pueden controlar”.

Se distinguen varios tipos de fobias específicas:

a. Tipo animal: Temor a determinados animales inofensivos.

b. Tipo ambiental: Temor a las tormentas, las alturas, las aguas profundas, etc., en circunstancias no peligrosas.

c. Tipo sangre-inyecciones-daño: Temor a la sangre o a ser objeto de intervenciones quirúrgicas o inyecciones, o sufrir daño, en general. Este temor resulta desproporcionado.

d. Tipo situacional: Miedo a volar, a los ascensores o a los espacios cerrados.

e. Otros tipos: Cualquier otro tipo de temores, como por ejemplo situaciones que podrían provocar atagantamientos, vómitos o la adquisición de una enfermedad.

Es importante dejar claro que muchas personas tienen miedos irracionales o desproporcionados a determinadas situaciones que encajarían en alguno de los tipos fóbicos enumerados, pero esto no hace que podamos decir que se tiene una fobia específica. Para que podamos hablar de fobia en sentido estricto es fundamental que el malestar que generan los miedos sea lo suficientemente intenso o cree una alteración de la vida cotidiana significativa.

6. Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad que hace que las personas tengan pensamientos que no desean (obsesiones) y que repitan ciertos comportamientos (compulsiones) una y otra vez. Todas las personas poseen diferentes rutinas en la vida

cotidiana tales como cepillarse los dientes antes de acostarse. Sin embargo, para las personas con TOC, los patrones de comportamiento interfieren con sus vidas cotidianas.

La mayoría de las personas con TOC saben que sus obsesiones y compulsiones no tienen sentido pero no las pueden ignorar ni tampoco frenar.

Es un trastorno caracterizado por la presencia de ideas, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, o sea que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido, indeseados e intrusivos con una cualidad de absurdo, extraño, sucio u horroroso, llamados obsesiones. Así como tener conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas estereotipada, llamadas; compulsiones.

6.1 Causa el TOC

Algunas investigaciones muestran que tiene que ver con las sustancias químicas en el cerebro que se encargan de llevar mensajes de un nervio al otro. Una de estas sustancias químicas llamada serotonina ayuda a que las personas no repitan los mismos comportamientos una y otra vez. Una persona que tiene TOC puede no tener suficiente serotonina. Muchas personas que tienen TOC pueden funcionar mejor cuando toman medicamentos que aumentan la cantidad de serotonina en su cerebro.

6.2 Tratamiento

La terapia conductual también puede utilizarse para tratar el TOC bajo el cuidado de un terapeuta entrenado. En terapia conductual la gente se expone a situaciones que causan o desencadenan sus obsesiones y ansiedad. Luego, se les incentiva a no realizar los rituales que usualmente les ayudan a controlar sus nervios. Por ejemplo, una persona que está obsesionada con gérmenes se motiva a usar un baño público sin lavarse las manos más de una vez. Para usar este método una persona que tiene TOC tiene que ser capaz de tolerar los niveles altos de

ansiedad que esto puede generar. Además se puede utilizar varios medicamentos como clomipramina, fluoxetina

2.4 Métodos de psicodiagnóstico

Es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal (psicólogo-paciente) de duración limitada (aproximadamente 5 o 6 sesiones de 50 minutos) con el objetivo de realizar una descripción, lo más profunda y completa que se pueda, de la personalidad del individuo; adulto, adolescente o niño. Se realiza porque existe una demanda de una persona y su entorno que sufre y que desea conocer por qué le pasa esto y cómo puede solucionarlo.

Entre las finalidades de un psicodiagnóstico, se encuentran:

- Descripción del funcionamiento de la personalidad para ayudar a determinar el diagnóstico.
- Estimar el pronóstico del caso
- Elección de la estrategia terapéutica más adecuada.
- Evaluación del tratamiento.
- Como medio de comunicación; a través del psicodiagnóstico se puede lograr que adquiera conciencia de su sufrimiento para aceptar colaborar en la consulta.

Entre sus objetivos

- 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 (ej: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (ejem. definición de adecuación a un cargo en caso de selección de

personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos)

2.4.1 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 interconsulta). 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 tests 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.
- c. **Aplicación de la evaluación:** lo que se evalúa son datos globales, situaciones, significados, etc. Se hace en función de criterios referentes externos y así se obtiene impresiones, apreciaciones, etc. Son aplicados de forma rutinaria para asesorar las decisiones individuales y para mejorar la educación y organizar los planes de estudio.
- d. **Administración de tests y otras herramientas diagnósticas:** Todos los tests se deben administrar dentro de un tiempo relativamente corto, preferiblemente dentro de una o dos semanas. La administración de los tests debe ser programada para los momentos en que los estudiantes estén descansados y sus mentes despiertas. La índole y la secuencia de los tests proporcionan variedad, pues éstos tratan acerca de palabras, números o

diagramas o figuras. En el caso de administrarse los tests en dos sesiones, de aproximadamente dos horas de duración cada una, esta distribución, ésta distribución ayuda a conservar el interés y evitar la monotonía.

- e. 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 son 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.

- f. Análisis de los resultados: Análisis de resultados de una investigación es la parte de ella que permitirá, a quien la realice, establecer las conclusiones de la misma. Esto es, si la investigación ha sido lo suficientemente adecuada, se obtendrán resultados cuyo análisis permitirá obtener conclusiones adecuadas.
- g. Confección y entrega del Informe Psicológico: Dirigido al solicitante del proceso de Psicodiagnóstico.

2.4.2 Instrumentos útiles para el psicodiagnóstico

1. Informe psicológico

El informe psicológico es una exposición escrita, minuciosa e histórica que expone verbalmente los resultados de un proceso de psicodiagnóstico, con el objetivo de transmitir a un destinatario, los resultados, conclusiones y pronóstico en base a los datos obtenidos y analizados a la luz de instrumentos técnicos.

Supone entonces ordenar los datos en función de las variables que propone un marco teórico. Así un informe psicológico puede entenderse, como la traducción a un juicio de índices producidos a partir de la organización de hechos o datos.

En él se incluyen los siguientes datos:

- Identificación del examinado y del examinador
- Motivo de consulta
- Antecedentes relevantes
- Pruebas o instrumentos aplicados
- Conducta observada
- Resultados
- Conclusiones o sugerencias

2. Historia clínica

Es importante describir los conceptos en los cuales se fundamenta la historia clínica que se le ofrece al paciente, el más importante de los cuales es el de episodio.

- a. Episodio: El apartado de Episodios es el eje central de la Historia Clínica. Primero se debe crear un episodio y a partir de aquí se podrá construir el resto de información.

Un episodio es cada uno de los problemas de salud de los pacientes. En conjunto componen el "todo" que nos interesa de nuestros enfermos. Por tanto, una gastroenteritis, la gripe, un traumatismo, son episodios, pero también lo son el abuso del tabaco, un problema de abandono en el matrimonio, el miedo al cáncer o una alteración analítica aislada.

Los episodios tienen un sentido longitudinal en el tiempo. Todos los episodios tienen una fecha de inicio y pueden tener o no una fecha de fin. Una infección urinaria tiene fecha de inicio y fin, pero la diabetes serán problemas o episodios que no finalizarán hasta el fallecimiento del paciente. Hay, por tanto, episodios que conceptualmente son agudos, otros que son crónicos y un buen grupo que puede variar en función de pacientes concretos (por ejemplo la ansiedad).

- b. Antecedentes: La finalidad de este apartado es el registro de cualquier dato o circunstancia, personal o familiar, en la historia clínica del paciente, previa a su situación actual por considerarse relevante o de utilidad.
- c. Curso clínico: Anotaciones relativas a la evolución de los episodios del paciente
- d. Protocolos: Herramienta que posibilita que el profesional guarde información sobre el paciente y sus procesos de forma personalizada.
- e. Datos generales del paciente: son una unidad de registro de la información clínica del paciente. Son campos de información que pueden contener tanto datos numéricos como texto o fecha, según cómo estén predefinidos. Permiten introducir la información desde distintos sitios, simplifica la consulta de datos, y posibilita el seguir una evolución cronológica de estos mediante gráficos o tablas. Es el caso de datos como el peso, la talla, la tensión.

3. Manuales de psicodiagnóstico

3.1 Diagnóstico multiaxial

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

- Eje I Trastornos clínicos, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II Trastornos de la personalidad
- Eje III Enfermedades médicas
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V Evaluación de la actividad global

Facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales y del nivel de actividad, que podría pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centra en el simple problema objeto de la consulta.

Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica. Para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico y por último promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

3.2 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

El DSM-IV-TR (*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, IV Edition, Text Revision*, de acuerdo a sus siglas en inglés), es el manual utilizado por los profesionales de la

salud mental, y se utiliza con la finalidad de facilitar y estandarizar el diagnóstico de los trastornos mentales. Es un texto descriptivo y teórico (dirigido específicamente al conocimiento), no causal.

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

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

La creación del DSM-IV estuvo a cargo de trece grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido por cinco o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de una amplia gama de perspectivas y experiencias en el campo de los trastornos mentales y médicos). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros respecto de los avances obtenidos, así como de las conclusiones a las que se llegaban.

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos. De esta manera, todos los profesionistas que utilizaran ambos manuales estarían bajo un mismo lineamiento para la diagnosis.

3.2 Clasificación Internacional de Enfermedades mentales CIE-10

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la *WHO Family of International Classifications* (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daño o enfermedad. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

La CEI es publicada por la Organización Mundial de la Salud, es utilizada mundialmente para las estadísticas sobre la morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

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

CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor juego en la apreciación clínica.

3.3 Guía latinoamericana de trastornos psiquiátricos GLADP

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

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 y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

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

Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos. Por otro lado, se necesita atender de manera

competente a síndromes locales de importancia, tales como el *susto*, el *ataque de nervios* y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

La GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional. Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica.

4. La entrevista psiquiátrica

Es una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos o más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente, y qué pautas o normas experimenta como particularmente productores de dificultades o especialmente valiosa, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

4.1 El carácter oral de la entrevista

La entrevista es una situación de comunicación principalmente oral o vocal, no solamente comunicación. Es estando alerta a la importancia de esas cosas como señales o indicaciones de significado, que la entrevista psiquiátrica se torna práctica en una razonable sección del curso de la vida de una.

En la entrevista psiquiátrica, una gran parte de la experiencia que uno va conquistando lentamente, se manifiesta en una demostración de ligero interés en el punto en el cual se registra una diferencia tonal.

Así la entrevista psiquiátrica es, primordialmente, una cuestión de comunicación vocal y sería un error muy grave presumir que la comunicación es primordialmente verbal. Los complementos de sonido sugieren lo que uno quiere deducir de las proposiciones verbales expresadas.

4.2 Integración voluntaria de los participantes

Los psiquiatras están acostumbrados a tratar con personas que acusan distintos grados de disposición, desde aquellas que se muestran extremadamente reacias a entrevistarse con el psiquiatra, a los que se muestran seriamente interesados en obtener los beneficios que brindan la psiquiatría moderna.

Las personas desean que se les sea posible hablar sobre sus cosas francamente con alguien, pero llevan determinaciones inculcadas que les obstaculizan toda discusión libre. En la actitud del psiquiatra hay algunos elementos más o menos voluntarios pueden variar; desde que se entusiasma, hasta el aburrimiento respecto al paciente. Pero toda emoción notable del entrevistador es un lamentable incidente que puede considerarse equivalente a un problema psiquiátrico.

La actitud más sensata de un psiquiatra en una entrevista psiquiátrica es, probablemente es, probablemente, limitarse a alcanzar la muy seria comprensión de que se está ganando la vida y que para eso, tiene que trabajar intensamente.

Pero la actitud del cliente no debe toarse muy en serio por sí misma. Muchas personas que al comienzo de la entrevista se muestran muy resistentes, resultan notablemente comunicativas en cuanto descubre que el entrevistador es sensato en sus preguntas y que no se limita a distribuir elogios, culpas y demás sin discriminación.

4.3 Relaciones entre el profesional y el cliente

El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales; se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su sujeto o paciente.

El psiquiatra está particularmente inhibido de buscar satisfacciones personales o prestigio. Busca únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente y espera que este pague sus servicios. En lo que es aplicable a la psiquiatría: es un experto que posee conocimientos expertos de las relaciones interpersonales.

El psiquiatra tiene que estar siempre muy al tanto de este aspecto especial del papel del experto; que concierne particular y principalmente a la información, la información correcta que le impide a utilizar sus conocimientos expertos para proporcionarle una satisfacción personal. Solo si se da cuenta puede el experto consolidar rápidamente y con razonable facilidad de relaciones entre él y el cliente.

4.4 Las normas características de vida del paciente

En la entrevista psiquiátrica, es una excelente idea saber todo lo que se puede saber sobre el paciente. Resulta muchísimo más fácil la terapéutica si el paciente se ha dado cuenta de que se está interesado en comprender algo de lo que él cree que le sucede, y también qué clase de persona consideran sus amigos que es él.

El propósito de la entrevista psiquiátrica dilucidar las normas características de vida, algunas de las cuales crean dificultades para el paciente. Muchas personas que consultan a psiquiatras se consideran como víctimas de una enfermedad o defecto hereditario.

La entrevista psiquiátrica está destinada principalmente a descubrir las dificultades oscuras del vivir, que el paciente no entiende claramente; en otras palabras, todo aquello que por razones culturales ve nebuloso, que lo confunden crónicamente, o confunden a los demás. Tales dificultades se destacan más claramente y con mayor significado, cuando uno se da cuenta de qué clase de persona es él, que hace esa persona y por qué.

4.5 La esperanza de beneficio del paciente

El paciente tiene por lo menos alguna esperanza de mejoramiento o de obtener algún beneficio personal como consecuencia de la entrevista. Hasta donde la participación del paciente en una situación de entrevista le inspira la convicción de que el psiquiatra está aprendiendo no solamente como experimenta sus dificultades su paciente y con quien experimenta esas dificultades, la esperanza implícita de beneficio está en proceso de realización.

El entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo de la entrevista, que sus esperanzas de mejorarse. Entonces la entrevista psiquiátrica es precisamente un grupo de dos, en el cual se crea una relación de experto-cliente, en el que el experto es definido por la cultura.

El entrevistador tiene que descubrir quién es el cliente, debe investigar qué curso de acontecimientos ha experimentado en cliente para llegar a ser lo que es en el momento de la entrevista, lo que tiene en materia de antecedentes y experiencia. Y sobre la base de qué es la persona, el entrevistador tiene que entrarse de qué es lo que considera como problemático en su vivir.

Que la persona se retire de la entrevista psiquiátrica con una cierta medida de claridad sobre sí misma y su modo de vivir con sus semejantes es el objeto esencial de dicha entrevista.

4.6 El psiquiatra como observador participante

Sin los antecedentes del pasado, el observador no podrá deducir, por medio de puras operaciones intelectuales, el significado de la formidable serie de actos humanos. Por lo tanto en psiquiatra está inescapable e inextricablemente comprometido en todo cuanto ocurre en la entrevista.

Este es otro argumento a favor de la posición de que el psiquiatra tiene un trabajo rudo que realizar, sin perseguir su propia satisfacción o prestigio.

El psiquiatra no debe olvidar jamás el hecho de que todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud, y de que todo cuanto ofrece va dirigido más o menos exactamente a su paciente, lo cual da como resultado un maravilloso interjuego.

El psiquiatra, desempeña un papel muy activo en lo referente a introducir interrogantes, no para demostrar que es hábil o que es escéptico, sino literalmente para asegurarse que sabe lo que se le está diciendo.

Pueden formularse numerosas preguntas y darse igual número de contestaciones, en la entrevista psiquiátrica, antes de que el paciente se de cuenta claramente de lo que el psiquiatra está tratando de explorar, pero en el proceso, el paciente habrá experimentado muchos principios de aclaraciones sobre asuntos que subsiguientemente cobrarán un considerable significado personal.

El experto en psiquiatría debe tener, según se espera de él, una comprensión poco común del campo de las relaciones interpersonales, una comprensión muy extensa, maravillosamente detallada o ambas cosas a la vez.

En otras palabras, puesto que el psiquiatra es un experto en las relaciones interpersonales, no tiene nada de extraño que el paciente llegue ante él esperando que conduzcan las cosas de tal modo que materialice los propósitos que lo han llevado al consultorio, es decir, que sus ventajas y desventajas en la vida sean correctamente apreciadas y que sus dificultades serán suavizadas a fin de que puedan convertirse en elementos remediabiles y significativos de su pasado.

Si el respeto hacia la otra persona y hacia su sentimiento de seguridad, es el primer elemento de la pericia en las relaciones interpersonales, que todo cliente buscará en un entrevistador que está empeñado en una tarea psiquiátrica o casi psiquiátrica.

- a. Datos pertinentes y fuera de lugar: el experto tiene derecho a que se le suministren los datos pertinentes y significativos, y por lo tanto, se empeña en conseguirlos. Es muy posible que el psiquiatra, mientras trata de enterarse de diversas cosas que necesita saber, tropiece con esas zonas de secreto.

En una entrevista psiquiátrica no hay tiempo que perder. Si el psiquiatra ve que el paciente está repitiendo cosas que ha dicho anteriormente, puede, pero sin brusquedad, desalentar tales movimientos tolerando un mínimo de tiempo perdido, puesto que saber perfectamente que hay mucho que hacer. El psiquiatra se priva asimismo de la satisfacción de cualquier curiosidad respecto a las cuestiones en las cuales no existe razón alguna para investigar.

- b. Trivialidades psiquiátricas: otra cosa que el entrevistador deberá evitar, es todo comentario carente de sentido y todo cuanto signifique oscurecer los problemas. Evita dar su tácito consentimiento, por medio de la ausencia de todo comentario. Muchas perogrulladas de la cultura y trivialidades psiquiátricas son expresadas con suma facilidad.

Los psiquiatras tratan de evitar los comentarios sin sentido y las trivialidades psiquiátricas que obstaculizan tanto la obtención de información por el psiquiatra como por el paciente.

4.7 Tipos de entrevistas psiquiátricas

En primer lugar, la consulta realizada con propósito de diagnóstico, para aconsejar y talvez facilitar la obtención de un tratamiento competente. Es decir el psiquiatra trata de determinar el carácter de las dificultades personales en la vida del entrevistado, y aconsejarle con quién y de qué manera podrá obtener un tratamiento o beneficio.

Está también la entrevista que es en efecto, la conferencia inicial sobre la psicoterapia, con un tratamiento continuado, es decir, que el entrevistador se aboca a la vez al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional, con vistas a realizar él mismo el tratamiento. Por otra parte, cuando es conclusión predeterminada que ese entrevistador particular no realizará milagros, sino que se limitará a decir al paciente a dónde ir y por qué, se facilita notablemente la obtención de las informaciones necesarias.

El siguiente tipo de entrevistas, es realizada también con el propósito de diagnosticar una dificultad del vivir, pero con un acento especial en influir el ambiente más que al paciente.

En tales casos, se supone que el psiquiatra producirá el beneficio, en lo que concierne a la situación dada, a través de algún efecto sobre y por intermedio de otras personas o instituciones. Pero eso no elimina la necesidad de ayudar también a la persona que acude a la entrevista, si el entrevistador ha de obtener realmente los datos que necesita; esto no prohíbe que se haga algo a favor de esa persona para ayudarla a vivir.

4.8 El uso de las transiciones en la entrevista

Se refiere a la forma de realizar las transiciones, de cómo el psiquiatra deberá actuar en las entrevistas.

El entrevistador debe cambiar de dirección con mucha frecuencia. Durante este proceso, abogará muchos tópicos, que aunque interesen al paciente, son identificados por el psiquiatra como de improbable utilidad.

Tiene que interrogar respecto a ciertas cosas que el paciente tiene gran habilidad para eludir, y, como resultado, la entrevista deberá proceder a veces de una situación oscura a otra. Las transiciones en las entrevistas como uno de los muy importantes detalles técnicos que siempre deben suscitar considerable atención, y que requiere una especie de serena y continua vigilancia en todo el trabajo del psiquiatra en su trato con extraños, de manera seria e íntima.

De esa manera, conviene siempre observar cuando se cambia el tema de la conversación. Ese cambio de tema puede muy bien ser tratado de una entre por lo menos tres maneras.

La primera; la transición suave: cuando el entrevistador desea cambiar el tema de conversación, puede realizar la transición, por medio de una declaración adecuada.

En la transición acentuada; en el cambio acentuado, es posible que se olvide lo que se estaba hablando, la gente suele ser dada a volverse un tanto insegura cuando se sugiere que el estado del tiempo va a cambiar y las predicciones no resultan dignas de mucha fe.

Y la transición abrupta: es más bien, cuando se introduce un nuevo tópico de la conversación que es pertinente pero que ha sido introducido en lo que podrá llamarse un punto socialmente inoportuno, y sin la menor advertencia.

4. 9 Las anotaciones durante la entrevista

El entrevistador psiquiátrico realiza tres cosas: estudia lo que puede querer decir el paciente con lo que expresa; estudia la mejor manera en que él mismo puede exponer lo que desea

comunicar al paciente, y al mismo tiempo, observa el tipo general de los hechos que se le comunican o que se están discutiendo. Además de eso tomar notas que tenga un valor más que evocativo, o lleguen siquiera aproximadamente a constituir una constancia *verbatim* (palabra por palabra).

Obteniendo los datos sociales generales de una persona, se le puede decir al paciente que se posee un don especial para olvidar todo lo que es de utilidad y que, por lo tanto, si a él no le importa, se tomará algunas notas respecto al número de hermanos que tiene, y algunas otras cosas sin importancia.

La integración interpersonal del entrevistador y el entrevistado: La psiquiatría estudia las relaciones personales, que ocurren únicamente en situaciones interpersonales; tales situaciones involucran algo más que la simple presencia de dos personas en un lugar; se refiere a dos personas que están relacionadas una con la otra, y a eso se le llama integración.

Una situación interpersonal, de la cual la entrevista es un ejemplo particular, está integrada y producida, hasta cierto punto por algo de las dos personas interesadas, que es recíproco.

Uno puede decir que la situación-entrevista está integrada por motivos coincidentes y recíprocos del entrevistado y el entrevistador.

Una entrevista tiene que prometer utilidad o beneficio para el entrevistado; él se siente con el derecho a una cierta medida de beneficio derivado de ella, y debe tener ese beneficio.

5. Tests psicológicos

5.1 Definición de los tests psicológicos

Una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos

colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativamente, ya sea tipológicamente (Pierre Pichot, "Los tests mentales", Editorial Paidós. Buenos Aires. 1960).

La finalidad de los tests consiste en medir las diferencias existentes en una determinada característica o rasgos entre diversos sujetos, o bien entre el comportamiento del mismo individuo en diferentes momentos u ocasiones. Los primeros problemas que estimularon el desarrollo de los tests en el campo de la psicología fueron de origen clínico.

Es larga la polémica sobre los llamados tests mentales. Desde sus comienzos los tests sirvieron para medir el llamado coeficiente intelectual, pero con el desarrollo de la psicología éste se dejó de medir aisladamente. Se pasó entonces a hablar de diversas formas de inteligencia, de distintas facultades o habilidades mentales. Se dividió los sistemas de tests en clasificaciones distintas, por ejemplo, los de inteligencia, los de aptitudes, los de conocimiento. Cobró así importancia la llamada inteligencia emocional.

El objetivo de los primeros psicólogos experimentales fue la formulación de leyes sobre la conducta humana, particularmente en lo tocante a las esferas de la sensación y la percepción y en lo referente al estudio de los tiempos de reacción.

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

5.2 Planteamientos a favor de los tests

Sugieren utilizar los tests como un complemento diagnóstico y no como único elemento a considerar. Recomiendan una correcta elección de la batería de tests a aplicar, nunca uno

aislado, para garantizar la confiabilidad necesaria, y la realización de "test-retest", es decir, la aplicación de un mismo tests en dos ocasiones luego de un intervalo de tiempo, para observar la correlación entre ambos.

Plantean que los tests son de utilidad pues miden lo que se pretende medir, optimizando los recursos disponibles. Además, brindan una aproximación diagnóstica, acotan los tiempos y entregan elementos objetivos para la práctica profesional.

