

PPD-ED-37
T314

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



Violencia intrafamiliar

(Informe final de práctica profesional dirigida)

Tepaz Tomás Dora Marina

Chimaltenango, noviembre 2008.



8,100.-

B. Upuno - I - 19,894 - 2009

Violencia intrafamiliar
(Informe final de práctica profesional dirigida)

Tepaz Tomás Dora Marina (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, noviembre 2008

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ASUNTO: Dora Marina Tepaz Tomás
Estudiante de la Licenciatura en
Psicología y Consejería Social de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Práctica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

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

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

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


M.A. José Ramón Bolaños Rivera
Decano



C.c. archivo
mc

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

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Defensoría
Indígena Wajxaqib Noj', presentado por la estudiante,

DORA MARINA TEPAZ TOMAS

Quien se identifica con número de carné E1-2004702 de la carrera de Licenciatura en
Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido
establecidos por la universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para
que continúe con el proceso correspondiente.



Licenciada Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN, Guatemala veintey tres de enero del dos mil nueve.

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Violencia intrafamiliar" Presentada por la estudiante Dora Marina Tepaz Tomás, previo a optar al grado Académico de Licenciatura, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Karen Dubón
Revisora



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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Violencia Intrafamiliar", presentado por DORA MARINA TEPAZ TOMAS, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisores, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


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





PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2008.

Director General
Lic. Higinio Pú Cach
Defensoría Indígena
Chimaltenango

Respetable Licenciado :

Respetable Licenciada :

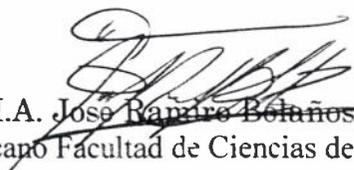
La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, DORA MARINA TEPAZ TOMÁS pueda realizar su práctica profesional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

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

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

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


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





DEFENSORIA INDIGENA WAJXAQIB' NO'J

*"Hablaron, pues consultando entre sí y meditando; se pusieron de acuerdo,
juntaron sus palabras y su pensamiento" (Pop Wu)*

Chimaltenango, 10 de marzo de 2008.

Para:

Universidad Panamericana de Guatemala
Facultad de Ciencias de la Educación
Psicología y consejería social

Licda. Sonia Pappa

Catedrática de práctica profesional dirigida.

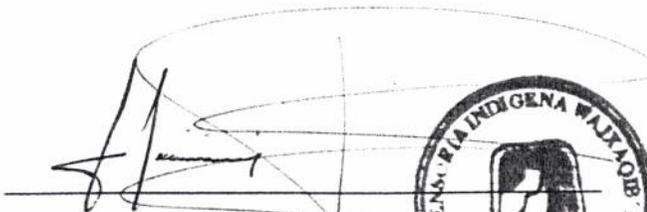
M.A. José Ramiro Bolaños Rivera

Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación

En atención a su carta emitida en la cual se solicita nuestra colaboración para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y consejería social, Dora Marina Tepaz Tomás pueda realizar su práctica profesional dirigida, esta Institución resuelve:

Aprobar su solicitud

Quedando aprobada a partir del mes de marzo del año 2008, sin otro particular me despido de ustedes.


Higinio Pú Cach
Director General



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1	
1.1 Descripción de la Institución	4
1.2 Misión	4
1.3 Visión	4
1.4 Organigrama	5
1.5 Objetivos	6
1.6 Descripción de la población que atiende	
1.6.1 Población que atiende	7
1.7 Planteamiento del problema	7
Capítulo 2	
2.1 Psicología	8
2.1.1 Psicología clínica	9
2.2 Métodos y técnicas de la psicología	9
2.2.1 Observación	9
Continuación de observación	10
2.2.2 La entrevista	11
Continuación de la entrevista	12
2.2.3 Los tests	13
2.3 Instrumentos que utiliza la psicología clínica	14
2.3.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)	14
Continuación de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)	15

2.3.2	Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10)	16
2.3.3	Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)	17
2.4	Psicopatología	18
2.5	Principales trastornos encontrados en la población durante la práctica	23
2.5.1	Violencia intrafamiliar	
2.5.2	La depresión	28
2.5.3	El duelo	33
2.5.4	La ansiedad	39
2.6	Métodos de psicodiagnóstico	41
2.6.1	La psicoterapia	42
2.6.2	Los tres modelos de psicoterapia	46
2.6.2.1	El psicoanálisis	
2.6.2.2	La teoría psicodinámica	48
2.6.2.3	Modelo cognitivo conductual	52
2.6.2.4	Modelo humanista	57
	Conclusiones	63
	Capítulo 3	
3.1	Programa de la práctica	64
3.2	Cronograma de actividades	67
3.3	Planificación de actividades generales de Práctica Profesional Dirigida	70
3.4	Sub-programas	74
3.4.1	Programa de atención de casos	74
	Objetivo principal, objetivos específicos y actividades	75
	Cronograma de actividades de casos individuales durante la Práctica Profesional Dirigida	76
	Continuación del Cronograma de actividades de casos individuales durante la Práctica Profesional Dirigida	77
3.4.2	Programa de capacitación	78

3.4.3 Programa de proyecto de salud mental	80
--	----

Capítulo 4

4.1 Programa de atención de casos	81
4.2 Programa de capacitación	102
4.3 Proyecto de salud mental	113
4.4 Gráficas y análisis de resultados	118
4.5 Gráficas, programa de capacitación	123
4.6 Gráfica elaboración de proyecto de salud mental	125
4.7 Análisis de datos	126
Conclusiones	127
Recomendaciones	128
Referencias	129
Anexos	130

Índice de gráficas

Gráfica No. 1 Casos atendidos por mes	118
Gráfica No. 2 Edad de los pacientes atendidos	119
Gráfica No. 3 Género de pacientes atendidos	120
Gráfica No. 4 Religión de pacientes atendidos	121
Gráfica No. 5 Principales problemas atendidos	122
Gráfica No. 6 Capacitaciones impartidas por mes	123
Gráfica No. 7 Personas capacitadas	124
Gráfica No. 8 Personas atendidas durante el proyecto de salud mental	125

Resumen

Durante la Práctica Profesional Dirigida se apoyó con ayuda psicológica a toda persona sin distinción de género, etnia, edad, religión y estatus social, en el centro de práctica, Defensoría Indígena *Wajxaquib Noj*, se impartieron talleres en áreas rurales de Chimaltenango y Tecpán Guatemala.

En la primera parte de este informe o marco de referencia, se presenta una descripción de la institución donde se realizó la práctica profesional, es decir, de la Defensoría Indígena de Chimaltenango. En la segunda parte o referente teórico, se desarrollan los temas que se consideraron primordiales en el desenvolvimiento de dicha práctica. La tercera parte o referente metodológico presenta los objetivos, el cronograma y la descripción de los programas desarrollados (de atención de casos, de capacitación y de salud mental). Por último, en la cuarta parte o presentación de resultados se hace un análisis de lo trabajado en la defensoría mostrando la interpretación a través de gráficas.

Introducción

El presente informe da a conocer los resultados de la Práctica Profesional Dirigida realizada en la Oficina Central de la Defensoría Indígena del Departamento de Chimaltenango.

En el desarrollo de la práctica, se entrevistó a las personas que acudieron a solicitar el apoyo psicológico para la resolución de sus problemas, el objetivo principal fue que las personas se conocieran más a sí mismas por medio de la aplicación de diferentes actividades y así darles alternativas para mejorar su vida cotidiana.