5.3 Tipos de tests

Existen distintos tipos de tests, de diversas modalidades. Existen tests lúdicos (que consisten en construir y jugar), tests verbales (que consisten en describir, contar, responder), no verbales, gráficos (que consisten en dibujar, copiar)

Resultaría imposible enumerar todos los tipos de tests, son muchos los investigadores que permanentemente inventan o modifican pruebas diagnósticas, y los diferentes tipos clasificatorios según se crea más conveniente. Sin embargo un grupo de pruebas ha calado fuerte entre los profesionales que suelen emplearlas, de esta manera sobre determinados resultados se puede buscar bibliografía, comparaciones de datos, investigaciones, experiencias, manuales.

Por lo que resulta importante para quién trabaja con tests, dejar de lado las pruebas de mayor desarrollo y aceptación, entre ellas: Los tests desiderativos, los gráficos (la casa y el árbol, el árbol, la figura humana, la familia, la pareja, las dos personas, el dibujo libre, mis manos, etc). Los de cuentos incompletos, el C.A.T., el Rorschach, el Bender, el Raven, la hora de juego.

5.4 Clasificación general

La mayor clasificación de los tests se da en dos grandes vertientes.

1. Tests psicométricos: que básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetivizada.
2. Tests proyectivos: 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), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil.

5.5 Clasificación por niveles

Tradicionalmente el uso de los tests 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 existe una clasificación dirigida a regular este particular.

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

2. Tests de Nivel II: pueden 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.

3. Tests de Nivel III: son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los tests más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las Escalas Wechsler (WAIS, WISC y WPPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas (Luria, Halstead-Reitan, K-ABC)

5.6 Según el método de administración

1. Tests individuales

Se denomina tests Individual al que exige la presencia de una persona para administrar el tests, no siendo posible su aplicación unas instrucciones mas complejas que los tests colectivos y es preciso que el examinador las llegue a dominar bien, quien administra un tests individual, tiene la posibilidad de establecer contacto directo con el sujeto. La situación de examen individual permite al examinador hacer observaciones finas y precisas sobre la forma de responder del sujeto, la actitud y reacciones emocionales, lo cual puede reportar valiosa informaciones complementarias al resultado estricto de un examen psicométrico. Como por ejemplo:

1.1. Las Escalas de Binet: Fueron desarrolladas por Alfred Binet, 1896, 1905. En su forma más antigua consistía en 30 preguntas y tareas que incluían actividades tales como desenvolver un caramelo, seguir un objeto móvil con los ojos, comparar objetos de diferentes pesos, repetir números u oraciones de memoria, reconocer objetos familiares y otras cosas

parecidas (Frank, 1976). El puntaje del paciente en la prueba simplemente consistía en el número de reactivos que había pasado.

Las tareas de la prueba Binet se graduaron "*por edades*". Esto se refiere a que se disponen los reactivos de tal forma que se puede esperar por norma general que los niños más pequeños pasen los primeros reactivos, mientras que se esperaba que los niños más grandes pasaran los reactivos posteriores. Binet y su colaborador Theodoro Simon, observaron la conducta de 200 niños y sugirieron, por ejemplo, que los niños de 3 años de edad deberían ser capaces de identificar sus ojos, nariz, boca, nombrar objetos sencillos en un dibujo, repetir un número de dos dígitos y una oración de seis sílabas y decir su apellido.

A los siete años de edad se esperaba que un niño obtuviera éxito en las actividades como completar figuras a las que le faltara una parte, copiar una oración escrita y figuras geométricas sencillas, identificar nombres de diferentes monedas, etc. *La edad mental* de un niño representaba el nivel de edad más alto en el que se pasaban todos los reactivos (además de los puntos adicionales que se recibiera por las respuestas correctas de los niveles más altos).

1.2 Las de Wechsler: Se trata de una versión actualizada y renovada de las anteriores escalas de Wechsler para niños (WISC, WISC-R Y WISC-III). Ofrece información sobre la capacidad intelectual general del niño (CI Total) y sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia (Comprensión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento).

La Escala se compone de 15 tests, 10 principales y 5 optativos. Los principales cambios en cuanto a estructura se refieren a la incorporación de 5 pruebas de nueva creación (Animales, Adivinanzas, Matrices, Conceptos y Letras y Números) y la eliminación de otras presentes en versiones anteriores (Laberintos, Rompecabezas e Historietas).

Todos los materiales han sido renovados y el contenido de los tests ha sido revisado y adaptado a las necesidades actuales y a los últimos avances en la investigación, ampliando el ámbito de aplicación para abarcar niños con muy bajas o altas capacidades y mejorando las normas de aplicación y corrección.

Aplicación: Individual

Tiempo: Entre 60 y 110 minutos.

Edad: Niños de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses.

Juego completo que incluye:

Manual de aplicación y corrección

Manual Técnico de interpretación.

Cuaderno de elementos.

25 cuadernos de anotación,

25 cuadernos de animales

libro de claves

1.3 Las de Grace Arthur: Las que requieren manipulación de aparatos o piezas (por ejemplo: el tests de pequeñas piezas de Crapford. Test de coordinación de Vasomotora de Yela y López Ladrón, etc.) y numerosas técnicas proyectivas como:

1.4 El T.A.T: o *Thematic Apperception Test* (test de apercepción de temas, según la fórmula de Didier Anzieu), es una prueba proyectiva como el tests de manchas de tinta de Rorschach (test estructural), y que “demanda al sujeto la invención de relatos a partir de fotografías que se le muestran” (D. Anzieu).

1.5 Roschach: El método del Rorschach es el principal tests de la personalidad dentro del campo de los tests proyectivos. Analizando el modo en que un individuo organiza las manchas de tinta, es posible conocer las principales características intelectuales, emocionales y del funcionamiento del Yo. Al expresar lo que ve en las manchas de tinta del tests, el individuo no

responde en base a lo que sabe que se espera de él, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. Y sin saberlo su interpretación de las manchas revela aspectos de su personalidad que no puede o no está dispuesto a revelar voluntariamente.

2. Tests colectivos o autoadministrativos

Un importante acontecimiento en la historia de la psicometría lo constituye la aparición de los tests adecuados para examinar colectivamente a grupo de personas. Fue la Primera guerra mundial el suceso que plantearía la necesidad de elaborar urgentemente este tipo de tests. En efecto en 1917 los Estados Unidos se vieron obligados a reclutar un ejército con rapidez y seleccionar los mandos sin disponer previamente las reservas.

Las escalas de Binet y otros tests a la sazón existentes, eran pruebas que podían ser aplicadas solamente individuo por individuo y que, en consecuencia exigía una considerable cantidad de tiempo del que no se disponía en tales circunstancias y a la vez en numeroso equipo de personas especialmente preparadas para su correcta administración.

Una vez terminada la guerra, los tests del ejército se revisaron y perfeccionaron y pronto se empezó a aplicarlos a la población civil. A consecuencia de las ventajas que se derivan de la posibilidad de aplicación colectiva de estos tests, esta nueva modalidad adquirió un gran auge durante los años siguientes, concibiéndose numerosos tests para diversas edades y fines.

Tienen unas instrucciones breves y sencillas concernientes a la tarea a realizar por los sujetos y al formar los registros de sus respuestas. A veces las instrucciones se les dan verbalmente y en ocasiones figuran impresas en el material de examen, pero se limita a comprobar si el sujeto las ha comprendido, para lo cual hay que realizar previamente algunos ejemplos similares y se economiza tiempo, entre ellos:

2.1 El A.M.P: Apreciación de factores básicos de la inteligencia: Verbal, Espacial, Numérico, Razonamiento y Fluidez Verbal. El total ponderado de estos factores permite una estimación de la inteligencia general.

La significación de los factores es la siguiente:

- V. Capacidad para comprender y expresar ideas con palabras;
- E. Capacidad para imaginar y concebir objetos en dos y tres dimensiones;
- R. Capacidad para resolver problemas lógicos, comprender y planear;
- N. Capacidad para manejar números y conceptos cuantitativos;
- F. Capacidad para hablar y escribir sin dificultad.

Se dispone de una versión que se contesta en hojas de respuesta autocorregibles, que facilitan en gran medida la tarea de corrección manual. En el área de recursos humanos, recomendado para evaluar a técnicos y licenciados, administrativos y subalternos, y operarios.

2.2 El *Múltiple Aptitudes Tests*, y otras pruebas de inteligencia general como los tests del Ejército (*Army Tests*), así como los cuestionarios de personalidad, no solo pueden aplicarse colectivamente, sino que en gran parte se construyeron teniendo en cuenta esa necesidad.

3. Tests de inteligencia y aptitudes

Se distinguen de los tests de conocimiento y de aprovechamiento en aquellos, miden aspectos del funcionamiento del intelecto en su mayor parte independiente – aunque no totalmente de sus adquisiciones culturales.

3.1 Tests de aptitudes

Estas pruebas indagan la cantidad y calidad de tu capacidad intelectual (rendimiento y el nivel de conocimientos), al objeto de conocer en que tipo de actividades eres más hábil. Se pueden

identificar distintos tipos de tests dependiendo de lo que interese evaluar en relación con el puesto de trabajo al que se opte. En general, estos tests pueden evaluar tres tipos de aptitudes:

1. Aptitud numérica: miden tu capacidad para realizar cálculos numéricos.
2. Aptitud verbal: miden tu capacidad de comprensión, fluidez verbal.
3. Aptitud abstracta: miden tu capacidad de pensar con flexibilidad, centrarte en lo relevante.

3.2. Tests de matrices de Raven

Estos tipos de tests están orientados a la valoración de inteligencia concreta. En este tipo de tests, se pide que establezcas las relaciones existentes entre las sucesiones de figuras y objetos que aparecen.

Es bueno no ceñirse a uno de los ejercicios y perder el tiempo buscando la respuesta acertada. Es mejor avanzar y seguir con demás, para descubrir la ley que rige las sucesiones de figuras, fichas o naipes. Además, evitarás bloquearte y ponerte nervioso/a por dedicar demasiado tiempo a una sucesión.

3.3. Tests de Inteligencia

Un ejemplo de los múltiples Test de inteligencia que existen, es el coeficiente de inteligencia de la W.A.I.S. A la hora de medir el coeficiente intelectual, esta escala mide a través de tres tipos de coeficientes: verbal, de resultados y general. Estos tres tipos de coeficientes, son evaluados con 11 pruebas destinadas para ello, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Tests de información general
- Tests de comprensión verbal
- Tests de memoria de cifras
- Tests de aritmética

- Tests de semejanzas
- Tests de vocabulario
- Tests de cubos
- Tests del código
- Tests de ensamblaje de objetos
- Tests de clasificación de imágenes
- Tests de complementos de imágenes

4. Tests de personalidad

Son aquellos que miden las características de la personalidad o comportamientos habituales del sujeto propiamente dichas, como por ejemplo, la estabilidad emocional, la sociabilidad, los intereses, las actitudes, etc. Se puede distinguir los siguientes subproductos:

- Métodos de observación
- Normalizado
- Entrevistas normalizadas
- Escalas de Estimación
- Rating Scales)
- Cuestionarios de personalidad
- Tests de conducta Objetivos
- Métodos Expresivos
- Tests Proyectivos

5. Tests Proyectivos

Láminas proyectivas: son diferentes láminas con manchas de tinta o dibujos poco definidos que tenemos que interpretar. Evalúan la interpretación que hacemos de las mismas.

En este tipo de pruebas no se puede trampear ni andar con engaños. No hay respuestas ni correctas ni incorrectas, sino respuestas que reflejan tu personalidad.

Es fundamental pensar en positivo, ya que nos permitirá ser más abiertos/as a la hora de las interpretaciones. No conviene mencionar objetos bélicos, oscuros o negativos a la hora de interpretar una mancha.

a. El tests de Koch o más conocido como el test del árbol: Consiste en dibujar uno o varios árboles. El psicólogo/a tratará de saber indicaciones relativas a tu personalidad. Se aconseja ser espontáneo.

b. El tests de Rorschach: Es quizás el más conocido y una de las pruebas más completas. Está basado en lo que las personas perciben, ya que visualizan e interpretan manchas de tinta.

TAT o Tests de Apercepción Temática. Consiste en una serie de láminas con escenas en las que intervienen diferentes personajes.

5.7 Áreas de aplicación

El uso de tests para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen tests meramente clínicos, así como otros que si bien pueden ser usados clínicamente también se aplican en otros contextos psicológicos, como la Selección de Personal, la Orientación Vocacional y la investigación pura y aplicada, así la evaluación psicológica por medio de tests no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área, así cómo sacar el mayor provecho posible de cada prueba para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia. Dentro de las áreas aplicadas de la Psicología el uso de tests es fundamental en las siguientes:

1. Psicología clínica

Quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos.

También proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, como al momento de planificar determinada intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

2. Psicología educativa y orientación vocacional

En esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje y las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

3. Psicología organizacional y laboral

Al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.5 Psicoterapia

La traducción literal de psicoterapia es “tratamiento de la psique”. Es definida como la relación interpersonal que contiene una teoría abierta o implícita de malestar psicológico y de las condiciones que son necesarias para que ocurra el cambio psicológico. La relación y las interacciones interpersonales que marcan esa relación están estructuradas de tal manera que se optimicen las condiciones para el cambio psicológico.

Una parte de la relación (el terapeuta) tiene como tarea la provisión de experiencias que promueven el cambio, el cual debe comunicar una sensación de confianza al cliente y según Carl Rogers, el terapeuta debe creer que la psicoterapia será efectiva y además proyectar autenticidad, empatía y respeto positivo incondicional que son las condiciones necesarias y suficientes para provocar el cambio terapéutico.

La otra parte (el paciente) quien es motivado por diferentes problemas como los de los pensamientos o sentimientos perturbados, un matrimonio infeliz, falta de seguridad en sí mismo, temor insistente, sentimiento general de que las cosas no valen la pena, una crisis de identidad, depresión, problemas sexuales y el insomnio etc. quien deberá participar con su mejor capacidad para mejorar.

2.5.1 La relación terapéutica

Es una parte que compone el proceso terapéutico y alude al establecimiento de una relación terapéutica, donde se pretende crear una buena relación con el paciente, puesto que de ella dependerá en parte la aceptación y confianza entre éste y el psicoterapeuta, donde además se debe establecer un *rapport* psicológico.

En primer lugar, la relación consiste en que ambas partes estén claramente conscientes del motivo por el cual se encuentra en ella y de lo que deben ser las reglas y las metas de su

interacción. La relación debe ser voluntaria e iniciada por el cliente y aceptada por el terapeuta.

El propósito principal de la relación terapéutica es inducir al cliente a que se comporte de una manera que tanto el cliente como el terapeuta consideren deseable. La intensidad de la relación terapéutica a menudo provoca que surjan demasiadas tentaciones para que el terapeuta descarte una orientación profesional hacia sus clientes a favor de las relaciones más espontáneas y naturales tales como la atracción sexual, lástima, frustración, hostilidad y aburrimiento.

La relación entre el cliente y el terapeuta también se caracteriza por unos compromisos morales y éticos por parte del terapeuta que sirven para aislar la relación del calor de las fuerzas externas.

En las terapias psicoanalíticas la relación terapéutica divide la interacción entre el paciente y el terapeuta en tres componentes que se sobreponen:

1. La relación real: que consiste en los aspectos sociales de la interacción entre los dos participantes terapéuticos. Esta parte de la interacción se considera un subproducto inevitable de contacto frecuente, regular, entre el paciente y el terapeuta.
2. La alianza terapéutica: es el enlace de funcionamiento, orientado a la tarea que se desarrolla entre los aspectos racionales, de investigación y psicológicamente observables de las personalidades del paciente y del terapeuta. De la alianza surge el proceso analítico, que incluye la libertad del paciente para comunicarse por completo respecto a la experiencia interna y para mantenerse abierto a las interpretaciones ofrecidas por el terapeuta.
3. La relación de transferencia y contratransferencia: se refiere a las descripciones irracionales, a las percepciones de idiosincrasia históricamente determinadas, del

terapeuta por parte del paciente (transferencia) y del paciente por parte del terapeuta (contratransferencia).

La transferencia es el proceso inconsciente en el cual el paciente confunde o transforma de manera activa al terapeuta en alguien de su pasado o de su vida presente, fuera de la relación terapéutica.

La contratransferencia implica una percepción similar distorsionada, inconsciente, del paciente por parte del terapeuta. La transferencia y la contratransferencia influyen en la interacción inmediata de un modo repetitivo e inicialmente desconocido, y están entre las causas más frecuentes de la resistencia y de los bloqueos, en el flujo de comunicación entre el paciente y el terapeuta.

2.5.2 Competencias de la psicoterapia

A. Especificación de objetivos

Interacción con el cliente para definir los objetivos del servicio que se proporcionará.

1. Análisis de necesidades: Obtención de información sobre las necesidades del cliente utilizando métodos apropiados. Clarificación y análisis de las necesidades hasta un punto en que se pueda determinar las acciones significativas a realizar.

2. Establecimiento de objetivos: Proponer y negociar los objetivos con el cliente. Establecer objetivos aceptables y realizables. Especificar criterios para evaluar la consecución de esos objetivos con posterioridad.

B. Evaluación

Determinar características relevantes de los individuos, grupos, organizaciones y situaciones utilizando métodos apropiados.

1. Evaluación individual

Realizar la evaluación de individuos por medio de entrevistas, tests y observación en un contexto relevante para el servicio solicitado.

2. Evaluación de grupo

Realizar la evaluación de los grupos por medio de entrevistas, tests y observación en un contexto relevante para el servicio solicitado.

3. Evaluación organizacional

Realizar la evaluación apropiada para el estudio de las organizaciones por medio de entrevistas, encuestas y otros métodos y técnicas adecuados en un contexto relevante para el servicio solicitado.

4. Evaluación situacional

Realizar la evaluación apropiada para estudiar las situaciones por medio de entrevistas, encuestas y otros métodos y técnicas adecuados en un contexto que es relevante para el servicio solicitado.

2.5.3 El proceso terapéutico

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento. Las siguientes fases son las que atraviesa el proceso psicológico.

La primera, alude al establecimiento de una relación terapéutica, donde se pretende crear una buena relación con el paciente, puesto que de ella dependerá en parte la aceptación y confianza entre este y el psicoterapeuta. Ser debe establecer un buen rapport psicológico. Además se inicia lo que sería la siguiente fase del proceso, la evaluación conductual que consiste en la recopilación de datos lo mas exhaustiva posible, haciendo referencia a las distintas áreas de la vida del paciente, como las relaciones familiares, relaciones sociales, y aspectos laborales y ocupacionales, relaciones de pareja y sexualidad, aspectos fisiológicos (tipos de enfermedades), entre otras, centrándose en especial en el motivo de consulta. Hacer una buena entrevista es indispensable para determinar los objetivos a las áreas de intervención, (Llavota 1993).

Con los datos reunidos en la entrevista, se efectúa un análisis conductual, que consiste en la búsqueda de relaciones funcionales entre los distintos componentes de la conducta del paciente. Es decir, establecer que las conductas o respuestas, guardan una relación funcional con los estímulos antecedentes, que componen el entorno del paciente en un momento dado y con las consecuencias de la propia respuesta. (Muñoz, 1993).

Una vez hecho el análisis conductual, se estipulan las hipótesis explicativas, es decir, se enmarcan los resultados del análisis conductual en un esquema teórico, se formula una explicación del problema, se plantea cuál ha podido ser el origen del mismo y lo que ocasiona que el problema se mantenga. Con la información recaudada, el análisis conductual y las hipótesis explicativas, se selecciona las áreas de intervención, o conductas a modificar. En la mayoría de los casos, suele ocurrir que no existe sólo un área de intervención, sino más de una de las cuales se debe establecer prioridades.

Con las conductas seleccionadas objeto de cambio, se fija un plan de intervención, se seleccionan las técnicas más adecuadas. Tal selección está medida por el paciente, es decir, el terapeuta debe explicarle a éste previamente en qué consiste las técnicas que se le van a aplicar, puesto que debe estar dispuesto a ponerlas en práctica y debe de estar de acuerdo,

además se debe analizar la situación del paciente, el entorno y los recursos que puedan favorecer el proceso de cambio.

A continuación se pone en marcha el tratamiento y se empieza a aplicar las técnicas. Es evidente que si un paciente no responde al tratamiento propuesto, se debe replantear otro tipo de técnicas, pasando previamente por un análisis del porqué no responde al tratamiento ya que puede suceder que es por deberse a que no se le ha explicado del modo debido y que resulten complicadas para él.

Una vez, conseguido el objetivo terapéutico, se valoran los resultados y se establecen un seguimiento del paciente para asegurar que los resultados logrados al final del tratamiento se mantengan con el paso del tiempo. Esta última fase, que casi todos los autores incluyen en el proceso terapéutico, en el caso de la práctica clínica privada, no siempre se puede realizar. Al terminar el tratamiento, resulta difícil que las personas acudan a sesiones de seguimiento.

2.5.4 Modelos de psicoterapia

Se refiere a ellos como modelos debido a que ofrecen descripciones a pequeña escala de las formas en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana en general y la psicología clínica en particular. Cada modelo describe cómo se desarrolla la conducta y se vuelve problemática y todos han ejercido una clara influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores.

2.5.4.1 Modelo psicoanalítico

El término psicodinámico se identifica con el psicoanálisis y con las concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene una papel central, el psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia; introducido por Freud (1900) y que considere que la psicopatología es causada por factores intrapsíquicos.

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales;

- a. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente. (es decir intrapsíquicos).
- b. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean estas problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas, la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.
- c. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionadas con las necesidades básicas. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad (por ejemplo maestros) en la edad temprana. Hay por lo tanto, un sabor histórico único en el modelo psicodinámico y un enfoque sobre la importancia de los hechos pasados más que los hechos presentes.
- d. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

2.5.4.2 Modelo conductual

El modelo surgió como una reacción y renovación de los postulados psicológicos vigentes a principios del siglo XX. En esos momentos el objeto de estudio predominante de la psicología era la mente o la conciencia y su contenido, siendo la introspección su método.

El postulado fundamental de la nueva psicología conductual era que la conducta es fundamentalmente una consecuencia del aprendizaje que tiene lugar en el medio social en el que crece y se desenvuelve el individuo.

La Psicología, por fin, podía constituirse en una disciplina experimental donde su objeto de estudio, la conducta, podría ser cuantificada, observada objetivamente y manipulada para producir igualmente cambios susceptibles de verificación.

La base teórica en la que se sustentan los diferentes enfoques del modelo conductual, se remontan a los estudios pioneros a principios del siglo XX de la escuela rusa a través de autores tan relevantes como Pavlov (Condicionamiento Clásico), Sechenov o Betcherev (Reflejos) o de psicólogos experimentales como Watson o Thorndike. Sus trabajos comprendían rigurosos estudios de experimentación animal con los que intentaban llegar a encontrar las bases científicas para poder explicar la conducta humana.

2.5.4.3 Modelo humanista

El modelo de psicoterapia desarrollado por Carl .Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia mas que un hacer algo al individuo, tratará de libelarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers, 1951).

Es un modelo de psicoterapia que valora a la persona como sujeto individual, resalta su carácter único, y está en contra por tanto de las clasificaciones.

Es un modelo positivo porque considera que se nace con un potencial de desarrollo que tiende a madurar, y con capacidad de tomar las riendas de la propia vida. Rechaza el concepto de enfermedad y el de paciente y lo sustituye por el de cliente.

Para el modelo humanista importa el presente, y no el pasado. Es parte de su forma de trabajo el considerar positivamente y aceptar todo cuanto diga el "cliente" sin condiciones de valor, evitando corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Se aplica principalmente a los trastornos del desarrollo psicológico.

2.5.4.4 Modelo sistémico

El desarrollo histórico de los modelos sistemáticos, va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década de 1950 a 1960 algunos terapeutas formados en al orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su comportamiento.

La línea dominante en esta época era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan, Horney) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos, como la familia la interiorización de determinadas orientaciones de valor patológico social en sus miembros.

2.5.5 Formas de psicoterapia

En la actualidad existen varias formas en que se desarrolla la psicoterapia, a continuación se describen las más importantes y utilizadas por diferentes terapeutas desde años atrás.

2.5.5.1 Psicoterapia psicoanalítica

Sigmund Freud empleó esta técnica, no para sugestionar al paciente, sino para evocar recuerdos olvidados y dolorosos. A través de la hipnosis, intentó ayudar a sus pacientes y al mismo tiempo recoger los hechos en los que basaría su teoría del funcionamiento psíquico. Freud sostenía que durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia. Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse.

Según Freud, estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia. Primero empleó la hipnosis como medio para lograr este acceso al inconsciente, pero pronto abandonó esta técnica en favor de la asociación libre, método en el que se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños. Mediante la interpretación de estas asociaciones, Freud ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas.

Más tarde, Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta, que según su punto de vista reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores. La asociación libre y las reacciones de transferencia son todavía hoy elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas.

2.5.5.1.1 Otras escuelas psicoanalíticas

Algunos de los discípulos más destacados de Freud, que discreparon con importantes aspectos de su teoría y consecuentemente con los métodos y técnicas de aplicación clínica, fundaron escuelas propias.

A. Jung

Uno de los discípulos más destacados fue el psiquiatra suizo Carl Gustav Jung, quien pensó que Freud había sobrevalorado las pulsiones sexuales como origen del comportamiento. Jung opinaba que el potencial personal de un individuo, de naturaleza no sexual, debía ser reconocido o se desembocaría en una neurosis. En consecuencia, los terapeutas que pertenecen a esta escuela intentan ayudar a los pacientes a reconocer sus propias fuerzas internas para que procuren el desarrollo y la realización personal, superando así los conflictos. Acostumbran a tratar a sus pacientes con asiduidad al principio de la terapia, para después verlos una vez a la semana durante meses o años. Las técnicas para resolver los problemas inmediatos son variadas y pragmáticas, como los métodos de evaluación de Jung, de ahí la razón de su éxito. Los sueños y las creaciones artísticas se emplean para obtener asociaciones del paciente con los arquetipos, imágenes innatas que Jung creía compartidas por todos y transmitidas a través de generaciones.

B. Adler

Otro discípulo de Freud que creó escuela fue el psicólogo austriaco Alfred Adler, quien también trató de minimizar la importancia de las pulsiones sexuales en el comportamiento humano. Para Adler, la indefensión de los niños recién nacidos es lo que producía en ellos sentimientos de inferioridad, a los que se trataría de responder con una actitud de superioridad que se convertiría en un elemento vital. Esta búsqueda constante de poder y significación constituiría lo que él llamó interés social, que englobaba también la empatía y la identificación con otros seres humanos. Según Adler, los trastornos psicológicos provienen de un modo de vida equivocado, que supone la adopción de opiniones y metas erróneas, por un escaso desarrollo del interés social. En consecuencia, desde este enfoque se considera que el trabajo del terapeuta es reeducar a los pacientes haciéndoles ver sus errores y animándolos a desarrollar un mayor interés social.

C. Fromm, Horney y Erikson

Algunos de los seguidores de Freud han elaborado teorías sobre la neurosis que hacen hincapié en el rol de las variables sociales y culturales en la formación de la personalidad. Entre estos pensadores y sus escuelas, denominados genéricamente neofreudianos, destacan los alemanes Erich Fromm, Karen Horney y Erik Erikson, quienes en la década de 1930 emigraron a Estados Unidos.

Fromm sostenía que el problema fundamental que cada persona debe afrontar es un cierto sentimiento de soledad. Según Fromm, la meta en la vida es orientarse, echar raíces y hallar seguridad uniéndose a otras personas manteniendo la independencia individual.

Horney creía que el comportamiento neurótico bloquea la capacidad, inherente a la persona, de desarrollarse positivamente y poder cambiar una determinada situación. La labor de la terapia, según su punto de vista, es hacer ver al paciente que no necesita defenderse creando sus propios obstáculos, sino identificarlos y aclararlos, lo que le permitirá movilizar sus fuerzas innatas para cambiar una situación de forma constructiva.

Erikson, como Horney, estaba convencido de que los seres humanos tienen capacidad para crecer durante sus vidas, y que la guía de ese cambio positivo está en el yo, que puede madurar saludablemente si las condiciones ambientales son las apropiadas. Si esta maduración fracasa, la persona puede recurrir a la terapia como medio para adquirir la confianza básica necesaria para tener un yo saludable. A diferencia del psicoanálisis tradicional, Erikson, que se inició como terapeuta infantil, trabajó con las familias de los pacientes.

2.5.5.2 Psicoterapia conductual

Las primeras versiones de la terapia conductual se basaron en las versiones más importantes de la teoría del aprendizaje que enfatizaba las maneras en que se adquirieron los hábitos, los

patrones de conducta y los síntomas inadaptativos, a través de los procesos de los condicionamientos clásico y operante. Las versiones contemporáneas de la teoría conductual tienen su base en los procesos de aprendizaje social, así como en los modelos pavlovianos y Skinnerianos. Los terapeutas conductuales modernos colocan sólidamente la adquisición del comportamiento en el contexto de las interacciones sociales.

La terapia conductual se construye sobre la idea de que el paciente debe aprender a funcionar en forma diferente y debe pasar por experiencias correctivas como condición previa necesaria para el cambio. Estas terapias subrayan la corrección de los procesos conductuales y cognoscitivos inadecuados y la adquisición gradual de las habilidades productivas y adaptativas.

Las terapias conductuales principalmente ubican la acción, la repetición y la práctica en el centro de la mejoría terapéutica. La nueva experiencia se convierte en la materia básica de los patrones reestructurados de la afinidad interpersonal y de estructuras cognoscitivas revisadas y más abiertas.

Muchas de las técnicas estándar de la terapia conductual tradicional, tales como la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, o la inundación, están basadas en procesos de exposición y de extinción para disminuir las respuestas ansiosas, fóbicas y las provocadas por otros temores.

Ayudar a un paciente en la tarea de abandonar gradualmente un patrón de negación que es motivado por el miedo, así como enfrentar los estímulos internos o externos que provoca ese miedo, quizá sea el principio del cambio más utilizado dentro de ese grupo de intervenciones. Esto se logra con procedimientos de desensibilización al construir con el paciente una serie de escenas en las cuales él pueda hacer frente, gradual y confortablemente a la situación o estímulo que provoca la ansiedad.

La labor del terapeuta de conducta se centra en el análisis, evaluación y tratamiento de conductas específicas y sus determinantes, y no en constructor internos o en hipotéticas causas subyacentes, esta labor debe efectuarse tomando en cuenta las características específicas del sujeto y del medio físico, social y cultural.

El objetivo de la intervención será instalar conductas que el sujeto no tiene o sustituir las que tiene por otra más adecuadas. Se trata de producir un cambio conductual observable y medible, directa o indirectamente, en cualquiera de las tres modalidades de respuesta; motoras, fisiológicas y cognitivas. Para lograrlo se requiere especificar de manera clara, precisa y estructurada los objetivos específicos de cada intervención, el tipo de ésta, las condiciones en que se llevará a cabo y la forma en que se investigarán y evaluará su eficacia.

2.5.5.3 Psicoterapia humanista

Nacida como una reacción al psicoanálisis, esta escuela basa su terapia en el potencial de bondad que hay en la naturaleza humana. Incluye el modelo centrado en el cliente, la terapia gestalt y la psicoterapia existencial.

La más clásica de las terapias humanistas es la psicoterapia centrada en el paciente. El psicólogo estadounidense Carl Rogers sostenía que los individuos, así como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que les lleva al desarrollo personal, a la madurez y al enriquecimiento vital. Cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo que la acción del terapeuta, que deberá reunir una serie de cualidades personales esenciales, ayudará a descubrir.

A. Terapia centrada en el cliente

Fue desarrollada por Carl Rogers (1951), quien se interesó en las formas en que se logra o se frustra el crecimiento, la autenticidad y la integración psicológica. La realización de las habilidades, los valores y las metas de la persona; la flexibilidad y la apertura emocional y

cognoscitiva; la capacidad para la autoaceptación genuina; la calidez y la empatía con los demás son algunos de los signos de la autorrealización.

B. Terapia Gestalt

La terapia gestalt se preocupa más por la apertura de las personas a los procesos cognoscitivos, corporales momento a momento, y de experiencias emocionales. Esta terapia considera que la persona limita su conocimiento consciente de los deseos, las necesidades, las sensaciones y los estados corporales debido a la ansiedad, la cual ocurre porque la persona ha aceptado sanciones interpersonales o sociales en ciertos tipos de experiencias.

C. Terapia existencial

Comparten con la terapia centrada en el cliente y la terapia gestalt un énfasis en la conciencia sin obstáculos, pero están más interesados en la capacidad del individuo de permanecer y experimentar por completo las realidades existenciales dolorosas de la vida.

Los terapeutas existenciales consideran que la ansiedad es una consecuencia inevitable de la existencia humana. El vacío, la desesperanza natural de la persona de cara a los límites inevitables de la vida (incluyendo la muerte, la libertad la falta de sentido, la condición finita, el aislamiento y la separación) brinda un sentido de incertidumbre e inseguridad que es parte de la experiencia de cada uno de nosotros. Dependiendo del grado en que la persona sea incapaz o esté poco dispuesta a reconocer estos aspectos y ansiedades, su experiencia y su manera de vivir la vida estarán dirigidas por la meta de la protección y el escape. Cuando predominan dichas metas, resulta un malestar psíquico.

2.5.5.4. Terapia sistémica

El enfoque o la Terapia Sistémica es un modelo de psicoterapia que se aplica en trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo.

En su origen, esta terapia se desarrolló para las familias en cuyo seno había alguien que sufría una enfermedad psíquica grave. Poco a poco se ha ido abriendo a otras situaciones disfuncionales. Por la especial atención a las interacciones, este enfoque es adecuado para asesorar a individuos, parejas, grupos y organizaciones.

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar adquirió desarrollo desde las décadas de 1950 y 1960, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse.

Debido a que en sus comienzos se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de terapia familiar sistémica, como una manera genérica de mencionar a las lecturas sistémicas que se ocupa de las organizaciones humanas en general.

Las lecturas sistémicas se basan en diferentes teorías y lecturas epistemológicas. A grandes rasgos la terapéutica apoyada en concepciones sistémicas (Terapia familiar sistémica TFS, Terapia de pareja, o en grupos) se nutre principalmente de tres grandes fuentes.

Por un lado en la Teoría General de Sistemas, según la cual un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto).

Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes.

En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

La terapia sistémica utiliza también conceptos evolutivos, por ejemplo al considerar diferentes etapas de desarrollo, por ejemplo de un sistema familiar (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia, maduración). De esta manera cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra.

La manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse y las nuevas pautas de organización.

2.5.5.5 Psicoterapias alternativas o naturales

Las terapias alternativas o naturales van a ocupando el lugar que se merecen dentro del cuidado de la salud y, por suerte, cada vez es más habitual que el médico compagine. Las terapias naturales también son conocidas como terapias complementarias ya que los médicos las usan como ayuda para mejorar la salud de los pacientes. La medicina alternativa usa las terapias naturales buscando curar al paciente yendo a la causa o raíz de su enfermedad y no curando sólo sus síntomas. Las terapias alternativas consideran la enfermedad un desajuste entre cuerpo, mente y espíritu.

A. Terapia Bioenergética

La bioenergética es una forma de entender la personalidad humana (psiquis) en términos del cuerpo y sus procesos energéticos. Estos procesos, a saber, la producción de energía a través de la respiración y el metabolismo y la descarga de energía en el movimiento, son las funciones básicas de la vida. Los orígenes de la bioenergética es heredera de la vegetoterapia, esta terapia fue creada por Alexander Lowen y pone el acento en la estructura corporal y en la identificación de la mente y del cuerpo, lo que significa que el pensar y el sentir son equivalentes (relación entre cuerpo, mente y procesos energéticos).

La terapia bioenergética combina el trabajo con el cuerpo y con la mente, para ayudar a las personas a resolver sus problemas emocionales, y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad.

B. Musicoterapia

La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes resultados terapéuticos directos e indirectos a nivel psicológico, psicomotriz, orgánico y energético. Dentro del marco general de la musicoterapia existen muchas tendencias, escuelas y direcciones de aplicación.

Existe por ejemplo, la musicoterapia ambiental, encargada de diseñar espacios sonoros amables, acogedores y tranquilizantes en salas hospitalarias y lugares de concentración pública.

Existe la MIT (Terapia de Entonación Melódica), desarrollada en el hospital de veteranos de Boston, importante centro de investigación neuropsicológica, para ayudar a recuperar el habla

a enfermos que por causas diferentes (tumores, circulatorias), la han perdido. A nivel de estimulación psicomotriz temprana y dentro de los programas educativos regulares y especiales, se utiliza ampliamente la musicoterapia como facilitadora del aprendizaje e inductora de la coordinación.

Existe una clase de musicoterapia más sutil, que utiliza tonos puros, frecuencias particulares que hacen parte de un código específico de información que estimula puntos o zonas del cuerpo físico o del campo energético humano para equilibrar funciones orgánicas o psicológicas concretas

Uno de los usos cotidianos más simples y difundidos de la musicoterapia es la regulación del estado de ánimo. Se utilizan trozos musicales para alegrar en la depresión o para calmar en medio de estados de excitación producidos por la rabia, el estrés o el temor. También se puede utilizar trozos musicales para mejorar el aprendizaje, ejercicios rítmicos para mejorar la coordinación y la resistencia física. La música, bien empleada, puede facilitar el contacto con bloqueos emocionales concretos y producir la catarsis necesaria para la resolución del conflicto.

C. Reiki

Es una forma de sanación y apoyo para cambiar las conductas y actitudes indeseables. Produce resultados tan asombrosos, que se ha introducido amplia y rápidamente en la parte occidental de nuestro planeta.

Los desequilibrios energéticos internos, causan la pérdida de la salud en sus aspectos físico, mental y emocional. El Reiki forma parte de las técnicas que usan la energía para curar. Es una de las técnicas más sencillas y eficaces. Con el empleo del Reiki, las condiciones negativas se convierten en positivas.

Reiki es un concepto formado por dos vocablos japoneses, Rei y Ki, Rei significa energía del universo. Ki es la otra raíz de la palabra Reiki. Ki es la energía vital que circula dentro del organismo de los seres vivos. Esta energía y la calidad de la misma, difieren de un ser a otro. Todos los seres vivos tenemos Ki. El Ki requerido por una víscera o un órgano, depende de la estructura y densidad de este. Si el Ki deja de circular totalmente en un organismo vivo, la vida se interrumpe.

El objetivo básico de un tratamiento Reiki, es integrar e interactuar en forma armoniosa el Rei, la energía del universo, con el Ki, la energía vital interna de los seres vivos:

1. En las personas, animales y plantas, para el restablecimiento de su salud.
2. En las personas, para la modificación de sus conductas, hábitos y actitudes.

El Reiki es un sistema de comunicación:

1. El sanador: Esta persona realiza su función curativa empleando su energía mental y además, es el conducto por donde circula la energía Rei. Será el transmisor de esta forma de energía curativa al paciente.
2. El paciente: Es el receptor o destinatario de la energía curativa Rei que le envía el transmisor. El paciente es quién se cura a si mismo, con el poderoso apoyo de la energía del universo. El efecto final de la recepción de la energía Rei en el paciente, es que facilita que este haga circular fluidamente su propio Ki, con la cantidad y calidad necesarias para que pueda vivir saludablemente.

Así, el paciente logra la reconexión con la Energía Maestra del Universo y consecuentemente se originan procesos de revitalización física, mental y emocional, que dan lugar a un estado de bienestar general y de salud.

D. Abrazoterapia

La abrazoterapia es una terapia que descubre la importancia del abrazo como necesidad vital que tienen todos de amar y sentirse amados de verdad. La abrazoterapia es un ejemplo de que muchas veces lo que más necesitan es sencillo y no tiene precio.

Al igual que la risa y la música es una más de las muchas herramientas, que la sabiduría de la Naturaleza ha regalado y a la que, en el afán de perfeccionismo inalcanzable, se ha dedicado a través de muchos años de férreo entrenamiento a contaminar, desvirtuar y hasta casi por último aniquilar.

A través de la "educación", venimos desde hace siglos destruyendo, este simple y poderoso acto atávico, natural y espontáneo, que es el abrazo.

Los abrazos que desconocen los límites del tiempo y el espacio. No tienen plazo de caducidad, pues basta con cerrar los ojos y mirar en el cajón de los recuerdos, para evocar "aquel" maravilloso momento, y así poder revivir plenamente la sensación del abrazo auténtico. La abrazoterapia fundamentalmente brinda seguridad, protección, confianza, fortaleza, sanación y autovaloración.

E. Risoterapia

La risoterapia es una hermosa puerta para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad, sencillamente utilizando la risa como camino.

Se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de manera natural, sana, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños.

Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, colesterol, adelgaza, dolores, insomnio, problemas cardiovasculares, respiratorios, cualquier enfermedad. Nos aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre nuestros sentidos, ayuda a transformar las pautas mentales.

Recientes estudios sobre la capacidad de las carcajadas para combatir todo tipo de enfermedades indican que mientras se ríe se libera gran cantidad de endorfinas, responsables en gran parte de la sensación de bienestar.

Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloqueos emocionales, físicos, mentales, sexuales, sanar la infancia, como proceso de crecimiento personal. Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando se ríe es imposible pensar, ayuda a descubrir los dones, se abre horizontes, vencer los miedos, llenarse de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total, como los niños.

F. Respiración Ilimitada

La Respiración Ilimitada es una técnica de respiración muy fácil de aprender. Es utilizar la respiración con intención de una forma consciente, relajada y profunda, interiorizando lo necesario para poder observarla, sentirla y disfrutar de ella.

Desde una perspectiva biológica, el aumento de oxigenación de la sangre facilita sus funciones de forma más eficaz. No obstante, este tipo de respiración trabaja en un plano emocional, liberando ciertas emociones estantadas en la memoria celular. Además, conecta con la parte inconsciente de la mente descubriendo ciertos esquemas de pensamiento, permitiendo ajustar de forma consciente, el sistema de creencias.

Mediante sesiones individuales y con talleres de formación, se recuerda cómo respirar de forma natural, sin limitaciones ni restricciones. Algunas sesiones serán suficientes para integrar los fundamentos básicos de su técnica y descubrir los beneficios que aporta.

Después de una sesión de Respiración ilimitada, se suele experimentar una profunda sensación de bienestar y tras varias sesiones, se comienza a constatar numerosos cambios positivos en distintas facetas en la vida, en la salud, en las relaciones personales, la autoestima o en el entorno laboral.

Practicando la Respiración ilimitada se rejuvenece y dirige conscientemente la vida, facilitando a vivir todo el potencial.

G. Reflexología facial

Es una nueva técnica basada en la estimulación facial, para aumentar la circulación sanguínea, regular la parte química del cuerpo y tratar el estado emocional. Una variante de la conocida reflexoterapia facial aún más efectiva.

La reflexología facial es un método terapéutico natural. El rostro posee mil doscientas terminaciones nerviosas pertenecientes al Sistema Nervioso Central. Estas zonas reflexológicas se comunican con los órganos internos, las glándulas, el aparato circulatorio y el sistema linfático y se conectan también con los canales energéticos llamados meridianos por la medicina china.

Esta técnica se realiza a través de presiones manuales en el rostro y cráneo, obteniéndose resultados más rápidos sobre la parte mental y emocional, porque se logra el equilibrio del sistema nervioso.

La reflexología facial puede servir de apoyo en casos de:

- ✓ parálisis facial

- ✓ fibromialgia y neuralgias
- ✓ epilepsia
- ✓ autismo
- ✓ daños cerebrales
- ✓ desequilibrios hormonales
- ✓ problemas posturales
- ✓ esterilidad
- ✓ problemas de columna.
- ✓ estrés y depresión
- ✓ coordinación motora
- ✓ tartamudez o dislexia
- ✓ falta de concentración, memoria
- ✓ angustia, crisis de pánico y fatiga mental.

H. Gemoterapia

Se puede definir como la utilización de la capacidad energética de diferentes minerales sobre el cuerpo humano, posibilitando así la capacidad de autocuración que posee el ser humano y todo ser viviente.

Desde los comienzos de la tierra es un continuo estado evolutivo, a través de las diferentes eras y en constante transformación debido al movimiento exterior, los minerales (componentes de la corteza terrestre) han sido formados por erupciones volcánicas, enfriamientos, magma plutónico y lava hirviente de ríos volcánicos. La naturaleza posee tres de recristalización de los minerales o cristales existentes bajo presión y temperaturas altas en las regiones más profundas de la corteza terrestre.

Conclusiones

1. Para aplicar la psicología en las madres de familia, es importante conocer los principales factores que interfieren en la salud mental y así ayudarlas a mejorar su diario vivir.
2. Existen varios factores que además de perjudicar la salud mental, contribuye a las malas relaciones de ésta en su familia, comunidad, trabajo y relaciones dentro de su comunidad, por lo que es necesario dar a conocer qué técnicas pueden aplicar y mejorar esos conflictos cotidianos a través de los temas investigados.
3. Las patologías que se investigaron aportan un amplio conocimiento, contribuyendo así a la detección de algunas de ellas en las vidas de las personas que solicitaron la ayuda psicológica en el centro de práctica.
4. Es necesario conocer de manera amplia el procedimiento que se debe aplicar al momento de dar intervención psicológica, por lo tanto es importante conocer las etapas del psicodiagnóstico y aplicarlo de manera eficaz a la hora de la intervención.
5. Los tests son instrumentos psicológicos que aporta una gran ayuda al procedimiento terapéutico, para que a través de ellos se pueda conocer de manera directa los sentimientos y pensamientos reprimidos de cada individuo que busca de la ayuda psicológica.
6. Es muy importante conocer sobre el modelo y terapias que se utilizarán en la intervención, es por ello que al investigar cada uno de ellos, nos da la pauta necesaria para comprenderlos mejor y mantener una línea a la hora de aplicarla a los individuos.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

Para poder realizar la práctica profesional dirigida es muy importante tomar en cuenta la planificación, ya que ésta proporcionará las pautas necesarias para alcanzar los objetivos y metas del aprendizaje en dicho proceso.

De igual manera se necesita de una programación, la que servirá como base en el desarrollo de las actividades de la práctica profesional. Es por ello que a continuación se describen las actividades a desarrollar y la programación para llevar a cabo la práctica profesional dirigida, así mismo el plan realizado que se utilizó en el centro de manera clara y por último se describe también los dos subprogramas establecidos, con el fin de contemplar con precisión lo realizado en la institución.

3.1. Programa de la práctica profesional dirigida

3.1.1 Propósito del curso

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

La práctica profesional dirigida debe ser una actividad para aplicar la psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán un contacto

directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

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

3.1.2 Competencias a fortalecer

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Investiga temas relacionados de interés en la aplicación práctica de la psicología.
- Resuelve problemas sociales ocasionados en las áreas de riesgo de la sociedad guatemalteca.
- Brinda ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica así como a poblaciones en riesgo con el fin de promover la salud mental en Guatemala.
- Atiende casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.

3.1.3 Indicadores de logro

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

3.1.4 Contenido temático del curso

- Planificación de programas de aplicación de la psicología
- Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.
- Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico.
- Detención y atención de casos.
- Capacitación en salud mental
- Investigación de problemas de salud mental en Guatemala.
- Atención en comunidades de riesgo.
- Detención de situaciones de resiliencia.
- Creación de programas y proyectos.

3.1.5 Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en el que el practicante asistirá.
- La práctica profesional dirigida, tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la universidad.

- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.
- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentarán a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente medirá en la situación de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedará fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrán justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

3.1.6 Formas o técnicas de evaluación

- Planificaciones de actividades de práctica
- Investigaciones
- Elaboración de informe
- Evaluaciones
- Presentación de historias
- Planificaciones y contenido de capacitaciones
- Presentación de proyectos
- Entrega de informe final

3.2 Cronograma de actividades

Fecha	Contenido	Actividades
29 de enero y 05 de febrero	<p>I FASE DEL 30 DE ENERO AL 15 DE MAYO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de centros de práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la universidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo. • Diagnóstico de conocimientos. •
12 y 19 de febrero 26 de febrero y 05 de mar.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del manual de estilo • La entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al centro de práctica, acuerdo administrativo del 1 al 12 de marzo.
12 y 19 de marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de registro: historia clínica, plan terapéutico, informe clínico • Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Inicio de práctica, lunes 01 de marzo • Investigación marco de referencia del centro de práctica/observación de actividades.
26 de marzo y 9 de abril	<ul style="list-style-type: none"> • Referente metodológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del referente metodológico
Mes de marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Detención y atención de casos en centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rapport e inicio de detención de casos/dinámicas, juegos, entrevistas, etc. • Discusión de casos
16 y 23 de abril	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y discusión de formas de psicoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones

	II FASE DEL 28 DE MAYO AL 21 DE AGOSTO	
28 de mayo y 4 de junio	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de actividades primer grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de evaluación
11 y 18 de junio	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión de actividades segundo grupo 	
Meses de junio y julio	<ul style="list-style-type: none"> Atención de casos individuales y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de historias clínicas, discusión de casos/llevar caso principal al aula.
02 y 09 de julio	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación del tema de psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión.
16, 23 y 30 de julio	<ul style="list-style-type: none"> Psicopatología encontradas durante la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> Investigación
06 y 13 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración, planificación y cronograma. Ensayos en el aula.
20 y 27 de agosto	<ul style="list-style-type: none"> Suprogramas de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores. Elaboración de proyectos de salud mental. Entrega de agradecimiento para la institución dada por la universidad. Clausura en centro de práctica.