Por medio del proceso psicoterapéutico se buscó ayudar para las personas a aprender a enfrentar las necesidades personales y sociales, ya que el desarrollo y crecimiento del ser humano comprende el momento actual de su vida y de cómo aprende a salir a de las situaciones que le afectan.

Al evaluar el trabajo realizado se conocieron los progresos y limitaciones de cada paciente. Durante el proceso de terapia se trabajó en conjunto y en acuerdo con los pacientes realizando tareas en sus hogares para motivar y reforzar las metas que se querían alcanzar.

Se realizaron algunas actividades fuera del centro de práctica: en las aldeas de Choatalum, San Martín Jilotepeque y San José Poaquil Tecpán Guatemala; n estos lugares se impartieron talleres con diferentes temas, en conjunto con la Defensoría Indígena y otras organizaciones gubernamentales.

Síntesis descriptiva

Durante la práctica profesional dirigida se abordó a la población que acudió a pedir ayuda psicológica al centro de práctica. También se impartieron capacitaciones en áreas rurales de la cabecera de Chimaltenango, así como la realización de un proyecto de salud mental e investigación de temas importantes relacionados con la problemática que estaban experimentando las personas atendidas.

Se trabajó en coordinación con la institución que permitió se realizara la práctica en la misma. Se atendieron casos breves y de emergencia aplicando la psicología en coordinación con el Departamento Jurídico y Promotores Mayas, se investigaron temas que la institución solicitó para material interno como: como ser un buen líder, violencia intrafamiliar. Se realizaron actividades conjuntas con otras organizaciones como la Municipalidad de San José Poaquil y apertura de la oficina de la Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente y Consejo Comunitario de Mujeres Indígenas.

El problema que más sobresalió fue violencia doméstica en contra de la mujer. También se apoyó al Departamento Jurídico y Promotores Mayas como testigo presencial en conciliaciones de grupo en conflicto que acudían a la institución.

Capítulo 1

Marco referencial

Introducción

El siguiente capítulo da a conocer las características del lugar donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida, Defensoría Indígena *Wajxaqib' No'j*, incluyendo así los datos del mismo donde se atendió a las personas que solicitaron ayuda psicológica; se detalla el funcionamiento y organización de dicho centro con el fin de dar a conocer el lugar de aprendizaje práctico.

1.1 Descripción de la institución

La Defensoría Indígena *Wajxaqib' No'j* tiene su oficina central en la 6ª. Avenida y 2ª calle "A" Lote 22 zona 1 del departamento y municipio de Chimaltenango. Siendo dirigida por el señor Higinio Pú Cach, Director General. La institución presta los siguientes servicios: fortalecimiento de la participación comunitaria, mediación y resolución de conflictos, promoción de la equidad de género, protección y desarrollo de los recursos naturales y patrimonio cultural, promoción de la sostenibilidad económica, educación y formación de nuevo liderazgo y relaciones públicas.

1.2 Misión

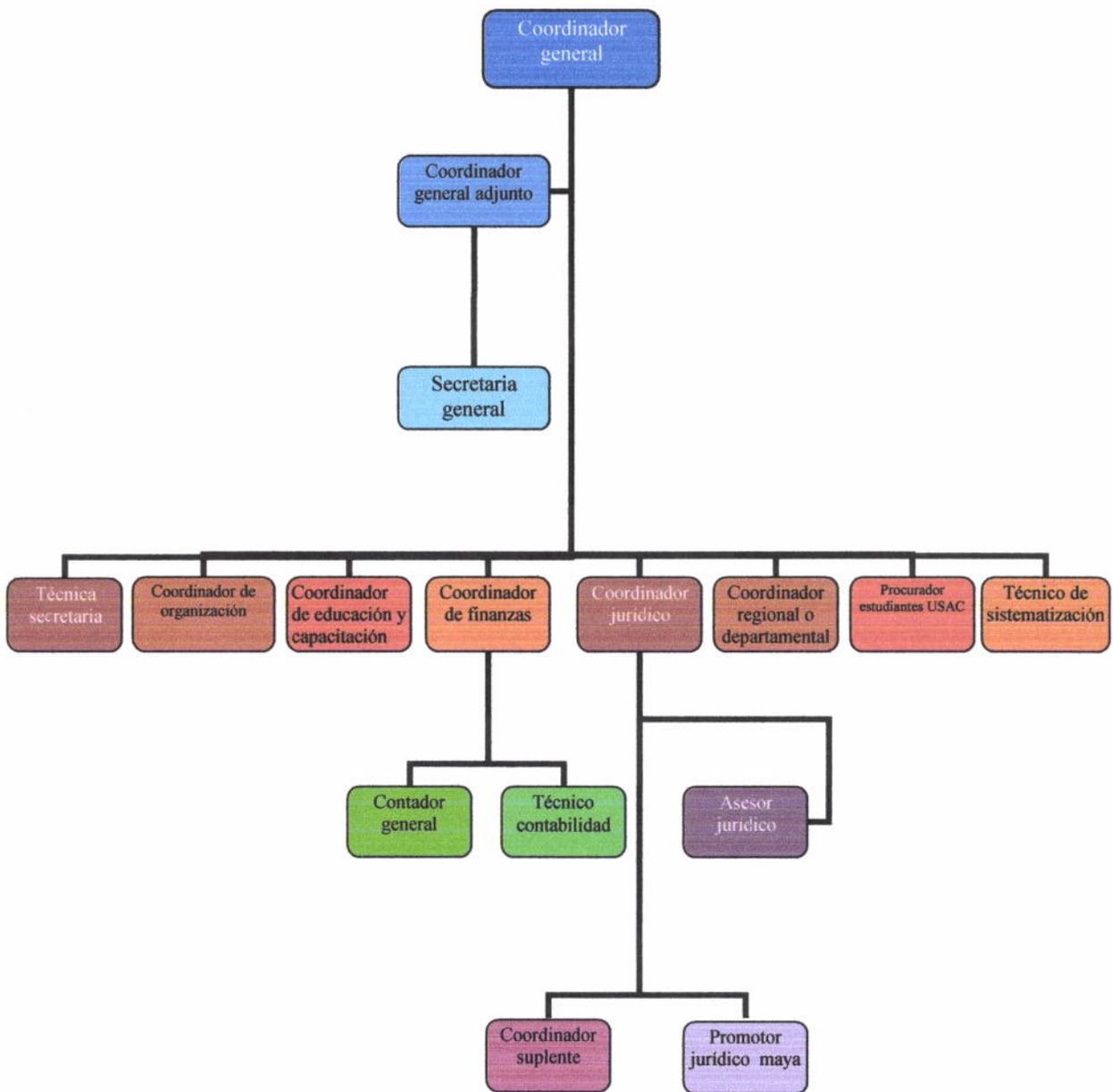
Los miembros de la Defensoría Indígena *Wajxaqib' Noj'*, hombres, mujeres, jóvenes y ancianos organizados promueven y organizan, funciones de autoridades mayas y sus capacidades institucionales, para legitimar la representación y consulta al poner en práctica la cosmovisión maya para la coexistencia del sistema jurídico maya, junto al derecho oficial, todo en beneficio de la población y comunidades en quienes se apoya a través de los diferentes programas de trabajo.

1.3 Visión

Organización fundamentada en la cosmovisión maya, legítimamente reconocida por autoridades identificadas del estado y de la población como un ente de consulta, representativo de las

autoridades mayas y con incidencia en el uso del Sistema -Jurídico Maya, el cual es aceptado, es accesible y aplicado igual que al derecho oficial, de acuerdo con la legislación nacional y acuerdos de paz, convenios y tratados internacionales. Sus beneficiarios influyen en la toma de decisiones del poder departamental, municipal y comunitario. Además la organización cuenta con infraestructura propia y es sostenible económicamente.