3 Y 10 de septiembre	<p>III FASE DEL 04 DE SEPTIEMBRE AL 27 DE NOVIEMBRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Subprogramas de salud mental aplicada a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de proyectos de salud mental en comunidades rurales Entrega de constancias de proyecto aplicado (firmadas y selladas).
17 y 24 de septiembre	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de resultados y logros obtenidos durante la práctica profesional dirigida 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de resultados, elaboración de gráficas y tablas
01 y 08 de octubre	<ul style="list-style-type: none"> Primera revisión de informe final 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de informe final.
15 y 22 de octubre	<ul style="list-style-type: none"> Segunda revisión de informe final 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de informe final
29 de octubre y 05 de noviembre	<ul style="list-style-type: none"> Tercera y última revisión de informe final 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de informe final.
12 y 19 de noviembre	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de informe/examen final 	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de informe final

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica



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

Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Nombre de la alumna: Sara sucely Bala Pacay
Centro de práctica: Asociación de Padres de Familia del Proyecto Kajih- jel
Lugar: Tecpán Guatemala, Chimaltenango

Mes de marzo 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ol style="list-style-type: none">1. Familiarizarse con la institución y el personal que labora.2. Conocer las áreas de trabajo y detectar las diferentes necesidades del centro a través del diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none">▪ Reconocimiento de las instalaciones y del personal del centro de práctica.▪ Recabar la información de la institución▪ Conocer sobre la estructura de la	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none">▪ computadora▪ hojas▪ silla▪ mesa▪ lapiceros	<ul style="list-style-type: none">▪ Identificarse con la institución y el personal.▪ Conocer más a fondo sobre la institución y la ayuda que brinda a las comunidades.

<p>3. Identificar los problemas principales que atiende la institución.</p>	<p>institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Describir la misión, la visión y objetivos de la institución. ▪ Conocer los principales problemas para involucrarse en el apoyo. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer los problemas claramente para el inicio de su proceso.
---	---	--	--

Mes de abril de 2010

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>Promover la salud mental a madres de familia para la continua aplicación en su familia.</p> <p>Realizar un diagnóstico a las madres de familia sobre su salud mental en las diferentes comunidades.</p> <p>Atender los casos detectados por medio de las visitas a las comunidades.</p> <p>Atención de casos en la institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impartir las primeras capacitaciones respecto a la salud mental y sus beneficios. ▪ Realizar una entrevista para conocer sobre los problemas que enfrentan las madres. ▪ Aplicar el proceso completo de psicodiagnóstico. ▪ Realización de historias clínicas. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ computadora ▪ hojas ▪ papel bond ▪ marcadores ▪ material de apoyo ▪ hojas impresas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detención de casos para su respectivo proceso a través de las actividades. ▪ Conocimiento de salud mental para apoyar en esa área específica. ▪ Optimismo al visitar las comunidades. ▪ Conclusión de los problemas principales.

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>1. Capacitar a las madres del programa con los temas específicos de la planificación.</p> <p>2. Colaborar con la institución en los diferentes programas de forma individual y grupal.</p> <p>3. Atender los casos referidos dentro de los programas asistidos.</p> <p>4. Visitar a las comunidades y atender a las personas visitadas.</p> <p>5. Recopilar información de los diferentes casos atendidos.</p>	<p>Impartir capacitaciones respecto a la psicodinámica familiar.</p> <p>Realización de actividades de acuerdo al diagnóstico realizado con anterioridad.</p> <p>Elaboración de los pasos del psicodiagnóstico. Aplicación de las diferentes psicoterapias.</p> <p>Asistir a las madres de familia de las comunidades de acuerdo al programa.</p> <p>Llevar el control adecuado de la información recopilada.</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ materiales: ▪ hojas ▪ papel bond ▪ marcadores ▪ material variado para dinámicas y juegos ▪ material reciclado ▪ espacios libres ▪ computadora ▪ carteles <ul style="list-style-type: none"> ▪ material de apoyo ▪ hojas ▪ computadora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover el respeto y la convivencia dentro de la familia. ▪ Resolver con actitud profesional los diferentes casos. ▪ Manejo adecuado de los conocimientos sobre los diferentes temas de psicología. ▪ Obtención de información precisa de los datos requeridos, para llevar a cabo el informe.

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<p>1. Prever problemas sociales a través de talleres y capacitaciones a las madres de familia.</p> <p>2. Colaborar en los programas de salud, aplicando el área de salud mental.</p> <p>3. Seguimiento de los casos o detención de otros casos.</p> <p>4. Contribuir con el fortalecimiento de los valores en las familias de las madres del programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir charlas a grupo de madres guías del programa. • Realizar dinámicas y ensayos respecto a los temas impartidos. • Verificar diferentes problemas, para su desarrollo promoviendo la salud mental. • Aplicar el proceso para diagnosticar y dar la necesaria solución a los casos. • Promover los valores establecidos en las familias de las madres guías del programa. • Realizar dinámicas para el compañerismo y motivación al personal. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • materiales: • hojas • papel bond • marcadores • material para dinámicas y juegos • cañonera • computadora • carteles <ul style="list-style-type: none"> • material escrito • material para juegos • marcadores • dinámicas y juegos 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad en acciones determinadas sobre los problemas sociales de la comunidad. • Ayudar en la resolución de conflictos del área de psicología. • Diagnosticar y ayudar al px para la resolución de los traumas psicológicos. • Apoyo moral mutuo dentro del personal por medio del conocimiento propio.

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logro
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar a madres de familia con temas según de planificación. 2. Dar continuidad a los casos detectados con anterioridad. 3. Atender los casos individuales con su debido procedimiento. 4. Brindar orientación psicológica a las madres de familia visitándolas en sus comunidades. 5. Atender a las madres de familia en sus comunidades según los casos que se presenten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar las actividades de capacitación a madres de familia. • Atención de algunos casos después de las actividades. • Recopilar los datos e información de los casos encontrados. • Aplicar las diferentes terapias a los pacientes de los casos específicos. • Orientar a los padres de familia sobre temas como el alcoholismo, planificación familiar, entre otros. • Visita a las madres en sus comunidades impartiendo charlas y atención individual. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • hojas • papel bond • marcadores • material reciclado • material escrito carteles • espacio libres • material de apoyo • hojas bond. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad en acciones determinadas sobre los problemas sociales de la comunidad. • Identificar los conflictos del px para su respectiva resolución de los problemas psicológicos. • Motivación y respuesta inmediata después de las actividades realizadas.

Objetivos	Actividades	Recursos	Indicadores de logros
<ol style="list-style-type: none"> 1. Finalizar el procedimiento de los casos detectados durante la práctica. 2. Finalizar el programa de charlas y capacitaciones con las madres guías del proyecto. 3. Finalizar el proyecto de salud mental para las madres guías del proyecto. 4. Entrega del informe de las actividades de salud mental para madres de guías del programa a Director de institución. 5. Clausura de la práctica profesional dirigida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar diferentes técnicas para que las madres las apliquen en su vida cotidiana. • Realizar dinámicas y programas durante la última charla. • Elaborar un diálogo de los logros que se obtuvieron durante la presentación de los temas y actividades realizadas. • Entregar el informe que contiene las actividades realizadas y de cómo se encuentran las madres del proyecto. • Realización de una refacción para las personas involucradas en el programa. 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • computadora • cañonera • sillas • mesa • papel diferente • material escrito • material de apoyo • marcadores • masquin teip • hojas de colores • refacción • bebida 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad en acciones determinadas sobre los problemas sociales de la comunidad. • Apreciación de lo escuchado por parte de las madres guías. • Satisfacción en el cambio obtenido de parte de las madres del programa. • Contribuir al continuo desarrollo de la orientación psicológica de las madres guías del programa para su salud mental. • Convivencia con las personas involucradas del programa.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

a. Introducción

La atención de casos fortalecerá el proceso profesional y aportará nuevos conocimientos, por eso es muy importante destacarlos y de poder describir la finalidad de ésta en la práctica.

La atención de casos es la parte medular de la práctica profesional dirigida, ya que se involucra de manera directa con las personas que buscan de la ayuda profesional y encontrarle un fin a sus conflictos y prejuicios. A continuación los objetivos, actividades y el cronograma de este subprograma.

b. Objetivos

- Involucrarse de manera directa con las personas que buscan ayuda psicológica profesional.
- Ayudar al paciente a utilizar nuevas herramientas para el manejo de su conflicto.
- Hacer reconocer al paciente que los problemas y conflictos, siempre presentan una solución.
- Aportar de manera profesional, los conocimientos adquiridos durante años anteriores.

c. Actividades

- Realizar la entrevista inicial
- Realizar el paso de rapport en las personas que solicitan el servicio.
- Conocer el problema principal que afecta el área emocional del paciente.
- Realizar el diagnóstico, para analizar el tratamiento adecuado y necesario.
- Elaborar el plan específico para la elaboración de tests y tratamiento a aplicar.
- Darle el tratamiento y herramientas necesarias al paciente.

d. Cronograma de actividades

Fecha	Contenido	Actividades
Del 01 al 25 de marzo	Atención de casos particulares fuera del programa de madres de familia del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propaganda dentro y fuera de la institución. ✓ Atención particular de niños, jóvenes y adultos.
Del 05 al 30 de abril	Atención de casos particulares de las madres de familia del proyecto en sus comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de planificación para las salidas a las diferentes comunidades. ✓ Elaboración de un diagnóstico individual. ✓ Atención de los casos de forma individual a madres guías del programa.
Del 03 al 28 de mayo	Atención y seguimiento de casos citados y nuevos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación del procedimiento de diagnóstico. ✓ Planificación del tratamiento a aplicar. ✓ Entrevista con pacientes nuevos y cita posterior.
Del 05 al 30 de julio	Aplicación de técnicas a las diferentes madres guías del programa según el caso atendido.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención de las madres guías del programa de manera individual. ✓ Entrevista de nuevas madres con conflictos
Del 02 al 20 de agosto	Seguimiento de diferentes tratamientos según caso de paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de técnicas y enseñanza de herramientas para su posterior aplicación en los hogares de los pacientes.

3.4.2 Programa de capacitación

a. Introducción

La orientación psicológica es base para que las personas conozcan del trabajo que realiza un profesional de la salud mental y de esa manera crear un ambiente agradable y positivo para tener claro los cambios necesarios y las capacitaciones aportaran a las personas nuevos conocimientos para que realicen esos cambios y apliquen lo aprendido dentro de su familia, amigos y comunidad. Mejorando así su salud mental utilizando las herramientas aprendidas y necesarias en el transcurso de su vida cotidiana, enfrentando los conflictos que se van dando posteriormente. En el presente programa de capacitación se describen los objetivos de las capacitaciones, actividades y cronograma del mismo.

b. Objetivos

- ✓ Orientar a las madres de familia del proyecto Kajih-jel del trabajo del profesional de la salud mental.
- ✓ Medir el conocimiento de cada madre de familia respecto al tema de salud mental.
- ✓ Dar a conocer sobre los factores que afectan la salud mental dentro y fuera del núcleo familiar.
- ✓ Enseñar diferentes técnicas que posteriormente serán aplicadas en la familia y en la comunidad perteneciente.
- ✓ Comunicar sobre las bases que se debe tener como mujer, madre, esposa y amiga para mantener un buen nivel de autoestima y sobresalir en su comunidad.
- ✓ Aplicar los conocimientos adquiridos en las capacitaciones, talleres y charlas a otras mujeres dentro de su comunidad y formar más líderes.

c. Actividades

- ✓ Planificación mensual de capacitaciones en el proyecto.
- ✓ Programación de salidas a las diferentes comunidades.
- ✓ Organizar las actividades y dinámicas a realizar.
- ✓ Realizar el listado de temas a capacitar.

d. Cronograma de actividades

No.	Fecha	Tema o contenido	Actividades
1.	08 de abril 2010	Salud mental integral (centro, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Presentación de tema ◦ Dinámica ◦ Refacción ◦ Tiempo de comentarios
2.	14 de abril 2010	Autoestima en la mujer (centro y en Vista Bella, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Introducción del tema ◦ Dinámica ◦ Desarrollo del tema ◦ Refacción ◦ Tiempo de opiniones
3.	21 de abril 2010	Autoestima en la mujer (Barrio el Xayá, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Presentación ◦ Dinámica ◦ Charla ◦ Conclusiones
4.	06 de mayo 2010	Estructura y roles de la mujer (Centro, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Convivencia ◦ Dinámicas ◦ Presentación de tema ◦ Preguntas
5.	12 de mayo de 2010	Autoestima en la mujer (Barrio el Xayá, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dinámica ◦ Presentación de tema ◦ Actividad

			<ul style="list-style-type: none"> ◦ Participación activa ◦ Refacción
6.	17 de mayo de 2010	Factores que influyen en la salud mental (Comunidad de Chuatzunuj, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Presentación ◦ Dinámica ◦ Presentación de tema ◦ Dinámica ◦ Opiniones y preguntas ◦ Refacción
7.	19 de mayo de 2010	Estructura y roles de la mujer (Comunidad de Vista Bella, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Convivencia ◦ Dinámica ◦ Desarrollo de tema ◦ Actividad ◦ Comentario y preguntas ◦ Refacción
8.	27 de mayo de 2010	Autoestima en la mujer (Comunidad de Panimacoc, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Presentación ◦ Dinámica ◦ Desarrollo de tema ◦ Preguntas y comentarios ◦ Refacción
9.	05 de agosto de 2010	El valor de una mujer (Centro, Tecpán G.)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Bienvenida ◦ Dinámica de sobres ◦ Motivación ◦ Desarrollo de tema ◦ Agradecimiento final de etapa ◦ Tiempo para comentarios finales. ◦ Refacción

3.4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

a. Introducción

Los proyectos de salud mental se realizan para brindar apoyo emocional a grupos de personas necesitadas y proveerles herramientas para el manejo de diferentes tipos de crisis que sufrieron o están sufriendo, es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo.

Además los programas aportarán nuevas expectativas a la institución para completar el trabajo faltante. La idea central de los proyectos es 1- llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades del municipio de Santa Apolonia, recientemente golpeada por la tormenta Ágatha, y 2- apoyar a la institución y comunidades del municipio de Tecpán Guatemala en mejorar la salud mental de las madres de familia del proyecto Kajih-jel.

b. Objetivos

- Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.
- Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.

- Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.
- Descubrir las necesidades psicológicas que tienen las madres guías, a través de la visita a sus hogares con el fin de proporcionar algunas actividades de estimulación para el fortalecimiento de su salud mental.
- Conocer qué emociones internas les afecta a cada madre colaboradora en el área psicológica en su familia y fuera de ella.
- Enlistar los problemas que aquejan a cada madre guía del proyecto para apoyarlas de forma general y específica.
- Dejar una serie de temas y actividades para el mejoramiento de la salud mental de las madres guías conociendo con anticipación su condición.

c. Actividades

- Formación de comisiones encargadas de los distintos aspectos a cubrir:
 1. Publicidad
 2. Logística
 3. Proyecto escrito
 4. Recolección y distribución de víveres
 5. Monitoreo de la actividad
- Entrevistar a las madres de familia sobre el conocimiento de su salud mental.
- Programar las visitas a las madres guías hasta sus comunidades.
- Programación de las diferentes actividades comunitarias con las madres.
- Elaboración del informe con los respectivos resultados.



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para niños y niñas

Objetivo

Brindar apoyo psicológico a los niños y a las niñas de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango.

Actividades	Tiempo	Recursos
1. Función de títeres	1 hora	Globos
2. Juegos	15 minutos	Grabadora
2.1. Ronda “El patio de mi casa”	1 hora	Discos compactos
	15 minutos	Lana
2.2. Bailes infantiles	1 hora	Galletas
2.3. Competencia “La fila más larga”	1 hora	Bananos
	30 minutos	Pintura para el rostro
2.4. Pinta caritas		
2.5. Pelea de gallos		
2.6. Competencia de comida		



PROYECTO DE SALUD MENTAL

Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

Plan de acción para mujeres

Objetivo general

Lograr que las mujeres expresen las experiencias que les dejó la tormenta Ágata a fin de iniciar el proceso de superación.

Objetivo específico

Identificar a través de dinámicas grupales sus cualidades y reconocer sus debilidades, con la finalidad de mejorar su autoestima.

Actividades	Tiempo	Recursos
1. Presentación de tema e introducción con una dinámica corta.	5 minutos	✓ Peines
2. Actividad "Quién soy".	8 minutos	✓ ganchos
3. Competencia de peinados.	15 minutos	✓ crema de pelo
4. Tema "Cualidades y fortalezas de una mujer".	10 minutos	✓ colas
5. Reflexiones a basa de la Biblia	8 minutos	✓ coronas
6. Planificación familiar	20 minutos	✓ ropa
		✓ víveres
		✓ premios

PROYECTO DE SALUD MENTAL



Comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega,
Santa Apolonia, Chimaltenango

PLAN DE ACCIÓN, GRUPO DE HOMBRES

1. DINÁMICAS

- ☺ Presentarse diciendo tres virtudes que tenga
- ☺ La tela de araña (expresar ideas para salir adelante ante la situación)
- ☺ El puente humano (la unión hace la fuerza)

2. CHARLAS

- † Charla informativa sobre planificación familiar
- † La autoestima
- † El valor de la vida y la familia
- † La solidaridad en la comunidad
- † Descubriendo el propósito de estar vivos
- † La importancia de no ver el problema, sino la solución

3. TALLER

- 📖 Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)
- 📖 En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada
- 📖 Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V.)

4. PLAN TERAPÉUTICO

- Terapia breve y de emergencia (grupal, e individual si se da la posibilidad)
- Apoyo en la terapia racional emotiva
- Modelo psicodinámico, enfocado al estrés postraumático.

**PLANIFICACIÓN
TERAPÉUTICA DIRIGIDA A JÓVENES**

ESTABLECIMIENTO:		FECHA: 18/09/2010	HORA: 8:00—17:00
GRADO:		TEMA: Proyecto De Salud Mental	
COMPETENCIA	INDICADORES DE LOGRO	RECURSOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta una autoestima equilibrada en los jóvenes afectados en la catástrofe. • Identifica el impacto y necesidades emocionales que la catástrofe dejó en los jóvenes, brindándoles una atención psicológica para su salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención individual a jóvenes con necesidades emocionales. • Los jóvenes participan y colaboran en las actividades que se realicen. • Desarrollar la catarsis en los jóvenes afectados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos Terapeutas Jóvenes • Materiales Lana Hojas Goma Tijeras Sillas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámicas rompe hielo. • La tela de araña • Taller de manualidades. • Terapias Individuales. • Terapias Grupales.

d. Cronograma de actividades

Proyecto 1

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida y presentación (énfasis en la intervención psicológica que se brindará)	Mirian Castro (español) Aisha Tepaz (Kaqchiquel)	10 min
Información general sobre las actividades a desarrollarse (especialidades médicas, atención psicológica a grupos específicos, entrega de medicamentos, etc.)	Sara Bala	10 min
Intervención psicológica a los grupos específicos, de acuerdo a cada plan de acción elaborado	Cada grupo responsable, de acuerdo al plan de intervención elaborado para la población específica que será atendida	El tiempo que sea necesario
Conducción de personas a las especialidades médicas (aclaración de dudas, persuasión de la necesidad de exámenes para mujeres, etc.)	Cada grupo responsable	15 min
REFACCIÓN PARA LOS COLABORADORES		
Atención médica de acuerdo a requerimientos	Especialistas colaboradores	El tiempo que sea necesario
ALMUERZO PARA COLABORADORES Y ESTUDIANTES (30 min)		
Continuación de la intervención psicológica y atención médica		
Finalización de la actividad	Rosita Martínez	5 min
Monitoreo de la actividad	Analida Campos M. de Fuentes	Toda la actividad

Proyecto 2

	Actividad	Persona (s) responsable (s)	Tiempo estipulado
1.	Entrevista y realización de diagnóstico a las madres guías del programa en las diferentes comunidades del municipio de Tecpán Guatemala.	Alumna practicante de psicología Social	4 semanas
2.	Elaboración de la estadística de los resultados de las entrevistas y diagnóstico a las madres de familia.	Alumna practicante de psicología Social	2 semanas
3.	Elaboración de programa de salud mental dirigido a las madres guías del proyecto Kajih-jel, de acuerdo a las necesidades presentadas.	Alumna practicante de psicología social.	3 semanas
4.	Aplicación de una parte del programa dirigido a las madres entrevistadas y diagnosticadas.	Alumna practicante de psicología social	4 meses, una vez por mes
5.	Seguimiento del programa en el nuevo año lectivo.	Técnica de educación y coordinadora del programa.	Una vez por mes, durante medio año.

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En el presente capítulo se presenta detalladamente los resultados de la práctica profesional dirigida, resultados concretos de los casos que se atendieron, las historias de los pacientes, resultados positivos y las limitaciones de las actividades en los diferentes programas en que se dividió la práctica profesional dirigida.

Contiene los nombres de los temas desarrollados en la parte del programa de capacitación, material o recurso utilizado, así como sus logros, limitaciones y resultados positivos, también algunos resultados en gráficas para dar un mejor panorama de las personas atendidas y los logros alcanzados.

4.1 Programa de atención de casos

La atención de casos particulares es de suma importancia, porque a través de ella se puso en práctica los conocimientos de psicología que se ha estudiado en los años anteriores, así como a poder vivir experiencias nuevas y estar más cerca de los problemas y ver la realidad de los problemas que acechan a las personas.

4.1.1 Logros

- Conocimiento la magnitud del caso que la persona está viviendo y conocer a fondo el problema específico de su situación.
- Elaboración del diagnóstico del conflicto o problema que la persona esta sufriendo.
- Proporción del tratamiento adecuado para la resolución del conflicto.
- Conocimiento de las limitaciones del caso en el estado de la persona atendida.

- Colaboración con la institución a través de la atención de las personas que asisten al programa de forma atenta y gratuitamente.

4.1.2 Limitaciones

- Poca importancia al área de psicología e influencia al departamento.
- Mala información respecto a los psicólogos y la necesidad de su persona.
- Tiempo y espacio para el trabajo en el departamento de salud mental.
- Material adecuado en la atención a niños menores.
- Seguimiento de los casos por olvido o porque no existe aceptación al cambio.

4.1.3 Conclusiones

- Es importante dar a conocer a las personas la importancia que juega el psicólogo y la necesidad que se tiene al contar con uno.
- Para la atención de caso de manera particular hay que tomar en cuenta el lugar y el espacio para el ejercicio de esta profesión ya que requiere de mucha seguridad.
- En el primer contacto con las personas es necesario hacerles ver que es importante la asistencia a sus citas para poder ver claramente los resultados que se desean.
- Tomar en cuenta la amabilidad y la atención adecuada para que la persona se sienta segura para dar a conocer el problema que esta viviendo.

4.1.4 Recomendaciones

- Que los centros de práctica sean lugares amplios y que puedan tener mucha influencia de personas para darles a conocer sobre el trabajo a realizar.
- Mantener una conducta pulcra de profesional para captar la confianza de las personas en el centro de práctica.