1.4 Organigrama institucional defensoría indígena *Wajxaqib' No'j*



1.5 Objetivos

- Fortalecer las capacidades de la membrecía y autoridades indígenas para que sea canal de consulta y representativas ante las autoridades estatales y así mismo, se fortalezca y promuevan los derechos colectivos y/o individuales. (Lo anterior se logrará por medio de capacitación).
- Consolidar el poder local sobre la base de sus propias normas, valores y principios en los distintos municipios y regiones en las que influye la DIWN.
- Lograr que los pueblos indígenas ocupen los diferentes espacios de participación, legales y legítimos, en los diferentes niveles y ámbitos para su reconocimiento, identidad y derechos, sin exclusión ni discriminación alguna.
- Lograr que el Sistema Jurídico Maya tenga incidencia al ser respetado, reconocido, aceptado, aplicado y diseminado en diferentes municipios para la prevención y tratamiento de conflictos.
- Fomentar la participación efectiva de la mujer en los distintos niveles y ámbitos de desarrollo por medio de la equidad de género a través de educación.
- Contribuir en la protección, defensa, conservación y sostenibilidad de los recursos naturales en beneficio y desarrollo de las comunidades indígenas y no indígenas de acuerdo con el Sistema Jurídico Maya, Convenios y Tratados.
- Contribuir al desarrollo sostenible de las comunidades a las que da cobertura la DIWN por medio de establecer sitios de producción, comercialización y servicios.
- Establecer un centro de capacitación como escuela para distintas disciplinas y como una forma para la sostenibilidad institucional.
- Potenciar un nuevo liderazgo joven.
- Posicionar la DIWN ante los medios de comunicación como estrategia para la incidencia social, cultural y/o política.

1.6 Descripción de la población que atiende

Niños, niñas, adultos, hombres, mujeres, ancianos, madres solteras, viudas, viudos, padres solteros y huérfanos.

1.6.1 Población que atiende

Esta institución atiende a toda persona de género, etnia, nivel social, cultural y económico que acuda a solicitar sus servicios, pero la mayoría de estas personas son de nivel socioeconómico bajo, son de etnia Indígena, de áreas rurales mayores de edad; solicitando principalmente pensión alimenticia.

1.7 Planteamiento del problema

La violencia intrafamiliar ha llegado a ser una de las principales causas de desestabilización a nivel de país y sociedad en general.

La psicología juega un papel muy importante en este problema, ayudando a mejorar conductas aprendidas y fomentando las relaciones sanas interpersonales, es por eso que la Práctica Profesional Dirigida es muy importante y necesaria para contribuir a la salud mental de la población en general.

Todo estos problemas de violencia se dan a causa de carecer de educación, principios, valores y la violación de los derechos de los demás.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En este capítulo se presenta la temática estudiada e investigada durante la Práctica Profesional Dirigida, depresión, duelo y ansiedad entre otras dadas, definiciones, características, causas, efectos, signos, síntomas y tratamiento. Así como los instrumentos utilizados por la psicología en la atención y evaluación de casos clínicos, tales como, la observación, la entrevista y los test. Estos temas se estudiaron y analizaron teóricamente para tener las herramientas necesarias y para un mejor estudio de los casos que se presentaron y que se trataron.

2.1 Psicología

Ciencia que estudia la actividad psíquica y el comportamiento de los organismos. Es la ciencia o disciplina del ser humano que estudia la conducta y los procesos mentales que subyacen bajo ella y la condicionan, aplican el método científico cuando buscan respuestas a sus preguntas. Recogen datos mediante observaciones meticulosas y sistemáticas; para explicar lo que se ha observado, formulan teorías; hacen nuevas predicciones basándose en ellas; después prueban sistemáticamente sus predicciones mediante más observaciones y experimentos para determinar si son correctos. Se recurre al método científico para describir, entender, predecir y finalmente obtener cierto grado de control sobre lo que se estudia.

La psicología tiene un largo pasado y una historia breve. Desde los tiempos de Platón y Aristóteles, al hombre siempre le ha fascinado la conducta humana y los procesos mentales. Pero no es sino hasta fines del siglo XIX cuando comenzó a aplicar el método científico a preguntas que habían intrigado a los filósofos durante siglos. Solo entonces nació la psicología como una disciplina formal y científica independiente de la filosofía. Una manera de entender la gran diversidad de la psicología y la profundidad con que los trata consiste en examinar sus principales subdivisiones.

2.1.1 Psicología clínica

Se ocupa del estudio de los trastornos mentales, así como de las técnicas y terapias apropiadas para su tratamiento.

2.2 Métodos y técnicas de la psicología

2.2.1 Observación

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

Es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación.

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

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

El fundamento científico de la observación reside en la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista. La observación se convierte en método o una técnica en la medida en que cumple una serie de objetivos o requisitos:

- Sirve a un objetivo, previamente establecido, de investigación.
- Es planificada sistemáticamente.
- Es controlada previamente.
- Está sujeta a comprobaciones de fiabilidad y validez.

En una observación se encuentran los siguientes elementos: (a) el observador o los observadores; (b) el sujeto o grupo observado; y (c) el contexto, es decir el medio natural y cultural que van a dar significado a la dinámica de lo observado.

Existen dos clases de observación: la observación no científica y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra esta en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa.

A) Pasos que debe tener la observación

- Determinar el objeto, situación, caso, etc (que se va a observar)
- Determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar)
- Determinar la forma con que se van a registrar los datos
- Observar cuidadosa y críticamente
- Registrar los datos observados
- Analizar e interpretar los datos
- Elaborar conclusiones
- Elaborar el informe de observación (este paso puede omitirse si en la investigación se emplean también otras técnicas, en cuyo caso el informe incluye los resultados obtenidos en todo el proceso investigativo).

B) Las etapas de la observación

a) La Atención: disposición o estado de alerta.

Características: el observador escoge los estímulos que le interesan. El interés por el asunto ayuda a observar de manera más inquisitiva.

b) La Sensación: consecuencia inmediata del estímulo de un receptor orgánico.

Características: los órganos no son confiables para medir distancias, tamaños y velocidades; etc.

c) La Percepción: capacidad de relacionar lo que se siente respecto a una experiencia pasada.

Características: pueden ser simples o complejas e incluyen varios órganos de los sentidos.

d) La Reflexión: formulación de conjeturas, hipótesis, teorías; etc.

Características: supera las limitaciones de la percepción.

C) Tipos de observación

Consisten básicamente, en observar algo que hemos definido previamente como sujeto de estudio. Puede realizarse en dos formas:

- Observación interna o introspección
- Observación externa o extrospección
- Incidental
- Sistemática
- Comparativa

2.2.2 La entrevista

Las entrevistas se utilizan para recabar información en forma verbal, a través de preguntas que propone el analista.

La entrevista es el instrumento o técnica fundamental del método clínico y es por lo tanto- un procedimiento de investigación científica de la psicología. En cuanto a técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no solo se amplían y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica.

Esta doble faz de la técnica tiene especial gravitación en el caso de la entrevista porque entre otras razones identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de

profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. Y todo esto en un proceso ininterrumpido de interacción.

La entrevista es un instrumento muy difundido y se debe delimitar el alcance de la misma, tanto como el encuadre de la presente exposición. La entrevista puede tener en sus múltiples usos en gran variedad de objetivos, como en el caso del periodista, jefe de empresa, director de escuela, maestro, juez, etc. Es interesante la entrevista psicológica entendiéndola por tal, aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, etc.).

En la consideración de la entrevista psicológica como técnica, incluimos entonces aquí dos aspectos: uno es el de las reglas o indicaciones prácticas de su ejecución, y el otro la psicología de la entrevista psicológica, que fundamenta a las primeras. En otros términos, se incluye la técnica y la teoría de la técnica de la entrevista psicológica.

Circunscripta de esta manera, la entrevista psicológica es el instrumento fundamental de trabajo no sólo para el psicólogo, sino también para otros profesionales (psiquiatra, asistente, trabajador social, sociólogo, etc.).

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. En la segunda, las preguntas ya están previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearlas y el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones. En la entrevista abierta, por el contrario, el entrevistador tiene la amplia libertad para las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda flexibilidad necesaria en cada caso particular. La entrevista cerrada es en realidad un cuestionario, que toma contacto estrecho con la entrevista en cuanto que un manejo correcto de ciertos principios y reglas de la misma facilita y posibilita la aplicación del cuestionario.

Pero la entrevista abierta no se caracteriza esencialmente por la libertad para plantear preguntas, porque como lo veremos más adelante, la médula de la entrevista psicológica no reside en el preguntar ni en el propósito de recoger datos de la historia del entrevistado. Aunque los

fundamentos se den un poco más adelante, se debe subrayar que la libertad del entrevistador, en el caso de la entrevista abierta, reside en una flexibilidad suficiente como para permitir en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular o -dicho de otra manera- que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado.

Considerada de esta manera, la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, mientras que la entrevista cerrada puede permitir una mejor comparación sistemática de datos, tanto como otras ventajas propias de todo método estandarizado.

2.2.3 Los tests

Pruebas diseñadas específicamente para medir aptitudes, conocimientos capacidades personalidad y en general cualquier aspecto psíquico. Son herramienta de un proceso evaluativo, que permite tener una respuesta de lo que puede estar afectando a una persona.

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.

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.).

A) Los tests miden los siguientes factores

- Personalidad.- conjunto total de las características de un sujeto, que reflejan su ajuste al ambiente e incluye carácter, temperamento y a veces aptitudes e intereses. Es importante en personalidad la conducta que se tiene en relación a los otros.

- Actitudes.- forma en que una persona mira el mundo circundante. Es la organización de procesos perceptuales más que a otros y necesariamente incluyen predisposiciones heredadas y experiencias pasadas.
- Intereses.- organización de motivos que predisponen a un sujeto a prestarle atención a ciertos hechos de su ambiente sujeto puede hacer en cada momento, sin preparación previa.
- Habilidad.- potencialidad del individuo para responder.
- Eficiencia.- lo que el cognitivos y motivacionales, que resultan de la experiencia.
- Potencialidad.- reacciones que el sujeto puede aprender a hacer, si se le da la experiencia y entrenamiento necesario, pero que no es capaz de hacer en el momento.
- Capacidad.- más alto nivel de habilidad de un sujeto, que puede esperarse después de un amplio entrenamiento y experiencia. Cuánto promete la persona.
- Aptitudes.- término más amplio que potencialidad, en tanto incluye la habilidad potencial, como factores de eficiencia, personalidad, temperamento e intereses.

2.3 Instrumentos que utiliza la psicología clínica

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

Ha habido un escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, se ocupará únicamente de aquellos trastornos mentales (DSM-IV) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*American Psychiatric Association*)

La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. La prioridad de este ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión

en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos.

Evalúa trastornos mentales características del DSM-IV es a teórico se describen los trastornos pero no se explican no tienen origen etiológico evaluación multiaxial por ser estadístico, se da por prevalencia de trastornos de acuerdo a la población y se da en porcentajes.

Guía práctica y de gran utilidad tanto para clínicos experimentados como para estudiantes. De manejo sencillo y muy ágil, permite una correcta y clara identificación de las características fundamentales de los trastornos establecidos por el DSM-IV.

Se recogen ejemplos de casos interesantes, lo que proporciona un buen número de prototipos diagnósticos de trastornos incluidos en los criterios del DSM-IV.

La guía está planteada como una práctica herramienta de trabajo para ayudar a manejar los criterios del DSM-IV y, basados en ellos, establecer diagnósticos fundamentados y claros. Para ello, aporta una serie de pequeñas ilustraciones comentadas sobre las principales características de los trastornos del DSM-IV, con preguntas y respuestas. La utilización de tales ayudas resulta interesante tanto para el clínico experimentado como para el estudiante. De esta manera, es posible visualizar el trastorno del paciente en un contexto multidimensional.

El DSM-IV es una clasificación que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definidos. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de

diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (por Ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

Evaluación multiaxial

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

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

El uso del sistema multiaxial 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 podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centra en el simple problema objeto de la consulta. Proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica.

2.3.2 Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10)

Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud. 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.

En conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad.

La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios como para, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general.

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.

2.3.3 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

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

La guía latinoamericana se utiliza para representar 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 que han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

2.4 Psicopatología

Es la ciencia que estudia la psique enferma; es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

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

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

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

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

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

La psicopatología es una ciencia esencialmente dinámica, que se preocupa mucho por conocer la psique enferma, como también por describirla, interpretarla y explicarla. La psicopatología se ha

constituido como una herramienta básica en el campo de la medicina para proveer al ser humano las bases de estudio y profundidad en encontrar soluciones que garantizan la salud para el mismo.

A) Métodos de investigación en psicopatología

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

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

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

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

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

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

Todo esto es muy útil ya que el hombre no vive aisladamente, sino que está integrado en una sociedad determinada. La investigación social del fenómeno psicopatológico está resultando

extraordinariamente productiva, puesto que tanto las manifestaciones psicopatológicas como la psicopatología misma están comprometidas en los procesos de bienestar individuales y sociales.

B) Normalidad y anormalidad en psicopatología

En la psicopatología se utiliza bastante la frase patológico que significa enfermo, por lo que para no definir enfermo a algo pendiente de evaluar; entonces se decidió utilizar el nombre de anormal para alguien ya evaluado o con una actitud no adaptada y normal con alguien ya curado o que no necesita de psicoterapia por lo que es la psicología la que después de evaluar a un paciente lo califica como anormal o normal. Aplicando definir para estos temas como psicología normal o psicología anormal. Los parámetros que rigen dentro de una y otra está definido por los síntomas de cada trastorno y el criterio del evaluador, ya que el tendría que y con qué pruebas evaluar, respetando en cada una las especificaciones de cada prueba. También hay muchas personas que dentro de los cánones o reglas de conducta normal o ideal no califican, pero que sin embargo socialmente no representan ninguna amenaza social, ejerciendo conductas anormales, geniales o extravagantes sin embargo son personas muy respetuosas y respetadas y nadie ni nada autoriza a que se intervenga sobre ellas a menos que representen una amenaza, o que ellas mismas soliciten intervención. La psicopatología anormal solo es aplicable donde se necesite intervenir o se requiera terapia, por lo que el estudio de la anormalidad se enfoca solo con conductas desadaptadas. Por lo que concluyendo lo normal y anormal queda sujeto a los distintos criterios sociales de las distintas épocas y la valoración que se dé en las distintas circunstancias en que se manifieste (Monedero) ya que a lo largo de la historia lo que se ha venido entendiendo como normal o anormal ha variado tan significativamente que difícilmente se pueda definir con reglas específicas sin caer en el error de no respetar parámetros específicos entre lo normal y lo anormal.