- Estudiar detalladamente los casos atendidos para poder brindar mejores resultados a las personas.
- Proporcionar más tiempo en el desarrollo de los casos atendidos, para la satisfacción de la vida en las personas.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (presentación de historias clínicas)

Historia clínica No. 1

1. Datos generales

Nombre:	L.W.G.V
Edad:	10 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Colonia las flores Tecpán Guatemala.
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Tecpán Guatemala 2001
Escolaridad:	4to. Grado primaria
Religión:	Católico
Evaluador:	Sara Sucely Bala Pacay
Fecha:	05-03-2010

2. Motivo de consulta

Necesidad de querer hablar con alguien, porque necesita desahogarse.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración en sus clases y en su casa.
- Nivel afectivo: triste, lleno de dolor, confundido.

- Nivel conductual: agresividad, grotesco, maltratador
- Nivel motivacional: Poca colaboración en la descripción de su problema.
- Nivel físico: intranquilidad, inseguridad.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Normalmente agrede de forma verbal a su madre y a sus hermanos y sus relaciones han tomado un papel de agresividad pegando por cualquier situación a las personas que se encuentran presente.

4.2 Relaciones sociales

Mantiene relaciones con sus compañeros de la escuela, sin embargo es demasiado agresivo, pelea e insulta, ha influenciado en sus compañeros, falta al respeto a su maestra y tiene mucha energía para dar.

4.3 Atribución de los problemas

Se atribuye el problema a la no atención temprana de una violación que el niño sufrió y la poca atención y amor de parte del padre de familia.

5. Historia del problema:

El niño presentó una violación por parte de un hombre adulto cuando solamente tenía 7 años, no se le atendió a tiempo, manifiesta bajo rendimiento en la escuela, su agresividad se ha aumentado porque a pesar de todos los problemas su padre y su madre están pasando por una

situación de separación y la atención que él tiene es poca, por lo que lo demuestra en su agresividad.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Poca atención del padre y de la madre, separación de ambos.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos:

El paciente manifiesta que no le agrada la relación que llevan sus padres y que su mamá no le da importancia a él porque está más pendiente de su matrimonio, a la madre le contesta y definitivamente la relación con sus hermanos es agresiva, el paciente manifiesta que los quiere, sin embargo no lo demuestra tan emotivo.

Manifiesta que desearía que sus papás estuvieran juntos ya que su padre y su madre viven separados porque el padre convive con otras mujeres y cuando llega a su casa le pega a su mamá y se insultan constantemente, no hay demostración de afecto en ningún aspecto. Y sufren de carencias económicas por lo que madre tiene que ir a trabajar en una casa.

El padre humilla mucho a su madre, normalmente llega a la casa a pelear con su esposa y con sus hijos, además involucra mucho a su familia, ya que algunos cuñados de la señora la golpean también, el padre no proporciona lo necesario a su familia nuclear, ya que está más pendiente de las necesidades de su familia y de las personas con quienes mantiene relación fuera de su matrimonio.

La madre no quiere dejar a sus esposo, porque dice que no puede vivir sin él, y que ella se aguantado catorce años de sufrimiento y que mejor piensa quitarse la vida, para que la dejen en paz. El paciente manifiesta que necesita de amor y atención para cambiar de conducta porque no se explica de su agresividad.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I Ninguno

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Abuso sexual y problemas familiares

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (código DSMIV: T74.2)

Poca atención de los padres al problema

Eje V Grado de adaptación social y familiar EEAG: 60

9. Pronóstico

Favorable, involucrando a la familia aportará mucho directamente para él como para el resto de ella.

10. Tratamiento

- a. Tests de la familia para conocer un poco más sobre el papel que juega dentro de la familia y la dinámica que se tiene además de la conocida con anterioridad.
- b. Aplicar una terapia de relajamiento, para calmar su ansiedad perturbadora a través de los recuerdos nocturnos.
- c. Involucrar a la familia en una terapia de apoyo para mejorar la relación que se deberá tener entre ellos.
- d. Trabajar con diferentes sesiones individuales y familiares para el mejor trato del niño abusado.

Historia clínica No. 2

1. Datos generales

Nombre:	K. A. M. R
Edad:	12 años
Sexo:	Masculino
Dirección:	Colonia "Las flores" Tecpán Guatemala
Ocupación:	Estudiante
Lugar y fecha de nacimiento:	Tecpán Guatemala, 1998
Escolaridad:	6to. Grado primaria
Religión:	Cristiano- evangélico
Evaluador:	Sara Sucely Bala Pacay
Fecha:	15-04-2010

2. Motivo de consulta

Su madre se encuentra preocupada porque en la escuela lo acusaron de tomar alcohol etílico y que se encontraba solo con otro compañero dentro de un sanitario.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de interés en asistir a clases, desgano.
- Nivel afectivo: con dolor por las acusaciones, indiferencia
- Nivel conductual: intranquilo y seguro de si.
- Nivel motivacional: Poca colaboración en la descripción de su problema.
- Nivel físico: normal.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

Preocupación de parte de su mamá, por la constante repetidas de que ya no quiere ir a estudiar porque la directora lo esta acusando constantemente de dos situaciones que él no hizo.

4.3 Relaciones sociales

Mantiene buenas relaciones con sus compañeros, pero solamente con un grupo de amigos es mas cercana la comunicación, es muy pasivo y tranquilo ya que muestra respeto hacia todas las personas.

4.3 Atribución de los problemas

El problema se atribuye a las acusaciones de la directora y algunos compañeros sobre que él ingirió alcohol etílico y otra de las acusaciones es que se encerró en un sanitario con otro niño.

5. Historia del problema:

El niño es acusado en su establecimiento de ingerir alcohol, mientras su profesor no se encontraba en clases y que los niños vieron que él sí se lo tomo, además lo vienen acusando desde tiempo atrás, sobre que lo vieron encerrarse en el baño con otro compañero y que murmuraban de que él le hizo algo al otro compañero, por lo que él se ha sentido mal y ya no querer asistir a clases, entonces surge la preocupación de la madre hacia la conducta desganada de cada mañana al asistir a la escuela.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: atención de la madre ante los problemas que presenta el niño.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos:

El niño, hace un año estuvo en tratamiento con una psicóloga porque padeció de una fobia sobre el agua, desde hace tres años a padecido de una enfermedad de los riñones y toma medicamento. Es hijo único dentro de la pareja, sus padres viven juntos, no existen peleas fuertes y mantiene comunicación con su mamá.

A la mamá le tiene mucha confianza, y ella le ha platicado mucho de varias situaciones, y lo apoyan en lo que necesita.

El padre a veces le dice a la mamá que no lo consienta mucho que a veces él no se vale por sí mismo, pero el niño señala que cuando se encuentra cerca su mamá él se siente segura con ella.

Tiene a algunos familiares de los cuales no les gusta convivir mucho porque lo molestan mucho y quieren manipularlo siempre, lo consideran poco hombre ya que él juega como un niño todavía mientras que ellos ya llevan un nivel de vida diferente.

Por otra parte el padre piensa que la mamá lo protege mucho y que debería dejarlo que él realice y tome sus propias decisiones y acciones. Sin embargo lo quiere mucho porque no tiene dificultad alguna. La madre refiere que a él le gusta explorar las cosas y que es muy inquieto, le gusta jugar con sus juguetes y pasa mucho tiempo así sin pensar en otras cosas.

8. Diagnóstico multiaxial

- Eje I Z03.2 sin diagnóstico
- Eje II Z03.2 sin diagnóstico
- Eje III Z03.2 sin diagnóstico
- Eje IV Problemas relativos al ambiente social.
 Problemas de relación (código DSMIV: Z63.9)
- Eje V Grado de adaptación social y familiar EEAG: 90

9. Pronóstico

Favorable, se considera que el niño está en una etapa de la cual está disfrutando de su niñez, además tiene apoyo de sus padres, solamente necesita que le permitan empezar a tomar sus propias decisiones y trabajar en eso con los padres.

10. Tratamiento

- a. Tests de la persona, para conocer sobre el concepto que tiene él como persona y de que cómo lo observan los demás.
- b. Tests de la familia para conocer sobre la dinámica de la familia. y apoyar en los posibles desacuerdos que existieran.
- c. Involucrar a la familia en una terapia de apoyo para mejorar la relación que se deberá tener entre ellos.
- d. Involucrar a los amigos de su grupo para que apoyen la terapia de apoyo.

Historia clínica No. 3

1. Datos generales

Nombre: L. L.
Edad: 27 años
Sexo: Femenino
Dirección: Colonia "Las flores" Tecpán Guatemala
Ocupación: -----
Lugar y fecha de nacimiento: Tecpán Guatemala, 1998
Escolaridad: -----
Religión: -----
Evaluador: Sara Sucely Bala Pacay
Fecha: 24-06-2010

2. Motivo de consulta

Esta referida por una coordinadora de un programa de la institución, porque la ha visto muy mal emocionalmente, después de la tormenta Ágatha, recientemente pasada.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: falta de interés por la vida, desganada.
- Nivel afectivo: triste, deprimida, con llanto.
- Nivel conductual: muy pasiva, tranquila.
- Nivel motivacional: colaboradora, honesta y con fácil expresión.
- Nivel físico: decaída, semblante de dolor, no muestra risa ni efecto alguno

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

La preocupación viene de parte de sus padres y sus hermanos, porque la notan muy deprimida, porque indican que ya no se quiere cuidar, sin embargo es notable por ella la atención y los cuidados de su familia. Tiene una hija, ya que es madre soltera, sin embargo la ha abandonado porque ya no tiene ganas de peinarla, bañarla y darle los cuidados. Porque no siente necesidad de quererlo hacer.

4.2 Relaciones sociales

Ya no quiere salir a la calle, tenía un negocio particular, pero como lo perdió todo, ya no quiere salir a vender, porque ya no tiene dinero para salir adelante. Convive únicamente con su familia, últimamente, no quiere hablar con nadie porque siempre le hacen recordar las cosas que vivió en la tormenta.

4.3 Atribución de los problemas

El problema se le atribuye a la pérdida de todos sus materiales (casa, ropa, muebles,) por el paso de un río provocado por la tormenta Ágatha.

5. Historia del problema:

Refiere que se siente muy mal después de la tormenta, porque pidió todas sus cosas y su casa, un tiempo atrás se le alteraron los nervios porque le entró agua en su casa, pero recuperó muchas cosas y no fue grande la pérdida. En esta oportunidad ella perdió todas sus cosas y

cuando regresó al lugar de los hechos no encontró absolutamente nada, al momento de ver se desmayó y desde entonces sufre de desmayos, pierde el conocimiento, sufre de dolor de cabeza, le da ganas de vomitar, sufre de frío y le da mucho sueño, se mantiene muy deprimida. Sufre mucho y llora cuando se recuerda de que ya no tiene sus cosas. Cada vez que le pasa esa situación sufre de los mismos síntomas.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Mucha preocupación, desesperación continua y tristeza profunda, mucho llanto, decaimiento en su semblante.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos:

Su familia le apoya incondicionalmente, la han apoyado incondicionalmente, en su casa vive con su papá y mamá, son personas mayores pero que los tiene a su lado, tiene hermanos y también la apoyan. Refiere que esta tranquila porque cuenta con el apoyo de las personas que tiene a su alrededor.

8. Diagnóstico multiaxial

Eje I	F43.1 Trastorno por estrés traumático
Eje II	Z03.2 sin diagnóstico
Eje III	Enfermedad del sistema nervioso
Eje IV	Otros problemas psicosociales y ambientales.
Eje V	70-61

9. Pronóstico

Favorable, si sigue las técnicas para controlar sus experiencias vividas, ayudará a que cambie sus pensamientos respecto a la vida, ayudará mucho también un tratamiento médico por los síntomas que son muy fuertes.

10. Tratamiento

- a. Reducción de los síntomas, estimulándolo para que recuerde el hecho, exprese sus sentimientos y adquiera algún sentido de control sobre la experiencia vivida.
- b. Terapia de apoyo con personas que vivieron el mismo trauma, para compartir sentimientos de y hacia la situación.
- c. Emplear la terapia de cognitivo-conductual para tratar los síntomas de evasión, lo cual puede incluir exposición al lugar que desencadena sus síntomas, hasta que se acostumbre a el y deje de evitarlo (esto se denomina técnica de inundación y exposición gradual).
- d. Los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso pueden ayudar a reducir la ansiedad y otros síntomas, por lo que el médico se encargará de medicarlo de acuerdo a la necesidad suscitada.

Historia clínica No. 4

1. Datos generales

Nombre:	M. J. A.
Edad:	43 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	Barrio la Asunción, Tecpán Guatemala
Ocupación:	Ama de casa
Lugar y fecha de nacimiento:	Tecpán Guatemala, 1967
Escolaridad:	-----

Religión: Católica
Evaluador: Sara Sucely Bala Pacay
Fecha: 24-06-2010

2. Motivo de consulta

“Quiero que me ayuden a sacar lo que tengo, todo me hace llorar, quiero entender por qué lo hago”

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: Poco interés de salir de su casa, pensamientos falsos, temor. Pasa por momentos de inconsciencia.
- Nivel afectivo: malhumorada, llanto constante y sin motivo
- Nivel conductual: muy alterada, no tiene paciencia con nadie.
- Nivel motivacional: no tienen pacienci, colaboradora y muy sensible.
- Nivel físico: en el momento tranquila, sin embargo llora cuando habla sobre cualquier asunto.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

No comparte sus problemas con la familia porque dice que no le tiene confianza a nadie, no tiene mucha comunicación con su esposo porque no le genera confianza, no le gusta estar cerca de él y los pensamientos hacia él son de inconformidad y desgano. Por otro lado solamente vive con ella un nieto que lo tiene como hijo, y dice que hasta le da miedo de que su nieto sufra o ya este sufriendo por el problema que tiene y no quiere para el eso.

4.4 Relaciones sociales

No le gusta salir de su casa, porque cunado lo hace mira a los niños y a los ancianos y toma por llorar, no le confía a nadie, ni en su propia familia puede encontrar seguridad, no le gusta platicar con sus vecinos porque no le nace hacerlo. Por lo que no cuenta con nadie más.

4.3 Atribución de los problemas

Refiere que el problema viene desde que perdió un familiar y que lo vio morir, era alguien muy querido y que frente a ella sufrió el accidente. Por lo que lo atribuye a esa situación ya que desde allí ella empezó a llorar sin parar.

5. Historia del problema:

Refiere “todos los problemas me los atribuyo, los veo como que fueran míos, además veo que las personas que lo sufren no se sienten como yo”. Además refiere que todo le hace llorar, la ponen de malhumor, y se altera con facilidad. Constantemente se encuentra enojada y contesta muy mal porque no le tiene paciencia a nadie.

Cuando en un momento que sale a la calle, no le gusta porque observa a los niños y a los ancianos y piensa en su triste situación. Los pensamientos que tiene son falsos y para ella estúpidos. Tiene miedo, tiembla y padece de cólicos y sufre del corazón.

No ríe mucho pero cuando lo hace trata de controlarse porque le provoca ataques ya que le falta el oxígeno y termina llorando pasando por un período de inconsciencia por lo que tienen que darle golpes para que reaccione. Siente un peso en la espalda como una carga, lo ha estado padeciendo en estos últimos días.

6. Historia familiar

- Antecedentes psíquicos y físicos: Incomprensión en la familia y falta de apoyo, apariencia normal.

- Relaciones del paciente con sus familiares y percepción que tiene de ellos:

No tiene apoyo de su esposo ya que solamente él vive con ella, no le brinda la atención necesaria, ya que él se lo proporciona a sus trabajadores. No lo quiere porque no la consiente. Vive solamente con él y otro nieto que según ella le ha estado inventando una enfermedad a lo que considera que esta mal.

8. Diagnóstico multiaxial

- Eje I F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- Eje II Z03.2 sin diagnóstico
- Eje III Enfermedad del sistema nervioso (G00-G99)
- Eje IV Problemas relativos al ambiente social.
- Eje V 80-71

9. Pronóstico

Favorable, los síntomas son muy fuertes, sin embargo trabajar con un equipo multidisciplinario ayudará a que la paciente mejore su forma de vida. Sus pensamientos modificados ayudarán a seguir una vida plena.

10. Tratamiento

- a. Reducción de los síntomas, estimulándolo para que recuerde el hecho, exprese sus sentimientos y adquiera algún sentido de control sobre la experiencia vivida.
- b. Utilizar un tests de T. A. T. para descubrir sus sentimientos y pensamientos latentes.
- c. Terapia de apoyo con personas con las personas que tiene a su alrededor, y así poder definir los sentimientos que negativos que encuentran en la situación.
- d. Emplear la terapia de cognitivo-conductual para cambiar esos pensamientos inadecuados.
- e. Referirla al médico para el control de los síntomas orgánicos que padece y llevar el tratamiento a un mejor control.

Historia clínica No. 5

1. Datos generales

Nombre:	M. A. O.
Edad:	31 años
Sexo:	Femenino
Dirección:	San Juan Comalapa, Chimaltenango.
Ocupación:	Enfermera profesional
Lugar y fecha de nacimiento:	San Juan Comalapa 1979
Escolaridad:	Estudiante
Religión:	Cristiana- evangélica
Evaluador:	Sara Sucely Bala Pacay
Fecha:	22- 4-2010

2. Motivo de consulta

Porque los problemas se los ha estado contando a una doctora compañera de trabajo, quien le aconsejó buscar ayuda profesional para vivir mejor y tranquila.

3. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: de desilusión y vergüenza.
- Nivel afectivo: malhumorada, sin sentido de vida.
- Nivel conductual: desánimo constante, sin ganas de trabajar.
- Nivel motivacional: encuentra la vida muy monótona
- Nivel físico: desesperada con apariencia normal, en el momento.

4. Áreas afectadas en la vida del sujeto

4.1 Familia

No hace comentario acerca de su familia, ni habla mucho de ella, lo que es de mención es que sus hermanas la animan a que siga adelante y que siga disfrutando de lo que ha alcanzado. Su mamá la anima a que siga con su vida normal que no tiene necesidad de sufrir por algo que no conviene.

4.5 Relaciones sociales

Mantiene buena relación con la gente de su trabajo, cuenta con el apoyo de la gente cercana, sin embargo en ese tiempo no quería salir a la calle para no escuchar los comentarios que hacen de ella o no necesariamente de ella, pero ya no le daban ganas de salir, ni platicar con

nadie especialmente con personas del sexo opuesto, porque considera que todos son falsos y que la dañarán.

4.3 Atribución de los problemas

Atribuye sus problemas a una decepción de una relación, ya que estuvo a punto de casarse porque llevaban mucho tiempo de conocerse, y tenía planificado todo el proceso de la boda. Atribuye a sus problemas el hecho de que ella se cree demasiado grande y que considera de que nadie se va a casar con ella, porque ya esta muy grande.

5. Historia del problema:

Todo su malestar comenzó desde que su ex pareja la dejó por otra persona en el año 2007, porque estaba a punto de casarse. Ya tenía preparado una buena parte de lo que ella se había comprometido a realizar, no hubo razón de la separación y el engaño, a final no se realizó la boda.

Ella se sintió frustrada y triste por la situación, que después no quería que nadie la viera sufriendo por la situación y se llenó de vergüenza. Desde hace tiempo no ha podido olvidar esa tragedia, aún siente que la gente realiza comentarios de lo sucedido y eso no la hace vivir tranquilamente, se siente desanimada.

Atribuye sus males a su edad, se cree que es demasiado grande y le da mucha importancia a su edad. No sabe como reaccionar ante nuevas oportunidades pues teme y no la vive como tal, porque la persona con quien esta ahora es menor que ella y le brinda seguridad. Las hermanas la desaniman por la nueva oportunidad que se está dando, y le dicen que piense bien por la decisión que debe de tomar.

- c. Terapia de apoyo involucrando a su familia, con el fin de ayudarla a reconocer la realidad y que aprendan a manejar la situación.
- d. Utilizar también la TRE, con el fin de cambiar los pensamientos irracionales por racionales.
- e. Referirla con un médico para su chequeo general y evitar complicaciones posteriores.

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Establecimiento en cada madre de familia el concepto de salud mental.
- ✓ Reflexión sobre los factores psicológicos negativos que influyen considerablemente en el comportamiento de las madres.
- ✓ Identificación de los factores que influyen dentro de la comunidad logrando cambios conjuntos.
- ✓ Respuestas inmediatas a las diferentes actividades establecidas en el desarrollo de las capacitaciones.
- ✓ Apoyo incondicional de parte de la institución al impartir las charlas.
- ✓ Comprensión concreta de los diferentes temas desarrollados

4.2.2 Limitaciones

- ✓ Impuntualidad de las asistentes a las charlas, factor vivencia lejana.
- ✓ El clima

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Es importante orientar a los grupos respecto a las influencias que la sociedad y otros aspectos afectan física y psicológicamente.

- ✓ Hacer reflexionar a las mujeres sobre el papel que desempeña un profesional de la psicología para que encuentren el apoyo necesario cotidiano, sobre todo en las comunidades lejanas.
- ✓ La necesidad que presentan las madres de familia son fuertes cada día, por lo que es de suma urgencia proveerles de una sana educación sobre su personalidad y el papel importante que juega dentro de su comunidad.
- ✓ Es necesario implementar diferentes charlas relacionados con la psicodinámica familiar para aprender las herramientas necesarias y aplicarlas en los momentos de conflictos.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Darle auge a las personas que son vulnerables en el aspecto psicológico y proporcionarles constantemente este tipo de apoyo.
- ✓ Considerar que el aspecto emocional es de suma importancia para que las mujeres jueguen el papel que les corresponde dentro de su comunidad.
- ✓ Aplicar actividades donde se tomen en cuenta a las madres de familia para mejorar su salud mental y ser ejemplo dentro de su hogar.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres impartidos

Charla 1

Salud mental integral

Dirigida a: Madres de familia del programa MEI, del proyecto Kajih-jel, del Municipio de Tecpán Guatemala.

Fecha: 08 de abril de 2010

1. Objetivos:

Las madres estarán en la capacidad de:

- Identificar de manera óptima el concepto de salud mental.
- Participar activamente en las actividades establecidas durante el desarrollo del tema.
- Reflexionar sobre los aspectos que influyen negativamente en su salud mental.
- Opinar y comentar sobre las necesidades que presentan en el momento oportuno.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Identificación
- Explicación del tema con equipo visual.

3. Recursos

- Papel de colores
- marcadores
- material escrito
- computadora
- cañonera
- refacción

4. Cronograma de actividades

	Actividades	Contenido	Tiempo
1	Identificación de las participantes	Nombres	8 minutos
2.	Bienvenida y propósito del día	Saludo	5 minutos
3.	1ª. Dinámica rompe hielo	Juego de parejas	8 minutos
4.	Desarrollo del tema	Salud mental integral	15 minutos
5.	2ª. Dinámica	El correo llega	5 minutos
6.	Seguimiento del tema	Salud mental integral	15 minutos
7.	Entrega de material	Preguntas y comentarios	5 minutos
8.	Refacción		10 minutos

5. Resumen del contenido

Salud mental integral

La salud mental se refiere al estado de bienestar emocional que permite a la persona vivir activa y positivamente en medio de la sociedad.

Un individuo mentalmente sano se comunica fácilmente, se autoestima, y es capaz de tomar decisiones ante los problemas que enfrenta. Este individuo se adapta a diversas situaciones, respeta a las demás personas, se valora a sí mismo y a los demás, expresa adecuadamente sus sentimientos y emociones, vive con alegría y siempre está dispuesto a aprender.

Para desarrollar una buena salud mental es necesario establecer buenas relaciones con las personas que nos rodean, es decir, con los familiares, amigos, vecinos, compañeros de la comunidad, etc. Esto permitirá el intercambio de ideas y sentimientos que ayudarán a crecer como personas.

Mientras se crece como personas mentalmente sanas, se contribuye al desarrollo de una mejor sociedad. Siempre debemos tener presente que las buenas relaciones nos llevan a un mejor entendimiento con los demás.

Charla 2

Autoestima en la mujer

Dirigida a: Madres de familia del programa MEI, del proyecto Kajih-jel, aldea Vista Bella Tecpán Guatemala.

Fecha: 19 de mayo de 2010

1. Objetivos:

Las madres estarán en la capacidad de:

- Valorar su aspecto físico, emocional y espiritual.
- Reflexionar sobre el papel que juega la mujer y lo importante que es dentro de la sociedad.
- Participar efectivamente en las preguntas planteadas de acuerdo a las necesidades que presentan.
- Opinar y comentar libremente sobre lo que piensan de sí y sobre su personalidad.
- Cambio oportunamente sobre ideas irracionales que la sociedad maneja respecto a las mujeres.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción al tema por medio de un juego
- Explicación del tema.

3. Recursos

- Papel bond
- marcadores
- material escrito
- espejo
- maskin tape
- refacción
- carteles
- premios

4. Cronograma de actividades

	Actividades	Contenido	Tiempo
1.	Presentación y bienvenida	Decir los nombres	8 minutos
2.	Dinámica rompe hielo	Carrera de globos	5 minutos
3.	Desarrollo del tema	Autoestima en la mujer	20 minutos
4.	Dinámica animada	Me digo lo que soy	8 minutos
5.	Completar frases	Frases incompletas	5 minutos
6.	Análisis sobre respuestas	Frases incompletas	5 minutos
7.	Conclusiones del tema	Preguntas y comentarios	5 minutos
8.	Refacción		10 minutos

5. Resumen del contenido

Autoestima en la mujer

La autoestima en la mujer es una necesidad psicológica básica que hemos de cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con nuestra personalidad. La autoestima comprende dos elementos psíquicos: positiva y negativa.

Somos grandes por lo que pensamos, por como actuamos, como sentimos y no por lo que ellos dicen... nos han creado un falso concepto de nuestro verdadero valor... hagamos conciencia, somos más valiosas de lo que la sociedad nos suele catalogar.

Autoconcepto

Es la consciencia que tenemos acerca de nosotras mismas, de cuales son los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas de nuestra manera de ser

Autovaloración

Es sabido que del modo en que nos sentimos y vemos a nosotras mismas es de la forma que nos perciben los demás y resulta crucial para determinar cómo funcionamos en todo ámbito de nuestras vidas: trabajo, relaciones, amor, sexo.

Autorespeto

El respeto es un valor básico para la convivencia entre las personas. Nadie se siente cómodo en un ambiente donde se le insulta o no se le valora.

Aumenta la autoestima cambiando tu discurso, modificar el discurso es fundamental para elevar la autoestima en la mujer

- La próxima vez lo haré mejor.
- Se empieza por intentarlo.
- Es mejor equivocarse que no hacer nada.
- Soy importante aunque no logre todos mis objetivos.
- Es normal sentir que no se puede, luego se intenta.
- Lo perfecto no es posible, lo adecuado sí.
- Las cosas tienen una importancia relativa.
- Yo te ayudo.
- Si, soy capaz.
- Puedo hacerlo.
- Confío en mí.

Aquello que habita en el pasado y aquello que habita en el futuro es solo una pequeña cosa comparado con aquello que habita dentro de nosotros. (Ralph Waldo Emerson)

Charla 3

Estructura y roles de una mujer

Dirigida a: Madres de familia del programa MEI, del proyecto Kajih-jel, municipio de Tecpán Guatemala.

Fecha: 05 de agosto 2010

1. Objetivos:

Las madres estarán en la capacidad de:

- Comprender su propia estructura física y emocional.
- Cambiar el concepto que tiende a colocar la sociedad sobre lo que es y debe ser una mujer.
- Tomar su papel de mujer líder en su comunidad y comprender las capacidades que posee.
- Comentar las diferencias con otras madres que se tiene con un hombre.
- Ponerse de ejemplo ante sus hijas y dentro de su hogar.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica grupal
- Motivación por medio de una presentación
- Explicación del tema.
- premios por participación

3. Recursos

- cañonera
- marcadores
- sobres de colores
- computadora
- refacción
- carteles
- notitas de colores

4. Cronograma de actividades

	Actividades	Contenido	Tiempo
1.	Bienvenida	Saludo cordial	5 minutos
2.	Dinámica grupal	Frases escondidas	10 minutos
3.	Presentación en power point	Mujer de valor	8 minutos
4.	Desarrollo del tema	Estructura y roles de la mujer	20 minutos
5.	Repetir frases motivacionales	Motivación	5 minutos
6.	Conclusiones y comentarios	Preguntas y comentarios	5 minutos
7.	Conclusiones y despedida	Preguntas y comentarios	5 minutos
8.	Refacción		10 minutos

5. Resumen del contenido

Estructura y roles de una mujer

El hombre y la mujer son iguales en derecho y deberes: No hay ninguna excusa para fomentar la discriminación en función del sexo. A pesar de la igualdad intrínseca, existen ciertos aspectos psicológicos que diferencian en comportamiento a los hombres y mujeres. Nadie duda de las diferencias fisiológicas (fuerza, altura) entre los hombres y las mujeres, sin embargo existen algunas diferencias en ambos sexos para que se comprenda qué papel deberá jugar cada uno y de esa manera tener seguridad de sí y conllevar una vida placentera como una mujer.

Estructura de la mujer:

1. Es Intuitiva: Tiene un radar para discernir las cosas. Cuando va a ver un problema, ya ella lo puede ver venir.
2. Es sensible: Es más sensible a los problemas y a las necesidades de las personas.

3. Disfruta de la sexualidad diferente: La mujer disfruta la sexualidad por una necesidad interna, por el romanticismo, la intimidad, la delicadeza y la ternura. Antes que la mujer llegue a la excitación en la sexualidad es importante que oiga palabras de amor y que hayan caricias. No puede ser feliz en el sexo hasta que no recibe amor verbal y físico.

Responsabilidades o roles de la mujer:

- Debe ser la ayuda idónea de su marido: deberá ayudar, proteger, socorrer en momentos de dificultad a su esposo, no criticarlo, trabajar junto a él.
- Someterse a su esposo: no significa volverse en alfombra, significa reconocer la posición del esposo como cabeza para cumplir con el propósito de Dios.
- Debe respetar a su esposo: es dar el lugar que se merece, no callarlo, ni criticar en público, respaldar la corrección de los hijos.
- La mujer fue hecha para reproducir la simiente: Dios le dio la responsabilidad reproducir la semilla.
- Cumplir sexualmente con su esposo: no debe negarse a su esposo, mantener una comunicación abierta.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- Apoyo incondicional de parte de las autoridades del Municipio de Santa Apolonia.
- Colaboración de diferentes entidades de salud de manera gratuita.
- Respuesta de la comunidad asistiendo al centro de atención.
- Satisfacción positiva de la comunidad y autoridades respecto al trabajo realizado.
- Ayuda psicológica para todas las personas presentes.

- Conocimiento sobre los aspectos que influyen en la salud mental de las madres.
- Proporción de material para la constante orientación a las madres del programa.
- Asistencia de niños, jóvenes, mujeres y varones.

4.3.2 Limitaciones

- Clima

4.3.3 Conclusiones

- Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que están viviendo.
- Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis.
- Se puede concluir también que dentro del programa se presentan buenas oportunidades para que estas y otras actividades sean incluidas e integradas en el desarrollo de la formación de las madres guías y lograr en ellas el desempeño que se espera en la elaboración de su trabajo.
- Por último, se concreta reconocer que dentro de la Asociación de padres de familia del Proyecto Kajih-jel existe un campo abierto para realizar este tipo de trabajo, también confianza, seguridad y apoyo para poder ayudar a las personas bajo su responsabilidad y formación.

4.3.4 Recomendaciones

- Realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe (primeros auxilios psicológicos), fundamental dada la dimensión y el gran impacto psicológico que sufren las víctimas y familiares de las comunidades en mención.

- Dar seguimiento psicológico a los afectados después de la catástrofe, para ayudarlos a reanudar en lo posible, el desarrollo de sus actividades, o bien la adaptación a cambios importantes originados por la catástrofe. De esta manera se minimizará el nivel del trastorno de estrés postraumático.
- Evaluar y dar atención psicológica a los profesionales que se desempeñan en situaciones de catástrofe.
- Practicar la intervención psicológica en todo el ámbito del programa para el beneficio de las madres de familia del proyecto.
- Mantener un continuo apoyo psicológico en las diferentes comunidades, para mejorar la salud mental de las madres del programa.
- Brindar orientación a través de proyectos de salud mental y así proporcionar herramientas para su aplicación en los propios conflictos.

4.3.5 Presentación de proyectos de salud mental (contenido)

Proyecto 1

a. Antecedentes

Guatemala es uno de los países que más severamente ha sido afectado en los últimos tiempos debido a eventos climáticos de fuerza mayor, tal es el caso de tormentas, huracanes y depresiones tropicales. Debido a la incesante tala de árboles en extensas áreas de los diversos departamentos del país, se ha dado el fenómeno de los deslaves, derrumbes y erosiones que han dado paso a severas inundaciones y catástrofes que han cobrado muchas vidas, específicamente en el área rural del occidente del país.

En este sentido, el departamento de Chimaltenango, situado en el área del altiplano central del país, ha sido uno de los más afectados con tales eventos, específicamente en los municipios de Tecpán Guatemala, Santa Apolonia, San Martín Jilotepeque y otros más. La destrucción que ha quedado posterior al paso de los eventos climáticos que se han experimentado, ha cambiado no sólo la geografía del área, sino la vida de los pobladores más afectados.

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

Dentro de los lugares más afectados a nivel de infraestructura, vivienda y vidas humanas, se encuentra el municipio de Santa Apolonia, del departamento de Chimaltenango. Los pobladores perdieron gran parte de sus pertenencias, reportándose al 31 de agosto, un total de 19 víctimas mortales y más de 1,500 personas damnificadas. Adicionalmente, la infraestructura vial y las viviendas de los pobladores quedaron seriamente dañadas, lo cual ha impedido continuar con una cotidianeidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

b. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores

puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc. De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

c. Descripción de la crisis provocada por el estrés postraumático

La crisis que un grupo social o bien una persona sufre luego de experimentar un evento catastrófico, es aquella en la que, una vez agotados los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios del individuo y del grupo, se hace presente un estado de invalidez, de desprotección e incapacidad para continuar la vida cotidiana. Aún cuando todavía se cuenta con algunos medios y recursos para subsistir, el grupo o la persona, que está severamente afectada e impresionada, se niega de alguna forma, a ver el lado positivo de la situación, que radica en descubrir su potencial para salir adelante con lo que le ha quedado.

d. Pautas para elaborar un programa de intervención

- Analizar objetivamente la dimensión del evento catastrófico, y su impacto tanto en la sociedad como para la persona individual.
- Analizar las posibles soluciones, y la forma de ayuda psicológica que se pueda brindar.

- Realizar un adecuado contacto psicológico con el grupo y/o con la persona.
- Desarrollar acciones concretas: Objetivos a corto plazo: valorar la mortalidad, facilitar el proceso de duelo, etc.
- Analizar la situación somática: Preservar la salud física, trabajar en relación al estado emocional, valorar el intento de suicidio, etc.
- Analizar la situación afectiva: Expresión de los sentimientos en relación a la crisis, reorientar adecuadamente la forma de expresión, manejo de la ansiedad, técnica de la silla vacía, ejercicios de respiración y relajación profunda, etc.
- Analizar la situación cognitiva: Reflexionar sobre el incidente y sus efectos, disminuir la credibilidad de culpa, analizar los pensamientos y metas previos a la crisis y el impacto que la misma tuvo sobre dicho asunto, reorientar y adaptar las nuevas metas en relación a la situación posterior a la crisis.
- Analizar el área conductual: Qué cambios se hacen necesarios a consecuencia de la crisis y sus efectos posteriores.
- Dar seguimiento evaluando las etapas de acción. Brindar la ayuda psicológica después de la catástrofe.

e. Tratamiento del estrés postraumático

La intervención terapéutica temprana se hace necesaria cuando se presenta un evento catastrófico que afecta severamente a un grupo social, o persona individual. Con la intervención terapéutica se reduce el impacto psicológico y se evita la cronificación del trastorno.

Las alternativas terapéuticas que existen y las cuales el profesional puede utilizar para obtener los resultados deseados, son:

- Testimonio: Consiste en que el grupo o el paciente relate la historia lo más detalladamente posible; de este modo se gana control sobre el pasado y la experiencia va pasando de ser rígida, a ser más flexible y se consigue una reelaboración del trauma.

- Técnicas cognitivas:

- ▮ Resolución de problemas
- ▮ Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas
- ▮ Análisis de creencias erróneas (no es culpable de su experiencia)
- ▮ Inoculación del estrés para disminuir la tensión, la activación fisiológica, sustituir ideas negativas por pensamientos positivos.

- ▮ Técnicas Conductuales:

- ▮ Desensibilización sistemática para conseguir la habituación del objeto temido
- ▮ Interrupción del pensamiento
- ▮ Técnicas de relajación
- ▮ Terapias de grupo (grupos de autoayuda)
- ▮ Terapia familiar, si es necesaria
- ▮ Recuperación de actividades cotidianas de acuerdo a la nueva situación general

Proyecto 2

a. Justificación

Con el fin de brindar apoyo en el área emocional de las Madres Guías del programa MEI (ó “Juega conmigo”) del Proyecto Kajih-jel, de conocer los diferentes problemas psicosociales a los que se enfrentan, buscar alternativas de ayuda y culminar una etapa de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, la alumna practicante juntamente con el apoyo del equipo de trabajo de *Christian Children Fund* y el Director General, se realizó una planificación específica para el desarrollo de la misma. Y para alcanzar los objetivos planteados, se presenta a continuación el siguiente informe recopilando diferentes datos, así mismo se deja varios temas y actividades para mejorar la salud mental de la Madre Guía y promover el buen liderazgo dentro de la comunidad tecpaneca.

b. Objetivo General

Descubrir las necesidades psicológicas que tienen las madres guías, a través de la visita a sus hogares con el fin de proporcionar algunas actividades de estimulación para el fortalecimiento de su salud mental.

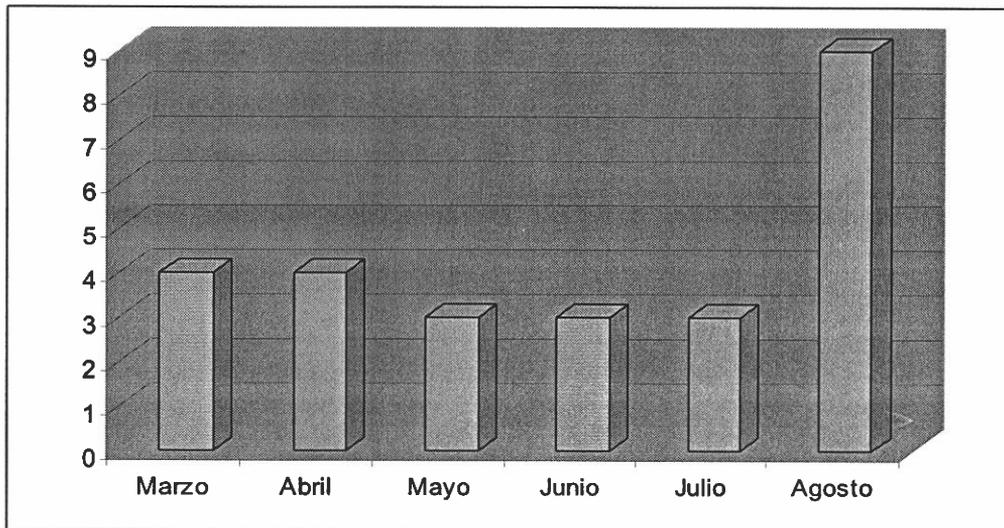
c. Objetivos específicos

- a. Conocer qué emociones internas les afecta a cada madre colaboradora en el área psicológica en su familia y fuera de ella.
- b. Enlistar los problemas que aquejan a cada madre guía del proyecto para apoyarlas de forma general y específica.
- c. Dejar una serie de temas y actividades para el mejoramiento de la salud mental de las madres guías conociendo con anticipación su condición.

4.4 Gráficas y análisis de resultados

4.4.1 Programa de atención de casos

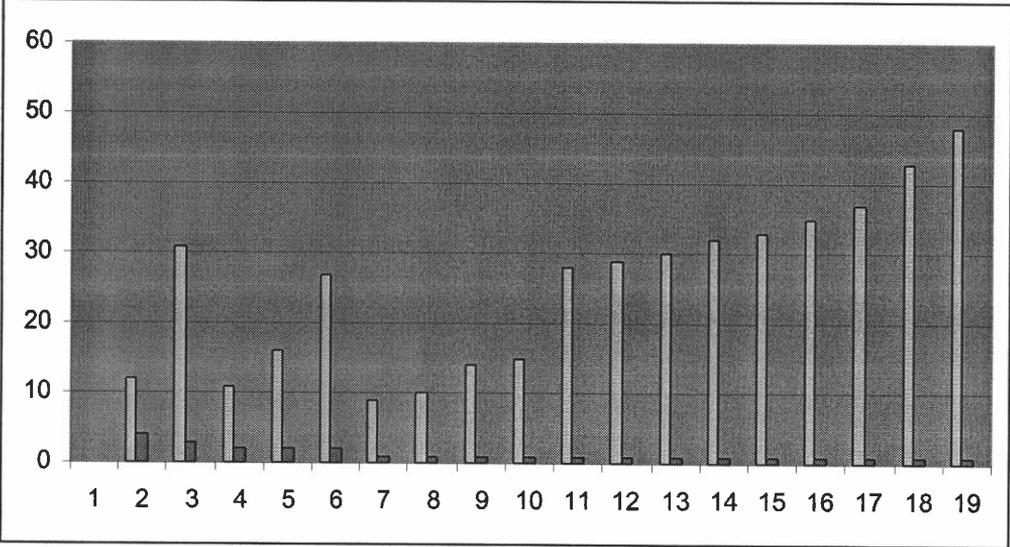
Gráfica 1: casos atendidos por meses.



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 1, se muestra que en el mes de marzo fueron atendidas cuatro personas al igual que en el mes de abril, sin embargo, en los meses de mayo, junio, julio fueron atendidas 3 personas únicamente, y el mes de agosto fueron atendidas 9 mujeres.

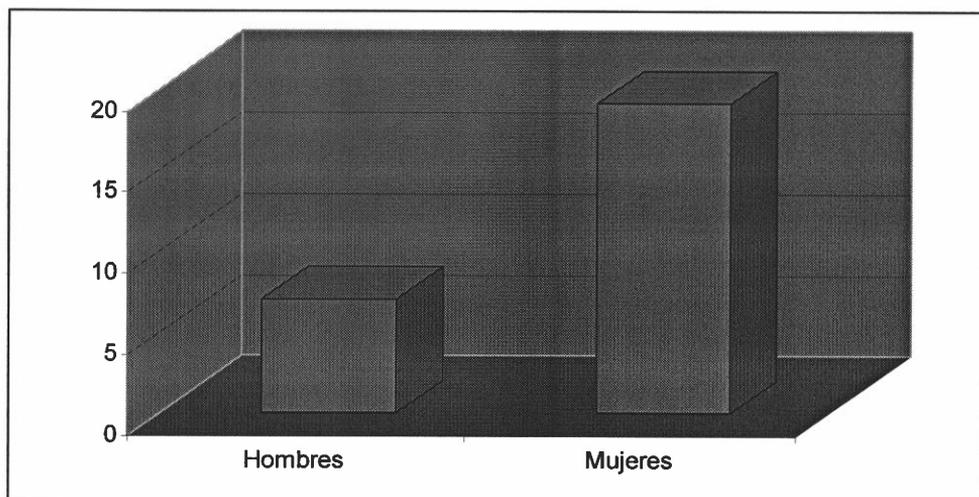
Gráfica 2: personas atendidas por edades.



Fuente: elaboración propia

La gráfica 2, se observa que se atendieron a 4 niños de 12 años, 3 personas de 31 años, de 11 años se atendieron a 2 personas, de 27 años a 2 personas, de 16 años a 2 personas y se atendió a una sola personas de las siguientes edades: 9, 10, 14, 15, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 43, y 48.

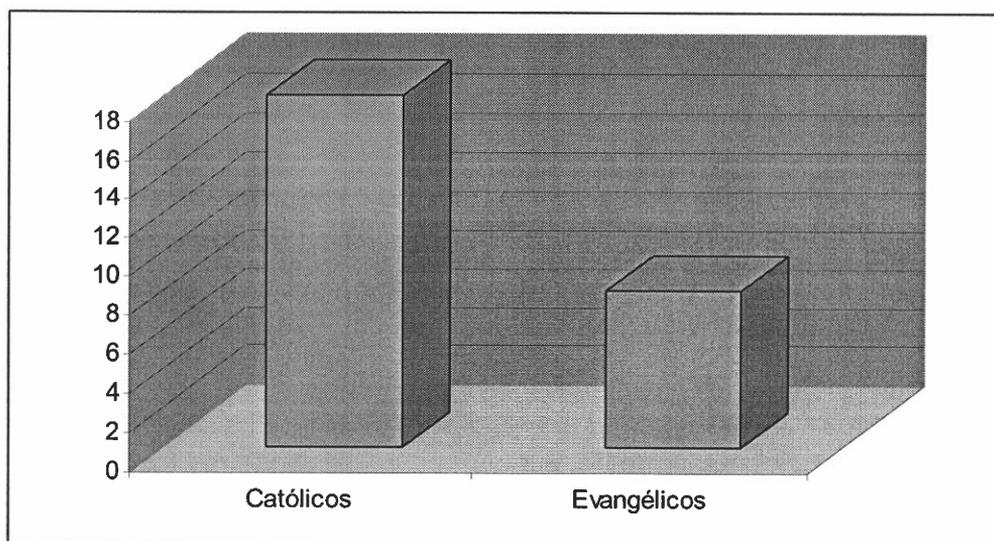
Gráfica 3: Personas atendidas por sexo



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 3, se observa que asistieron a consulta 19 mujeres y 7 hombres, quienes buscaron ayuda psicológica durante la práctica.

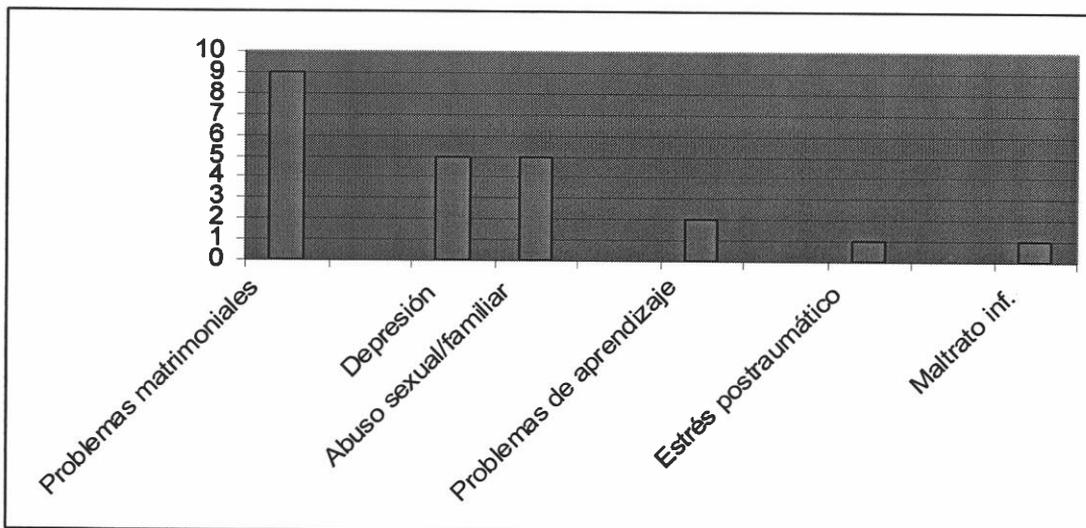
Gráfica 4: Personas atendidas por religión



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 4, se presenta que buscaron más ayuda las personas de fe católica que fueron 18 personas y asistieron 8 personas evangélicas.