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

Los trastornos o percepciones inadecuadas que no permiten al individuo un desenvolvimiento acorde al círculo cultural imperante en su época provoca sufrimiento en quien lo posee, llevando cierta cantidad de desadaptación también a los que lo rodean por lo que es tomado como anormal o desadaptado social, pero con la búsqueda de ayuda profesional, podrá comprender mejor su entorno y por lo tanto adaptarse mejor en el por lo que se puede llamarlo entonces normal. Para definir estos parámetros, se puede apoyar en la ciencia de la Psicopatología la cual va siendo más confiable y eficaz gracias a los aportes que brindan las investigaciones científicas más recientes. La historia de la Psicopatología explica que esta es una ciencia joven que busca conocer al hombre para brindarle salud y que se ha ido nutriendo con el tiempo pero que sus raíces se les deben a científicos como el caso de Jaspers (científico psicopatólogo) que es considerado el Padre de la psicopatología, ya que el consideraba la psiquiatría como una disciplina práctica, que utilizaba los conocimientos científicos para aplicarlos a los seres humanos individuales.

La psicopatología se centra en el estudio del hombre enfermo hace que se tenga que plantear una y otra vez la idea del hombre sin dejar caer en la desesperación o el aburrimiento a cada vez que un nuevo conocimiento cierto sobre el hombre venga acompañado de todas aquellas interrogantes que amenazan con arruinar eso mismo que se pretende alcanzar: el hombre.

El estudio de cualquier fenómeno o conducta psicopatológica está encaminado primeramente a su especificación y delimitación. Si ya la medicina somática descubrió el hecho evidente que no hay enfermedades sino enfermos, esto es aun más cierto en el campo que se propone estudiar. Los mismos síntomas, manifestaciones psicopatológicas aisladas, no se repiten exactamente iguales en una persona y en otra, aunque, por otra parte, guardan la suficiente uniformidad, que se permite hacer ciencia de la psique enferma en general. La primera etapa de la investigación es la recorrida por la psicopatología hasta los comienzos del siglo XX. Son las descripciones, ya clásicas, de la manía, de la paronía, de la depresión, de la histeria, de las alucinaciones, etc.

Pero no es suficiente la observación y descripción del hecho psicopatológico tal y como es accesible a la experiencia ingenua. Hoy día se perfilan claramente tres direcciones diferentes en

un intento de ir más allá en el conocimiento de la psique enferma: la interpretación, la explicación y la descripción fenomenológica.

La interpretación hace su aparición en psicopatología con los trabajos de Freud y 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 si se quiere conocer en toda su plenitud. Para la persona no psicoanalizada, que vive de espaldas a su temática inconsciente, el psicoanálisis se le presenta como una ciencia de su interpretación. Como se quiere mantener la psicopatológica dentro de las ciencias positivas no se va a pensar que el lector está psicoanalizado, lo que supondría que en su momento tuvo acceso a su inconsciente y que ahora lo tiene al de sus pacientes. Para este tipo de lector los resultados de la investigación psicoanalítica no encuentran ningún correlato en su dinámica personal. Se trataría, según él de “interpretaciones” con una verosimilitud más o menos frágil. En honor a él, y sobre todo con la intención de mantener el trabajo en el campo de la ciencia positiva cuando se refieren a los resultados de la investigación psicoanalítica, se hablará de “interpretación del hecho psicopatológico”.

Otra dirección de la investigación en psicopatología parte del punto opuesto: el conocimiento del cuerpo. Según esta dirección somaticista, la verdadera causa de los trastornos psíquicos habría que buscarla en el cuerpo. Del conocimiento de la fisiología corporal habría que esperar la explicación definitiva de la existencia de manifestaciones psicopatológicas. Dentro de esta misma dirección se puede incluir la orientación reflexológica y conductista en psicopatología.

La interpretación trata de aumentar el campo de lo psíquico para captarlo mejor. La explicación abandona la psique para trasladar el centro de gravedad de su interés al organismo. El hombre es la unión de lo psíquico y lo somático; la interpretación y la explicación acentúan una de estas dos panorámicas. Responden a dos direcciones de la investigación aún bastante alejadas que a su vez están implicadas en ideologías y conceptos del hombre ajenos a la propia investigación psicopatológica. El hecho puede ser tanto objetivo de interpretación como de explicación. En unos casos la interpretación aportará una ayuda más eficaz y en otros por el contrario, la explicación la que resuelve prontamente las dudas.

Descripción fenomenológica. Cuando Husserl pregoniza la reducción fenomenológica, comienza una nueva etapa en el pensamiento filosófico. Ha tenido lugar un proceso de “antropologización” de la filosofía que termina por ser única y exclusivamente conocimiento del hombre. Siempre lo había sido, pero hasta ahora el filósofo no toma definitivamente consciencia de esta verdad, hacer filosofía es conocer al hombre, ese desconocido.

La única forma de conseguirlo es enfrentarse a la existencia sin prejuicios y descubrirla tal y como es. En psicopatología el conocimiento de la existencia del hombre enfermo hace recuperar aquello que podría perderse una y otra vez: el hombre mismo. La psicopatología trata de delimitar los síntomas mediante la observación y la descripción introspectiva.

2.5 Principales trastornos encontrados en la población durante la práctica

2.5.1 Violencia intrafamiliar

Es cualquier acción, omisión o conducta mediante la cual se ocasiona sufrimiento físico, psicológico, sexual y patrimonial, mediante engaño seducción, amenaza, acoso, coacción o cualquier otra medida en contra de uno o de más miembros de la familia. Acciones que rompen la armonía, así como el desarrollo personal dentro del hogar.

Estas acciones producen intimidación, castigo y humillación, que mantiene a la otra persona en un papel de estereotipo, le niega su dignidad de persona humana, menoscaba la seguridad de su persona, autoestima y su personalidad.

Se considera como todo acto de naturaleza abusiva o de negligencia contra niños, adolescentes, personas adultas, ancianas con alguna discapacidad, que se presente al interior de una familia biológica o adoptiva.

La seriedad de las consecuencias de la violencia intrafamiliar se derivan no solo del abuso y su severidad, sino fundamentalmente de la traición que la víctima experimenta ante el maltrato ejercido por quien le debía especial respeto, atención, y cuidado, por estas razones, se considera una de las demostraciones más crueles de agresión, por que ocurre en un espacio físico y psico-

social, donde se supone que las personas deben amarse y aprender los valores esenciales para convivencia: solidaridad, tolerancia, lealtad, confianza y libertad para la autodeterminación.

A) Tipos de violencia intrafamiliar

Se distinguen diferentes formas o manifestaciones de maltrato, abuso o agresión intrafamiliar como:

- Abuso o maltrato físico
- Abuso o maltrato sexual
- Abuso o maltrato psicológico
- Abuso o maltrato patrimonial
- Negligencia o carencia emocional
- Cualquier comportamiento que tenga propósito la degradación, el control o la coacción.
- Impedir el desarrollo personal

1) Violencia física

Ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le ocasiona daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma, que puede provocar o no lesiones externas, internas o ambas.

El castigo repetido no severo, también se considera violencia física. El hecho de que le ocupan a una persona, se puede considerar también como una agresión física.