Gráfica 5: Principales problemas atendidos

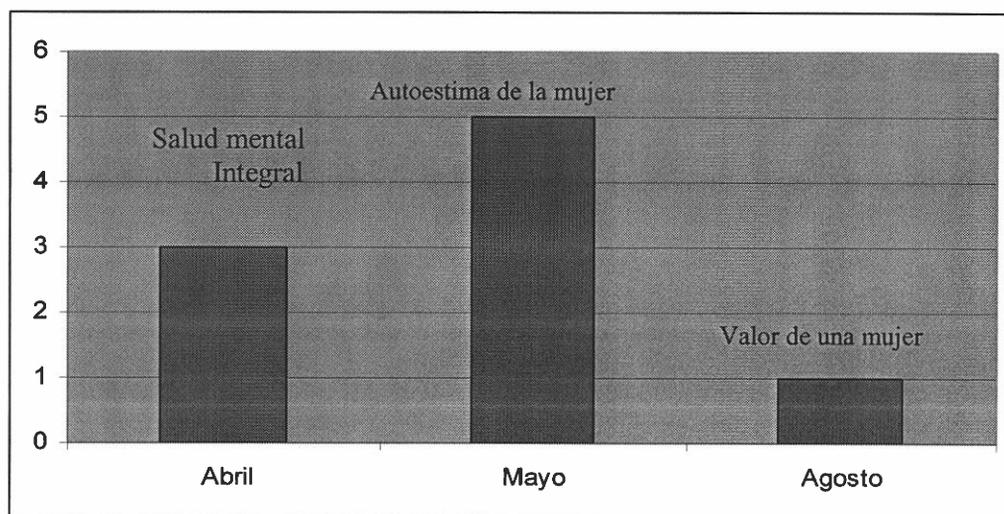


Fuente: elaboración propia

En la gráfica 5 se observa que los principales problemas que se diagnosticaron fueron como prioridad los problemas matrimoniales que lo sufren 9 personas, seguida por la depresión que lo presentaban 5 personas, a continuación abuso sexual y familiar que lo sufren 5 personas, con problemas de aprendizaje 2 personas, con estrés postraumático 2 personas y con maltrato infantil 1 personas.

4.4.2 Programa de capacitación

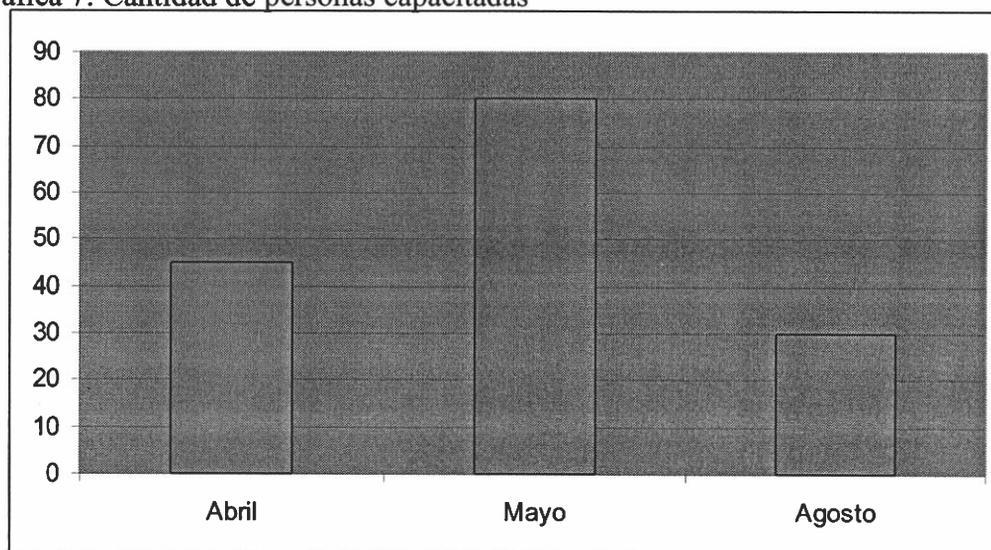
Gráfica 6: Temas impartidos por mes



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 6, se describe que en mes de abril se impartieron los temas de: Salud mental, y autoestima de la mujer que se impartió a 3 grupos de diferentes comunidades, en el mes de mayo a 5 grupos diferentes con el tema Autoestima en la mujer, salud mental y estructura y roles de la mujer, para completar el mes de agosto se capacitó sobre el valor de una mujer.

Gráfica 7: Cantidad de personas capacitadas



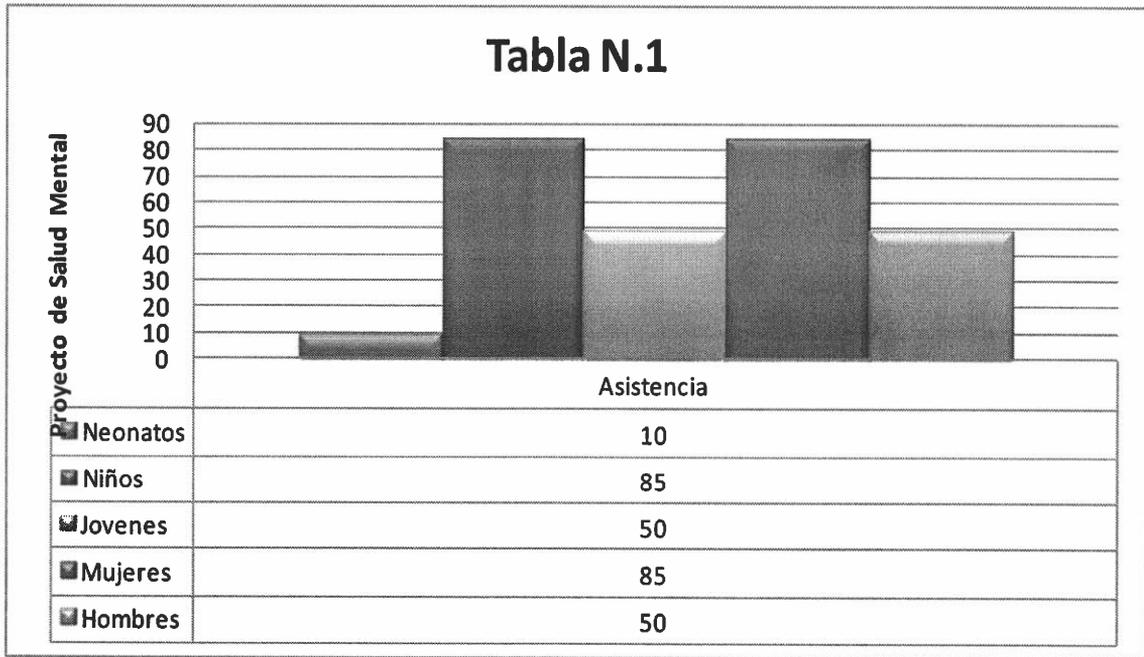
Fuente: elaboración Propia

La gráfica 7, presenta que en el mes de abril se capacitó a 45 mujeres distribuidas en las diferentes comunidades donde se trabajó, en el mes de mayo se capacitó a 80 madres de familia siempre en las diferentes comunidades y en el mes de agosto se capacitaron únicamente a 30 madres da familia.

4.4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Proyecto 1

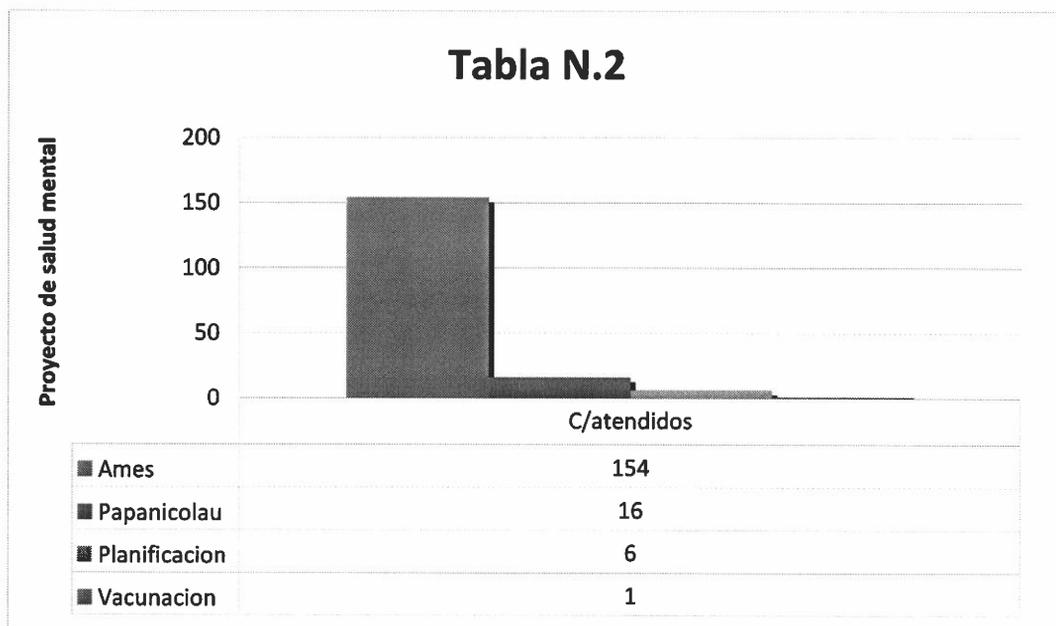
Gráfica No. 1: Población atendida en la intervención psicológica



Fuente: elaboración propia

Se observa en la tabla 1, el número de personas asistentes a la jornada psicológica- médica de la cual se describe que fueron 10 neonatos, 85 niños, 50 jóvenes, 85 mujeres y 50 hombres.

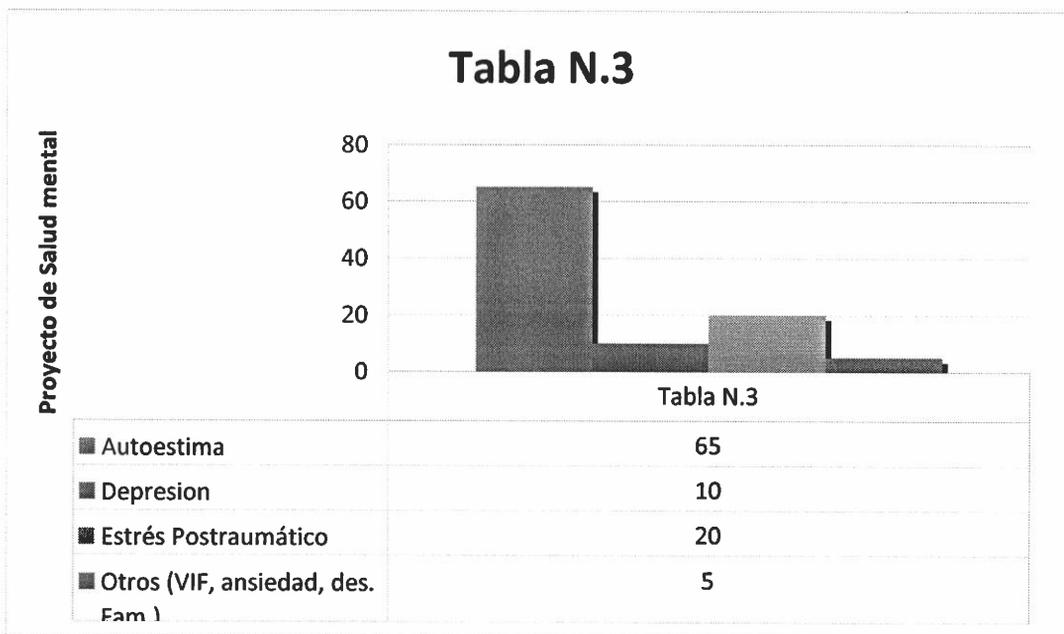
Gráfica No. 2: Personas atendidas por especialidad médica.



Fuente: elaboración propia

En la tabla número 2, se observa las personas atendidas según la especial que particularmente requerían, entre ellos 154 personas en Ames, 16 mujeres a papanicolau, y un niño a vacunación.

Gráfica No. 3: Cuadros patológicos detectados



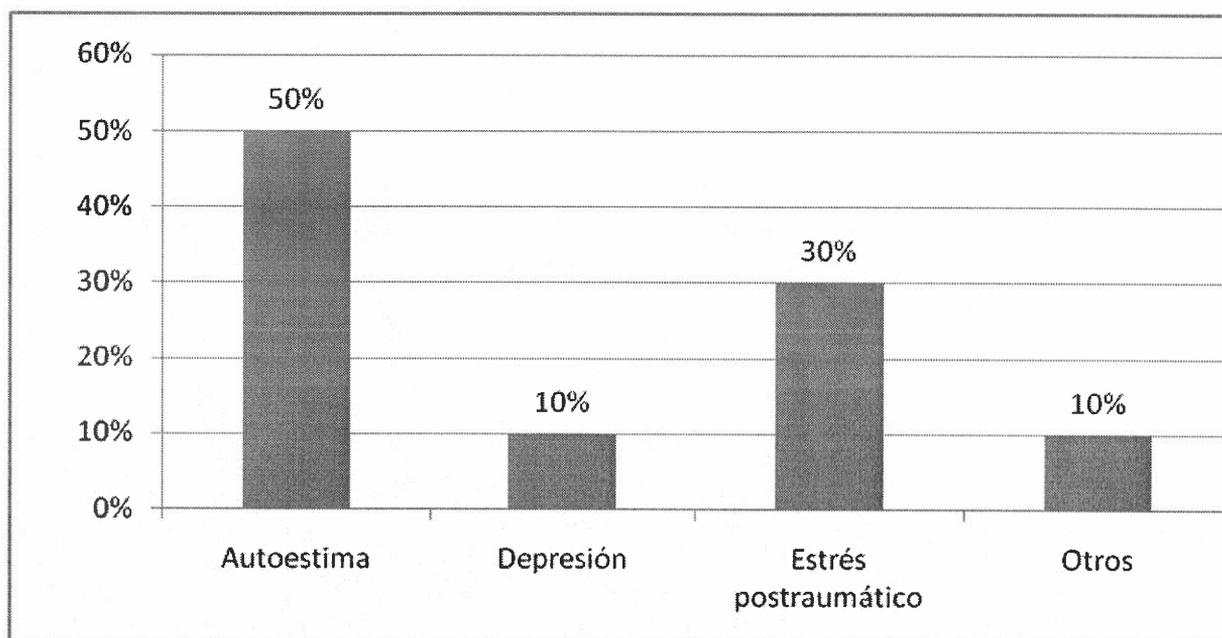
Fuente: elaboración propia

En la tabla 3, se describe los cuadros patológicos detectados en la atención a las personas entre ellos, autoestima con 65 personas, depresión 10 personas, estrés postraumático 20 personas y 5 personas que presentaban otros tipos de patologías, entre las que se encuentran, violencia intrafamiliar, ansiedad, desintegración familiar.

Gráfica 4: cuadros patológicos detectados por grupo poblacional

1. Niños:

- Autoestima: 50%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 30%
- Otros: 10%

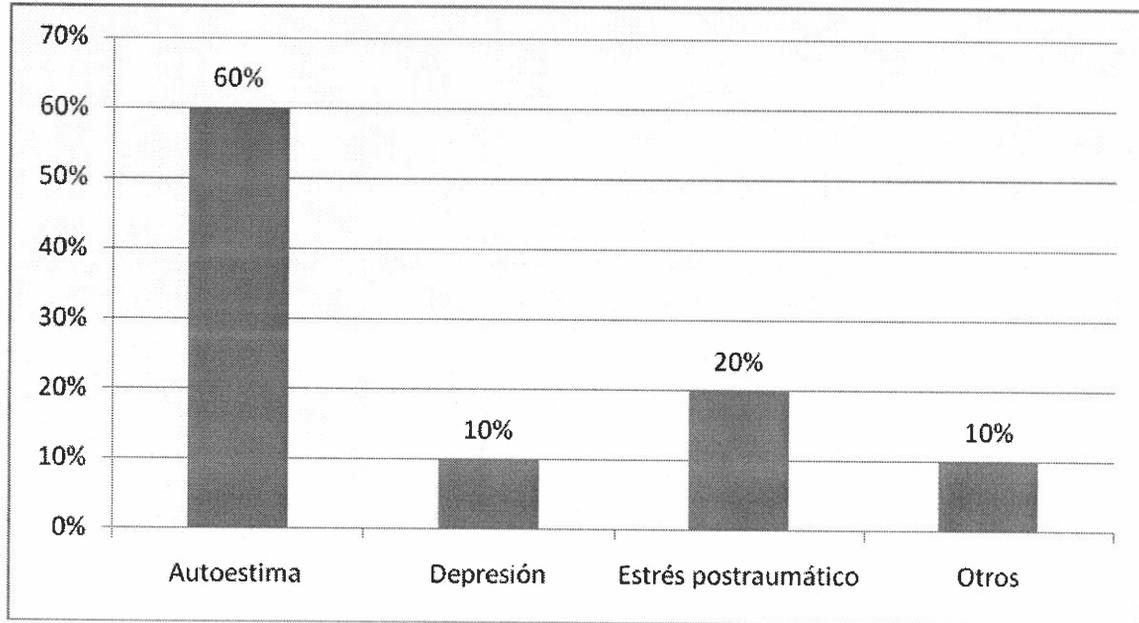


Fuente: elaboración propia

En la anterior gráfica se describe los cuadros patológicos a nivel poblacional, entre las que se encuentra un 50 por ciento con autoestima, 10 por ciento con depresión, 30 por ciento con estrés postraumático y un 10 por ciento entre otros tipos de patologías.

2. Jóvenes:

- Autoestima: 60%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 20%
- Otros: 10%

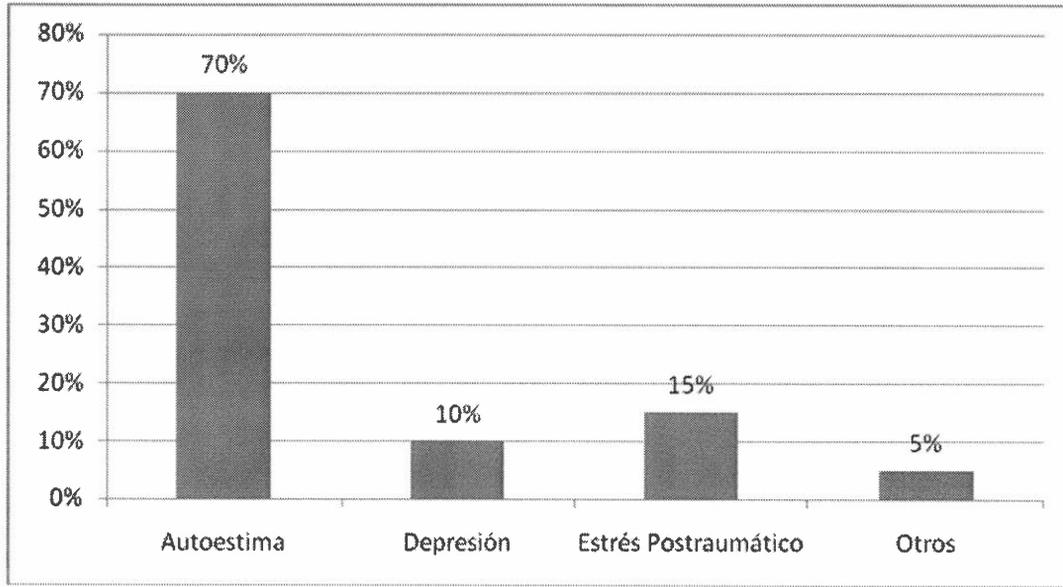


Fuente: elaboración propia

En la anterior gráfica se observa el porcentaje de los jóvenes que sufren de falta de autoestima con un 60 por ciento, 10 por ciento con depresión, 20 por ciento de estrés postraumático, y un 10 por ciento de otras patologías.

3. Mujeres

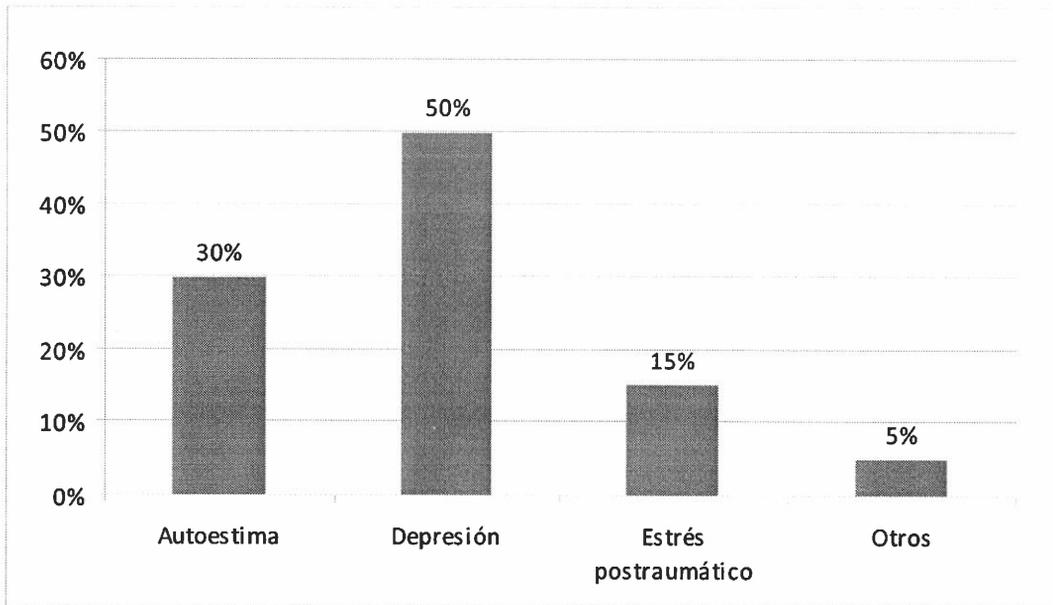
- Autoestima: 70%
- Depresión: 10%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%



Fuente: elaboración propia

4. Hombres

- Autoestima: 30%
- Depresión: 50%
- Estrés postraumático: 15%
- Otros: 5%

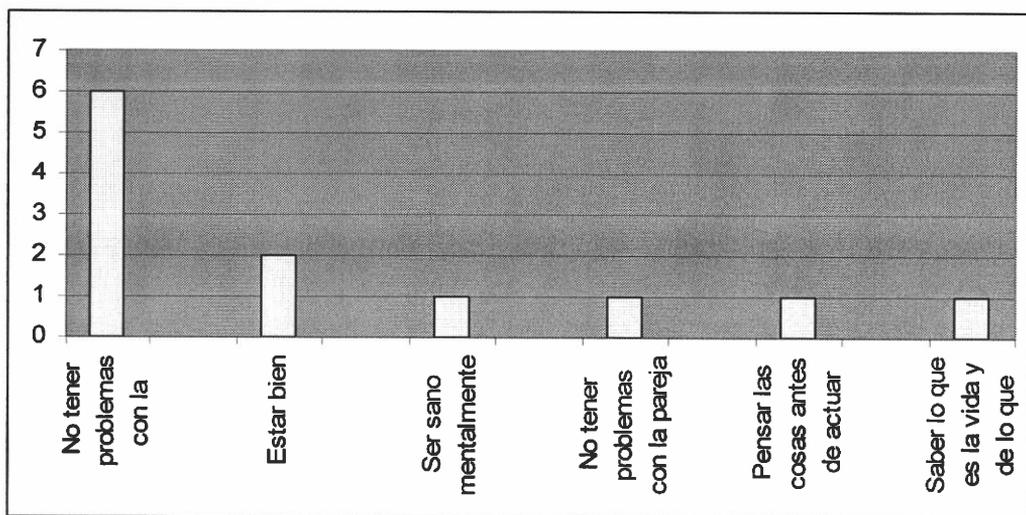


Fuente: elaboración propia

En la anterior gráfica se observó el porcentaje que existe entre las mujeres, con falta de autoestima un 30 por ciento, con depresión un 50 por ciento, con estrés postraumático 15 por ciento y 5 por ciento con potros tipos de patologías.

Proyecto 2

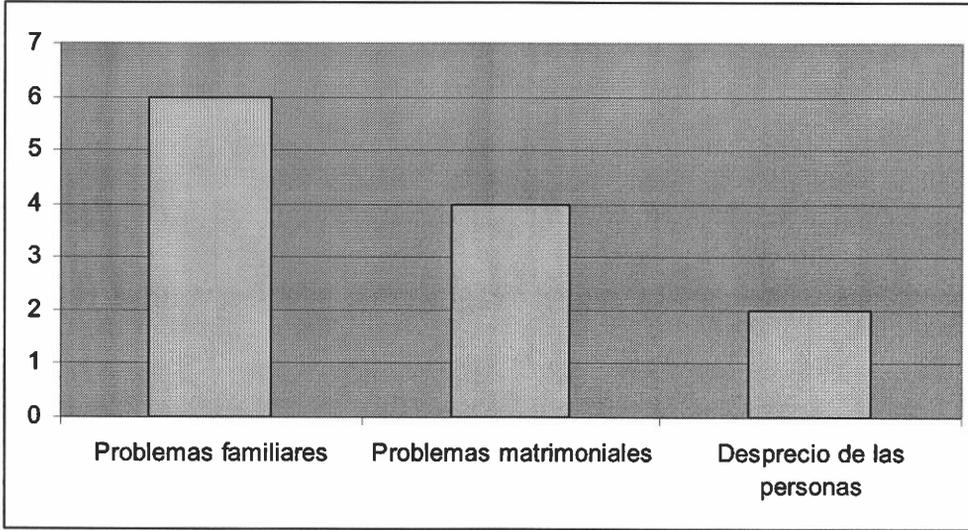
Gráfica 1: ¿Qué significa para usted salud mental?