Entre algunos de los ejemplos de conducta sobre la violencia física se pueden mencionar los siguientes:

- Golpes en la cara, cabeza o el cuerpo (pueden llevarse a cabo con las manos o con objetos).
- Intentos de asfixia con las manos, almohadas u otros objetos.
- Lanzamiento de objetos como platos de comida, ollas, cuchillos, machetes, etc.

- Acciones que ponga en peligro la integridad física que desencadena un daño físico interno o externo.

La violencia física, se define como cualquier acción que desencadena un daño físico interno o externo. También puede ocasionar la muerte.

2) Violencia psicológica

Se le conoce también como “maltrato emocional” incluye todas las conductas o acciones que tienen como propósito denigrar, controlar y bloquear la autonomía de otro ser humano.

La violencia psicológica es toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra forma que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, la autoestima, la identidad o el desarrollo de la persona.

El abuso psicológico se manifiesta en múltiples maneras y por lo general se presenta acompañado de otras conductas abusivas, tales como el maltrato físico, el abuso sexual y el abuso patrimonial, estas incluyen:

- Los insultos constantes, la negligencia, la humillación, el no reconocer aciertos, el chantaje, la degradación.
- El aislamiento de amigos y familiares, que con frecuencia van acompañados de mensajes.
- La destrucción de propiedades, tesoros, objetos apreciados o mascotas de la víctima.
- El ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar, etc.
- Celos excesivos, sobre posesividad.

3) Violencia sexual

Se define como cualquier conducta sexual directa o indirecta que ocurra en contra de la voluntad de la otra persona o cuando ella no está en condiciones de consentir.



El consentimiento es imposible en relaciones de claro poder y control de un ser humano sobre otro.

La violencia sexual incluye:

- Abusos deshonestos, como manoseo, exhibicionismo.
- Acoso sexual.
- Exposición o participación en pornografía.
- Prostitución, sexo oral, sodomía, penetración genital o anal, o con un objeto.
- Sexo forzado o violación e incesto.

4) Violencia patrimonial

La violencia patrimonial o económica son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobre vivencia de los demás miembros de la familia o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Esto implica la pérdida de la casa de habitación o del lugar de vivienda, los enseres y quitamiento doméstico, la tierra, otros bienes muebles, o inmuebles, así como los efectos personales de las personas afectadas o los gastos básicos para la sobre vivencia del núcleo familiar.

B) Consecuencias de la violencia intrafamiliar

Estas varían dependiendo de la personalidad de la víctima que es quien altera la armonía familiar.

1) Desintegración familiar

La violencia en contra de uno o de varios miembros de la familia, provocan su desintegración. Las consecuencias se manifiestan en las víctimas tanto en aspecto físico como psicológico.

C) Causas de la violencia intrafamiliar

Son complejas, pero predominantes, son producto de una organización social estructurada y basada en la desigualdad y es ejercida por los que tienen más poder real, derecho a intimidar y controlar.

La razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce de factores negativos del individuo y la sociedad, al interior de la familia, las desigualdades producidas en razón de género y por las relaciones asimétricas de los adultos con la niñez basada en la autoridad.

1) Patrones culturales aprendidos

La violencia intrafamiliar se extiende más allá de los comportamientos violentos, incluye: valores, creencias y actitudes aprendidos que se transmiten de generación en generación independientemente del nivel económico, social, cultural, educativo, étnico, religioso y político.

2) Relaciones asimétricas de autoridad y razón

Hay normas y reglas que la familia no inventó, sino que asimiló por costumbre estrictamente cultural y que no se discuten, estas parten de un axioma: el carácter básicamente asimétrico de las relaciones interpersonales, donde el poder y la razón están de un solo lado, el de los que tienen el poder y la autoridad, los adultos, los jefes del hogar, donde la obediencia y el aprendizaje constituye un rol que corresponde exclusivamente al sector débil delimitado, la esposa y los niños. La escuela y la sociedad repiten y refuerza estos paradigmas.

D) Leyes que regulan la violencia intrafamiliar

Por medio del Decreto 69/94 el Congreso de la República de Guatemala aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

En octubre de 1996 con base en la Convención anterior se emitió la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (es llamada, ley de violencia intrafamiliar), la ley restringe la protección exclusiva para las mujeres, como manda la Convención y se incluye a otros integrantes de la familia.

Esta nueva ley tiene por objetivo principal la protección de las mujeres y las niñas y la emisión de medidas de seguridad. Las medidas de seguridad se refieren entre otros aspectos, a sustraer a las víctimas del contacto con los agresores: se ordena al marido que deje el hogar conyugal, que se acerque al lugar de trabajo o de estudio de la víctima, se le priva de la guarda y cuidado de las hijas e hijos cuando ha cometido abuso sexual en contra de ellas/os, se puede decomisarle las armas que mantenga en el hogar o con las que haya amenazado o herido a las víctimas. Esta ley la puede aplicar, desde los agentes de policía, fiscales del Ministerio Público, jueces/zas de Familia y de Paz Penal.

2.5.2 La depresión

Es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Proviene del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado". Conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba. Esta puede ser el resultado de muchas razones.

A) Características de la depresión

Los errores sistemáticos en el modo de pensar del individuo deprimido sirven para que persista en el convencimiento de la validez de sus conceptos negativos, a pesar de que existan pruebas de lo contrario.

- La deducción arbitraria (sistema de respuestas) se refiere al proceso por el que se extrae una conclusión determinada sin tener pruebas que la sustenten o cuando la prueba es contraria a la conclusión.

- La abstracción selectiva (sistema de estímulos) consiste en enfocar en un detalle extrapolado de su contexto y en ignorar los aspectos más evidentes de la situación, conceptualizando toda la experiencia en función de este fragmento.
- La generalización excesiva (sistema de respuestas) consiste en extraer una regla general o una conclusión partiendo de uno o más episodios aislados y en aplicar dicho concepto a otras situaciones, relacionadas o no con el caso específico.
- La ampliación o la disminución (sistema de respuestas) se reflejan en errores al valorar el significado o la importancia de un suceso, tan vulgares que pueden llegar a constituir distorsiones.
- La personalización (sistema de respuestas) se refiere a la tendencia del paciente a relacionar consigo mismo los sucesos externos cuando no existen elementos que puedan justificar esta asociación.
- El pensamiento absolutista, dicotómico (sistema de respuestas) se manifiesta en la tendencia a colocar todas las experiencias en dos categorías opuestas: perfecto o defectuoso, immaculado o sucio, santo o pecaminoso, etc. Al describirse, el paciente elige la categoría más negativa.

B) Causas de la depresión

- Alguna situación de tristeza o angustia
- La herencia genética
- Otras enfermedades
- Ciertos medicamentos
- El uso de drogas o alcohol
- Otros problemas mentales.

C) Efectos de la depresión

- Una pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar. Una pérdida del impulso y de motivación que hacen que incluso las tareas y decisiones más simples se convierten en difíciles o imposibles.
- Fatiga total y absoluta.

- Inquietud y agitación.
- Pérdida o aumento del apetito con pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o sueño excesivo.
- Pérdida de afecto externo, desinterés por el sexo.
- Pérdida de auto confianza, evitando el contacto con los demás.
- Irritabilidad.
- Sentimiento de inutilidad, inadecuación, maldad, indefensión y desesperanza.
- Empeoramiento en algún momento particular del día, generalmente por las mañanas.
- Pensamientos suicidas; que son muy frecuentes en la depresión y suelen ser admitidos y no ocultados, y constituyen un signo cierto de que se precisa ayuda.