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 1, se presenta las respuestas de las madres de familia de la pregunta sobre ¿Qué significaba salud mental? 6 madres respondieron que era no tener problemas con la familia, 2 era estar bien, una ser sano mentalmente, una no tener problemas con la pareja, una pensar las cosas antes de actuar, y una es saber lo que es la vida y de lo que se hace con ella.

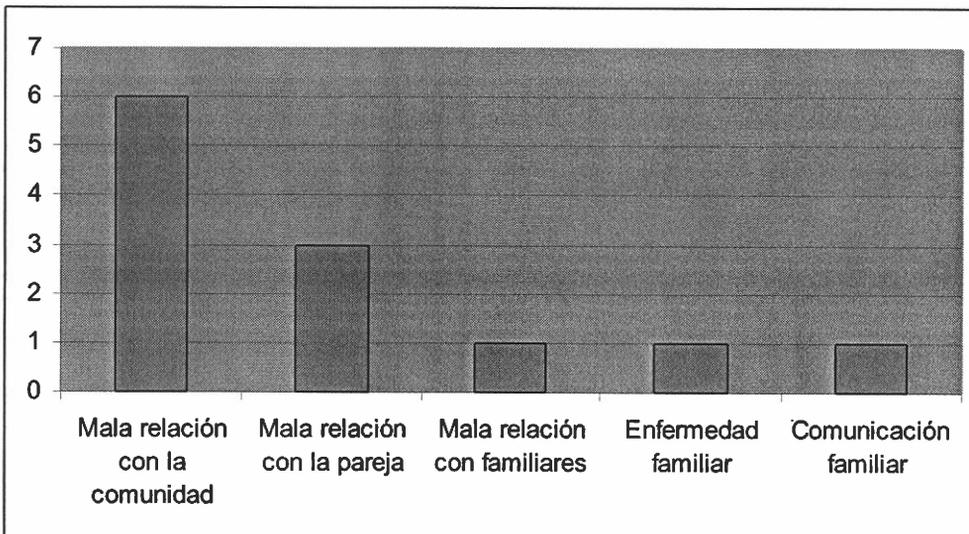
Gráfica 2: ¿Qué situaciones considera que afecta la salud mental?



Fuente: elaboración propia

Sobre la pregunta 2, ¿qué situaciones considera que afectan a la salud mental respondieron: 6 los problemas familiares, 4 los problemas matrimoniales y 2 el desprecio de las personas en general.

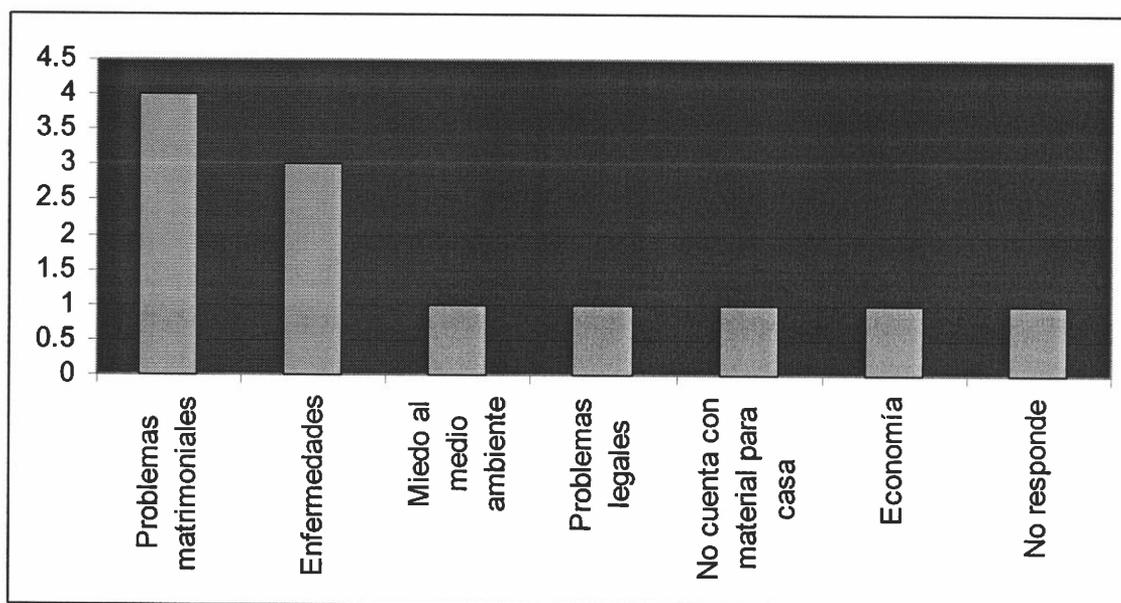
Gráfica 3: ¿Qué problemas emocionales conoce ud. que se presentan en su entorno próximo?



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 3 se presentan las respuestas de la pregunta ¿qué problemas conoce usted que se presentan en su entorno próximo? de las que respondieron, 6 la mala relación con la comunidad, 3 la mala relación con la pareja, 1 mala relación con familiares, 1 la enfermedad familiar y una la comunicación familiar.

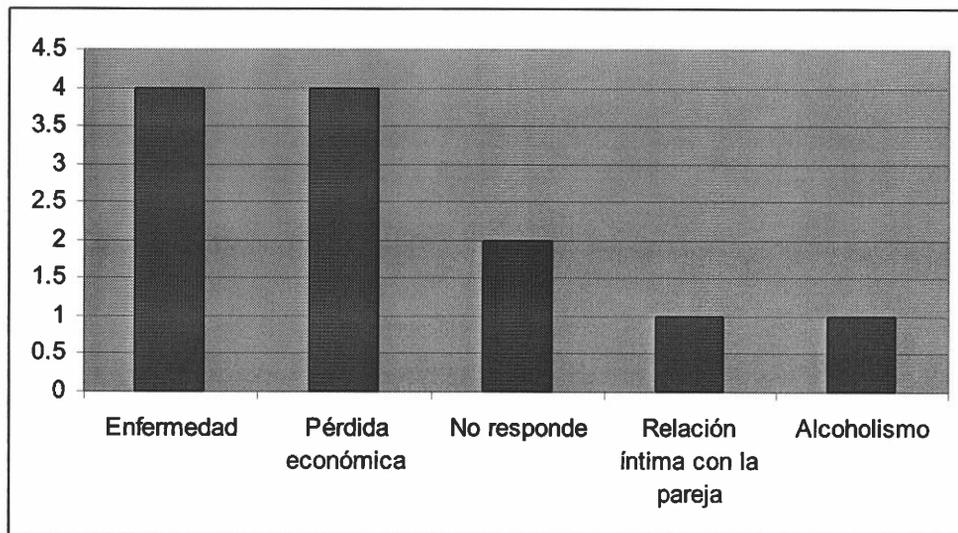
Gráfica 4: Ha sufrido un fracaso de cualquier situación en los últimos meses. ¿Cuál?



Fuente: Elaboración propia

De la pregunta 4, Ha sufrido un fracaso de cualquier situación en los últimos meses, ¿cuál?, de lo que respondieron; 4 problemas familiares, 3 de enfermedades, 1 miedo al medio ambiente, 1 problemas legales, 1 que no cuenta con material para una casa, 1 la economía y 1 no responde.

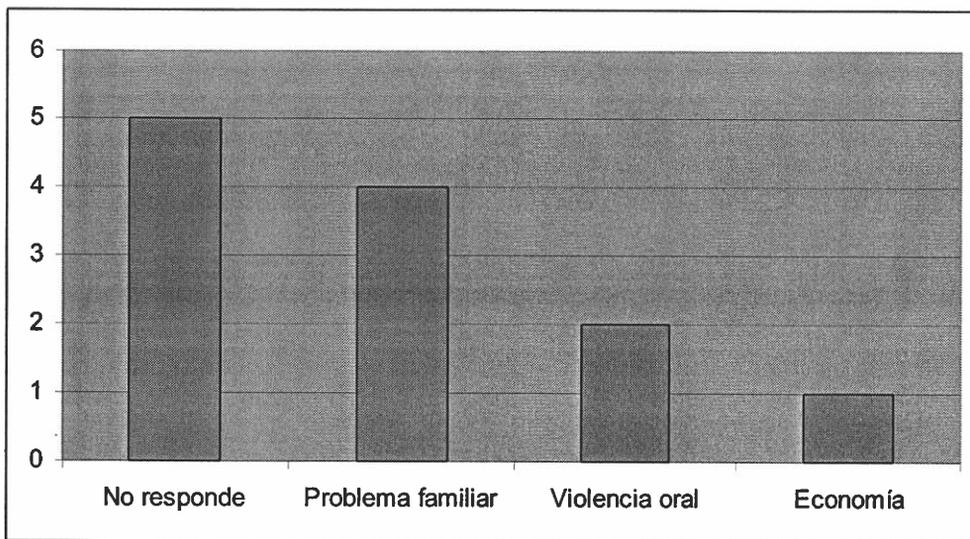
Gráfica 5: Ha tenido algún problema que no ha podido solucionar y que le ha estado molestando. ¿Qué problema?



Fuente: elaboración propia

Respondieron sobre la pregunta; ha tenido algún problema que no ha podido solucionar y que le ha estado molestando, ¿qué problema?, 4 respondieron que es la enfermedad, 4 la pérdida económica, 2 no responden, 1 la relación íntima con su esposo o pareja y 1 el alcoholismo.

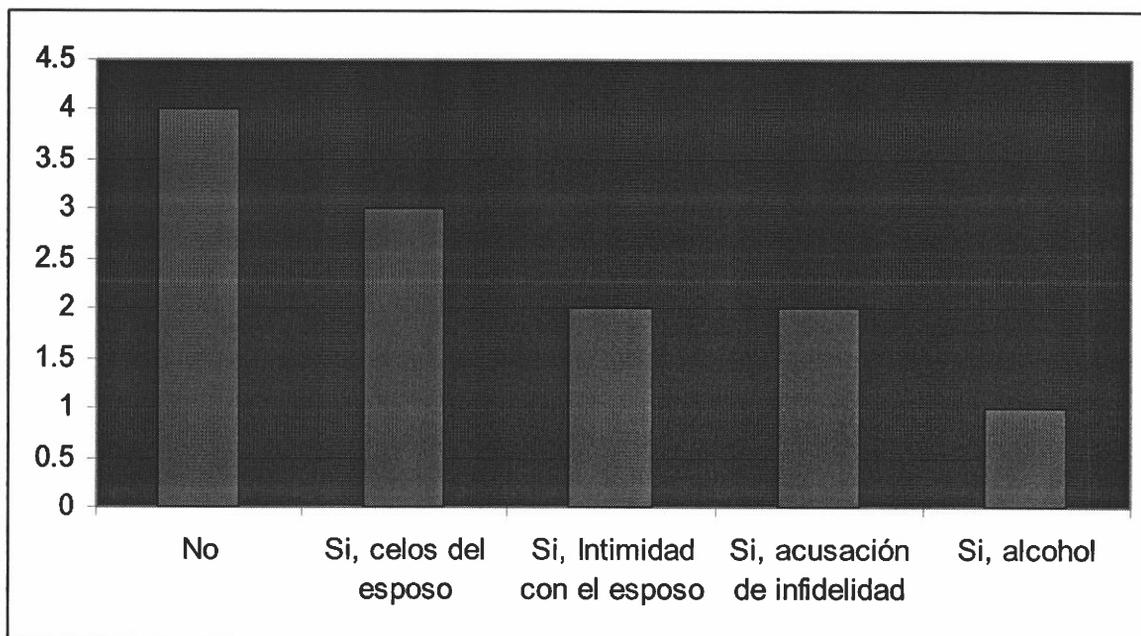
Gráfica 6: ¿Qué situaciones no tolera muy bien y altera su bienestar?



Fuente: elaboración propia

De la pregunta 6, ¿qué situaciones no tolera muy bien y altera su bienestar?, 5 no respondieron, 4 los problemas familiares, 2 madres la violencia oral y una la economía.

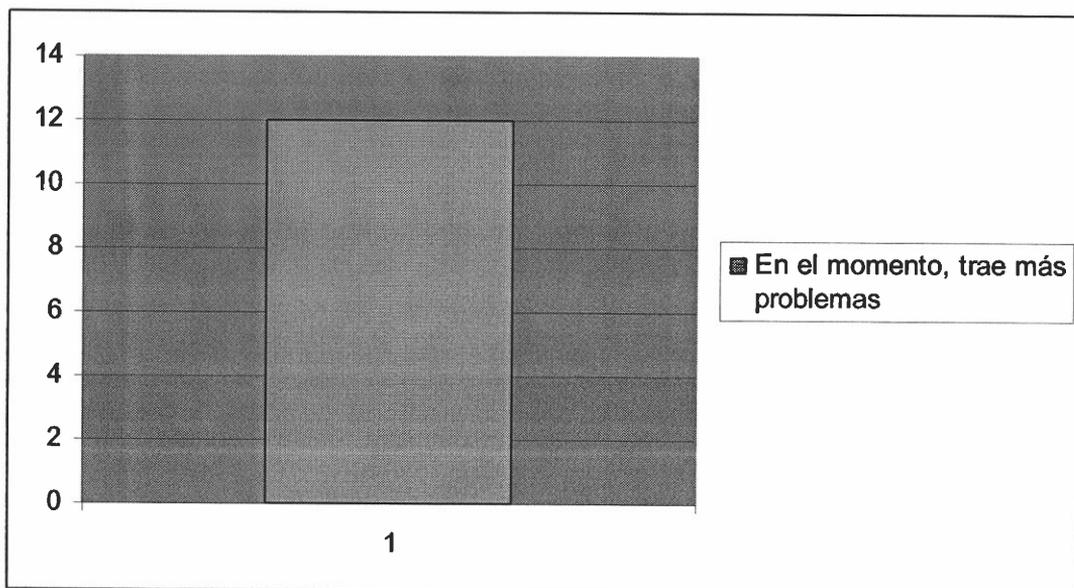
Gráfica 7: ¿Qué situaciones está viviendo relacionadas con problemas afectivos de relación de pareja, familia o social?



Fuente: elaboración propia

De la pregunta 7, ¿qué situaciones está viviendo relacionadas con problemas afectivos de relación de pareja, familia o social?; 4 respondieron que no la tienen, 3 que sí y que son los celos del esposo, 2 que sí y que en la intimidad con el esposo, 2 que sí y que son las acusaciones de infidelidad hacia el esposo y 1 respondió que sí y que es el alcohol.

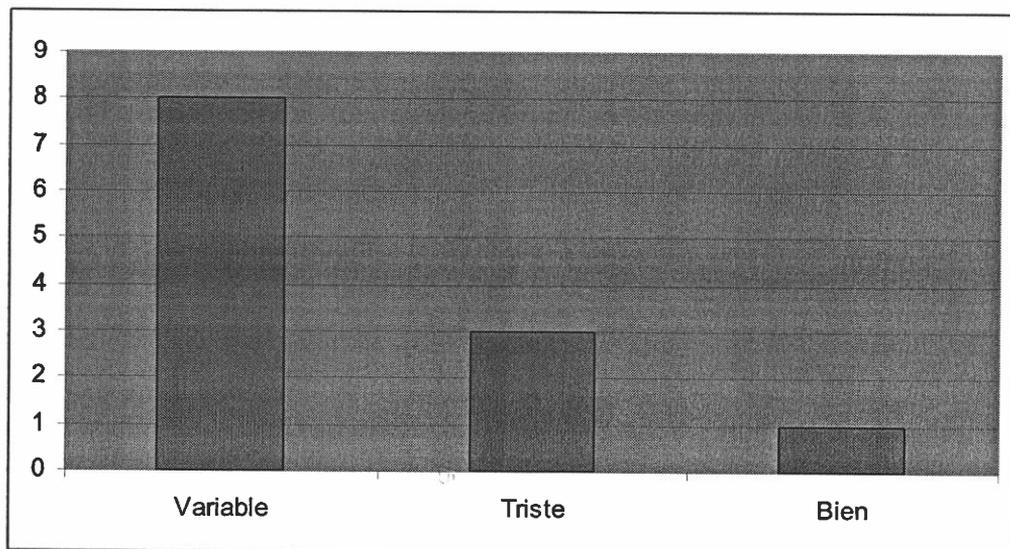
Gráfica 8: Considera que al consumir drogas o bebidas alcohólicas se le olvidan las preocupaciones.



Fuente: elaboración propia

De la pregunta 8, ¿Considera que al consumir drogas o bebidas alcohólicas se le olvidan las preocupaciones? las 12 madres entrevistadas respondieron que solamente en el momento se le olvidan los problemas, sin embargo trae mas problemas a enfrentar.

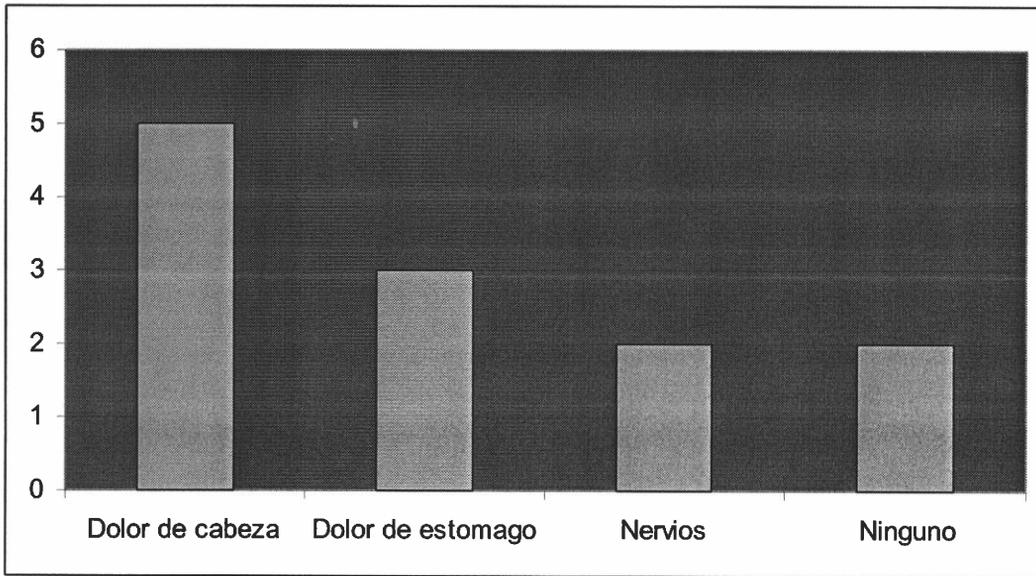
Gráfica 9: Últimamente ¿cómo se ha sentido emocionalmente?



Fuente: elaboración propia

Cuando se le preguntó sobre: últimamente ¿cómo se ha sentido emocionalmente?, 8 madres respondieron que sus emociones varían de acuerdo a lo que se presente, 3 que se encuentran tristes y 1 que se siente bien.

Gráfica 10: Físicamente, ¿qué le ha estado afectando o doliendo?



Fuente: elaboración propia

De acuerdo a la última encuesta; físicamente ¿qué le ha estado afectando o doliendo?; 5 madres respondieron que de dolor de cabeza, 3 de dolor de estómago, 2 de los nervios y 2 de ningún dolor.

Conclusiones

1. La práctica profesional dirigida ayuda al estudiante del último año de psicología a conocer de manera específica el trabajo a realizar profesionalmente y obtener experiencias que lo capacitará para entregar un trabajo ético y eficaz.
2. Es muy importante conocer diferentes instituciones que brindan apoyo a las comunidades en el área de salud, ya que estas también pueden aplicar la psicología dentro de su ámbito de trabajo, por lo que conocer su descripción ayudará a brindar mejor servicio como se desarrolló en el tiempo de la práctica.
3. Los temas investigados aportaron un amplio conocimiento sobre las diferentes patologías que se presentaron en la atención de las personas que buscaban ayuda psicológica, y que a la vez ayudaron a la alumna practicante a aprender sobre los procedimientos, herramientas, etapas que se deben de utilizar a la hora de una intervención psicológica.
4. Para poder realizar una práctica profesional, hay que considerar que siempre se va a necesitar de una planificación bien detallada, así mismo de un cronograma que llevará al alumno practicante a buscar los objetivos y metas que se desean alcanzar en las diferentes actividades, por lo que no hay que descartar esos dos aspectos importantes, cumpliendo así lo establecido para un mejor desenlace laboral.
5. Es importante conocer al final de cada actividad realizada los resultados finales, para que se observen si se lograron los objetivos y metas establecidas en la planificación, realizando una evaluación general ayudará al estudiante a comprometerse a mejorar y esforzarse mucho más en el desenvolvimiento profesional más adelante.

Referencias

1. Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
2. Arnold A. Lazarus y Andrew W. Colman, *Psicología anormal*.
3. Belloch, A. Sandín B. (1996): *Manual de psicopatología*, McGraw- Hill Interamericana. España.
4. Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: McGraw Hill.
5. Carmelo Monedero, (2007), *Instrucción a la psicopatología*.
6. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, (1992), Organización Mundial de la Salud, Madrid. Mediator.
7. Douglas A. Bernstein, Michael T. Nitzel, (1988), *Introducción a la psicología clínica*, McGraw-Hill.
8. Dra. Liliana Schwartz de Scafati, Presidenta de ADEIP (Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico).
9. DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (1997), Barcelona, Masson.
10. Juan José Lopera, Médico y Terapeuta (Sintergética, Musicoterapia y Sanación).
11. Luis Armando Oblitas, *Psicoterapias Contemporáneas*, CENGAGE, Learnig.
12. María Isabel Rojas, (1991), *Violencia Familiar*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
13. Mailxmail.com
14. MedlinePlus.com
15. Psicología del American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría): www.psych.org
16. Pbiopsicología.net
17. Salvatore Cullari, Lezano Valle Collage, (1998), *Fundamentos de psicología Clínica*, Pearson Educación.
18. Vallejo-Nágera, J. A. (1997): *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid. Edición Salvat.

19. Vila, J., Fernández, M. (1990): *Activación y conducta*. Madrid. Alhambra.
20. www.psicodiagnostico.cl.
21. http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drogas/doc/alcohol_salud_mental.htm

Anexos

Anexo 1

Horas de Practica

Asociación de Padres de Familia del Proyecto Kajih-jel

Fechas	Horas realizadas
Del 01 al 25 de marzo de 2010	60 horas
Del 05 al 30 de abril de 2010	60 horas
Del 03 al 28 de mayo de 2010	60 horas
Del 07 al 18 de junio de 2010	30 horas
Del 05 al 30 de julio de 2010	60 horas
Del 02 al 20 de agosto de 2010	45 horas

Total

315 horas

Anexo 2
Formatos utilizados

**Asociación de Padres de Familia del Proyecto Kajih-jel, Tecpán Guatemala.
Diagnostico para Madres Guías
Programa MEI
Sara Sucely Bala Pacay, Psicóloga y Consejera Social- In fieri-**

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas que se le plantea a continuación.

1. ¿Qué significa tener para usted salud mental? _____
2. ¿Qué situaciones considera que afectan la salud mental? _____
3. ¿Qué problemas emocionales conoce que se presentan en su entorno? _____

4. Ha sufrido un fracaso de cualquier situación, ¿qué situación? _____

5. Ha tenido algún problema que no ha podido solucionar y que le ha estado molestando, ¿qué problema? _____
6. Vive situaciones que no tolera muy bien y altera su bienestar, ¿cuáles son? _____

7. Está viviendo situaciones relacionadas con problemas afectivos de relación con su pareja, familia o en la sociedad, ¿con quienes y por qué? _____

8. Considera que al ingerir una bebida o droga de manera peligrosa se olvidan las preocupaciones y tristezas, ¿por qué? _____
9. Últimamente, ¿cómo se ha sentido emocionalmente? _____

10. Físicamente, ¿Qué le ha estado afectando o doliendo? _____

Anexo 3 Fotografias