D) Signos y síntomas de la depresión

- Tristeza patológica: se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.
- Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer
- Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, se esta frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal humor.
- En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

- Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
- Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

E) Tipos de depresión

La Asociación Americana de Psiquiatría, ha establecido 3 clases frecuentes de depresión:

- Depresión reactiva o neurótica
- Depresión endógena y
- Depresión orgánica.

F) Tratamiento para la depresión

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

G) Psicoterapia para la depresión

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra.

Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos tipos de psicoterapia a corto plazo son muy útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la terapia

cognitivo-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o "*insight*", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos o terapia electroconvulsiva (TEC), esta última en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella.

2.5.3 El duelo

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.

Duelo es el nombre del proceso psicológico, pero se debe de tener en cuenta que este proceso no se limita a tener componentes emocionales, sino que también los tiene fisiológicos y sociales. La intensidad y duración de este proceso será proporcional a la dimensión y significado de la pérdida.

A) Características del duelo

- Es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante momento a momento.
- No es un proceso que siga unas pautas universales.
- Se relaciona inequívocamente con la aparición de problemas de salud.
- Aumenta el riesgo de muerte principalmente por eventos cardiacos y suicidio.

- La población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, incrementando el consumo de recursos, quizá por la pérdida de las redes sociales y con ellas de muchos de los recursos clásicos para el doliente (familiares, religiosos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo,...).
- El transcurso del proceso de duelo puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación.
- Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc).
- El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).
- Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por él.
- Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido).

B) Teorías del duelo

Freud define al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”.

En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, este pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido.

Bourgeois, concibe el duelo como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida”.

Hanus considera que “casi todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa”.

C) Causas del duelo

Entre las principales causas de duelo están:

- La pérdida de una persona, objeto o evento significativo.
- Ruptura de una relación
- Una pérdida inminente de un ser querido.
- La noticia de que tras un accidente se deberá manejar en una silla de ruedas
- La llegada de un bebé con discapacidad.

D) Efectos del duelo

El luto, que es su expresión más o menos formalizada y cultural, se puede exteriorizar con un buen número de reacciones.

Sensaciones físicas del duelo

- Nauseas
- Palpitaciones
- Dolor de cabeza
- Pérdida de apetito
- Insomnio
- Fatiga
- Temblores
- Opresión en el pecho y garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Falta de aire y sensación de ahogo
- Debilidad muscular y falta de energía
- Dificultad para tragar
- Sequedad en la boca.

E) Tipo de pensamientos del duelo

- Incredulidad
- Confusión
- Preocupación
- Ver y/u oír a la persona fallecida.
- Sensación de que la persona fallecida puede regresar.

F) Conductas durante el proceso de duelo

- Trastornos del sueño y/o alimentación
- Conductas distraídas
- Aislamiento social
- Soñar con el fallecido
- Buscar o llamar en voz alta al fallecido
- Suspirar
- Hiperactividad
- Llorar
- Dormir poco o en exceso
- Llevar consigo cosas que nos recuerden al fallecido.

G) Etapas del duelo individual

Se describen 3 fases

1. Fase inicial o de evitación: reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza.
2. Fase aguda de duelo: dolor por la separación, desinterés por el mundo.
3. Resolución del duelo: fase final, gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior.

H) Síntomas del duelo

- Llanto frecuente
- Rabia
- Ataques violentos
- Bajo estado de ánimo
- Sentimientos de culpa
- Ideas de muerte
- Anorexia
- Pérdida de peso
- Insomnio
- Abandono de sus actividades socio-laborales
- Todas ellas normales en esos momentos.

I) Tipos de duelo

- Duelo solidario: se considera la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte.
- Duelo patológico: en los casos en los que cueste superar la elaboración del duelo, este puede convertirse en un problema mayor. La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica. Caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional.
- Duelo bloqueado: ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.
- Duelo complicado: síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.
- Anticipatorio: en caso de muertes anunciadas.
- Retardado: en aquellas personas que se controlan, no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una hiperactividad. Durante meses o incluso años, cualquier recuerdo o imagen, desencadena el duelo no resuelto.

- Crónico: que arrastra el doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal.

J) Tipos de duelo psiquiátrico

- Histérico: el deudo se identifica con la persona fallecida, presentando el mismo cuadro que motivó su fallecimiento.
- Obsesivo: la ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva, crea en él fuertes sentimientos de culpa, que suelen abocar en una depresión grave y prolongada.
- Melancólico: este cuadro clínico destaca, la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
- Maníaco: (Manía del duelo). Se produce un cuadro de excitación psicomotriz y humor expansivo que evoluciona posteriormente a un cuadro depresivo.
- Delirante.

K) Tratamiento del duelo

- Cuando se presenta un problema de duelo conviene acudir a un profesional psiquiatra o psicólogo para que dé las indicaciones oportunas.
- Es recomendable que para una buena elaboración y superación del duelo no es aconsejable querer huir de esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar si no se sienten. Lo contrario sería la negación de la pérdida, lo que llevaría a comportamientos desadaptativos.

L) Tareas para completar el duelo

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar la realidad de la pérdida.
- Sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta lo que se perdió.
- Aprender a vivir sin esa persona u objeto.
- Tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones.

Psicoterapia del duelo: Esto facilita el luto permitiendo que se pueda trabajar a través de los estadios del duelo con una relación de soporte psicoterapéutico.

2.5.4 La ansiedad

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

La ansiedad es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en que se vive, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

Ansiedad y angustia como términos equivalentes, no son realmente lo mismo, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones externas corporales que acompañan a la ansiedad.

A) Características de la ansiedad

La ansiedad puede presentarse de forma crónica, como un rasgo de personalidad presente durante casi toda la vida del individuo ("Trastorno de ansiedad generalizada") o en forma de episodios recortados de gran intensidad. Estos episodios que originan sensación de muerte inminente ("Tanatofobia"), o temor a volverse loco ("Manifobia") constituyen las "crisis de ansiedad", "crisis de angustia" o "ataques de pánico" y constituyen el "Trastorno de angustia o de pánico". La diferencia, por tanto, entre el "Trastorno de ansiedad generalizada" y el de "Angustia o pánico" se basa en que en el primero el paciente continuamente se encuentra mal, mientras que en el trastorno de angustia, el sujeto se encuentra perfectamente bien entre las crisis. Además, muchas personas que sufren ataques de pánico, frecuentemente desarrollan un miedo o temor progresivo a que se repitan, apareciendo entonces la llamada "Ansiedad de anticipación".

B) Síntomas de la ansiedad

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

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto).
- Son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos.

C) Las causas más comunes de la ansiedad

En cuanto a las causas, están ansiedad primaria y secundaria. En la ansiedad primaria no se encuentra ninguna causa que justifique el cuadro, mientras que la secundaria se debe siempre a otro trastorno (consumo de drogas como alcohol, anfetaminas y cocaína, hipertiroidismo, etc.).

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

D) Tratamiento para la ansiedad

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

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

E) Efectos de la ansiedad

Entre sus consecuencias se puede mencionar: desorganización, desequilibrio emocional, dificultad para tomar decisiones, roces interpersonales (dentro y fuera del ámbito laboral), a esto se le debe sumar los síntomas físicos.

Cuando el estado de ansiedad es prolongado o crónico, esos síntomas que aparecen “amenazadores” e “incontrolables” pueden llegar a parecer una enfermedad o incapacidad real.

2.6 Métodos de psicodiagnóstico

Con el nombre de psicodiagnóstico se incluyen una serie de técnicas y procedimientos encaminados a detectar características psicológicas de sujetos o colectividades. Puesto que se supone que estas características pueden medirse de algún modo, el concepto de psicodiagnóstico es asimilable al de evaluación sistemática en condiciones específicas y en relación con estímulos concretos. Los primeros métodos que se utilizaron en psicodiagnóstico estuvieron relacionados con la astrología, quiromancia y métodos parapsicológicos, que admitían que el concurso de fuerzas ciegas e incontrolables eran las responsables de los rasgos y determinantes comportamentales de cada persona.

2.6.1 La Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consultarlo que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación. Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

- El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
- La calidad de relación terapéutica del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confidencialidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico). Por esto, la habilitación de quienes pueden ejercer la psicoterapia requiere de un proceso de entrenamiento guiado por terapeutas que cuentan con mayor tiempo de experiencia o estudios dentro del campo respectivo.

El vocablo proviene del griego *Psiche* que significa “espíritu, alma o ser”, la palabra terapia proviene de la palabra griega *terapéuticos* que significa “asistente o aquel que cuida de otro”, por lo tanto Psicoterapia significa “cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona”. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes o también llamados por otros, pacientes, tomándolos en serio, ofreciendo comprensión y respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas.

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas,

principalmente palabras, pero también a veces por medio de actividades corporales. La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

Estrategias y principios terapéuticos comunes:

Para definir el significado de la psicoterapia se tiene una amplia gama de opiniones, esta clasificación está basada en diversos criterios que son manejados y compartidos por varios autores representativos, todos investigadores que se definen a continuación.

Según Jerome Frank. Frank (1982) Psicoterapia es:

- Una relación de confianza emocionalmente cargada con una persona (o personas) de ayuda.
- Un marco de curación. El marco de curación ofrece una estructura y formalidad al proceso de la terapia y ayuda a distinguir la terapia de la amistad o conversación casual.
- Fundamento racional, esquema conceptual o mito. El marco racional proporciona una explicación plausible a los síntomas del cliente y prescribe un ritual o procedimiento para resolver éstos.
- Un ritual. Requiere la participación activa tanto del cliente como del terapeuta, ya que ambos creen que es el medio para restaurar el bienestar del cliente.
- Una relación cliente-terapeuta. En la cual los clientes llegan buscando ayuda de una persona investida con el potencial de proporcionar ayuda. Dos componentes significativos de la relación terapéutica son transferencia y contratransferencia.
- La habilidad de los clientes de confiar y expresar sentimientos. Ellos confían a una persona y a la que consideran como alguien que les va a ofrecer apoyo y comprensión.
- Una cierta cantidad de aprendizaje cognitivo que otorga a los clientes un marco de referencia inteligible y significativa para comprender sus problemas.
- Experiencia emocional correctiva caracterizada por una forma de respuesta nueva y diferente, ofrecida por el terapeuta al cliente.
- Modelado, a través del cual los clientes incorporan los valores y competencias del terapeuta.
- Sugestión y persuasión por el terapeuta.

- Ensayo y práctica de competencias y nuevas técnicas adaptativas que son aprendidas por el cliente en la terapia.
- Una atmósfera de apoyo en la cual el terapeuta es lo suficientemente no directivo como para facilitar la autonomía del cliente.

Además de los componentes mencionados, existe una serie de importantes procesos comunes en las psicoterapias que son:

- Intercambio de pago por servicio: Arnold Lazarus (1985) explica el servicio proporcionado por los terapeutas como una suma de recursos entre el terapeuta y el cliente para buscar solución a los problemas del cliente. El hecho es que los clientes pagan a los terapeutas por un servicio. Una segunda investigación descubrió que los estudiantes universitarios ignoraban en gran medida los consejos que se les daban y que eran relevantes para sus metas vocacionales (Malett, Spokane y Vance 1978).
- Ampliar la visión del mundo del cliente: Cuando los clientes llegan a terapia, habitualmente están estancados. No saben cómo solucionar sus problemas y las soluciones que están poniendo en práctica no les funcionan. Un proceso importante en la terapia es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de respuestas de afrontamiento que o bien no han considerado o que nunca imaginaron que fueran posibles.
- Ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos: una de las contribuciones de Freud a la psicoterapia fue su reconocimiento de la tendencia de los clientes de transferir conflictos no resueltos en la infancia al terapeuta; este proceso fue denominado transferencia y contemplado como un elemento crucial de la terapia.

Edgard Teyber (1992) afirma que el punto clave de la terapia es que los clientes no sólo hablan con el terapeuta acerca de sus problemas de una manera abstracta; sino que por el contrario se recrean y representan en su relación con el terapeuta, los mismos conflictos que les han llevado a buscar ayuda. Para resolver sus problemas los clientes deben experimentar en su relación con el terapeuta una manera nueva y más satisfactoria de respuesta.

A) Ideación de tareas para casa como parte del proceso de psicoterapia

Las tareas para casa deben ser ideadas con la participación y cooperación del cliente. Los objetivos de estas tareas deben ser realistas y el cliente debe estar de acuerdo en que su asignación merece la pena. Las tareas para casa deben ser diseñadas para garantizar que los clientes atribuyan una mejoría a sus esfuerzos.

Presentar tareas para casa: tras el convencimiento del cliente de la validez de las tareas para casa y una vez que éste acuerda llevarlas a cabo, es preciso explicarlas claramente, el cliente necesita saber las siguientes cosas:

- Qué hacer. El cliente practica primero la tarea con el terapeuta para asegurarse de que toda esta perfectamente claro.
- Con qué frecuencia hacerlo: se diseña un contrato para especificar exactamente cuándo va a intentar el cliente realizar su tarea para casa.
- Cómo registrar el propio progreso: se diseña una hoja de registros, para ayudar al cliente a registrar su propio progreso.
- Cómo obtener *feedback*. Terapeuta y cliente acuerdan que éste último llevará la hora de registros a la terapia a intervalos regulares con el fin de verificar los progresos del cliente.
- Contingencias para completar las tareas: terapeuta y cliente acuerdan cómo podrá gratificarse este último a sí mismo por completar tareas y qué pasos podrán tomarse cuando el cliente no lleve a cabo las tareas asignadas.

B) Metas de la psicoterapia

La psicoterapia no es “un tratamiento” que los clientes reciben de los terapeutas (Marlatt y Gordon 1985); por el contrario es una relación de trabajo entre terapeutas y clientes, encaminada a buscar soluciones a los problemas de los clientes, más ventajosas que las que estos están utilizando hasta ese momento.

Allen Ivey (1986) contempla la psicoterapia como un medio de asistir a los clientes en su maduración. Ivey describe la vida como un viaje que inevitablemente lleva a las personas a experimentar de nuevo experiencias del pasado. La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor concienciación sobre de dónde vienen y a dónde van.

La definición de psicoterapia como una relación de trabajo entre terapeutas y clientes tiene tres implicaciones importantes:

- La patología no es necesariamente un constructor explicativo
- La meta del cambio en lugar de la curación
- Los clientes son responsables de establecer cambios en sus vidas.

2.6.2 Los tres modelos de psicoterapia

2.6.2.1 El psicoanálisis

Antecedentes: Sigmund Freud, nació en Freiberg, en la antigua Moravia (hoy Checoslovaquia), el 6 de mayo de 1856.

Freud, fue un niño brillante, siempre a la cabeza de su clase, ingresó en la escuela de medicina. En 1873, finalizó sus estudios secundarios con excelentes calificaciones. Había sido siempre un buen estudiante. Después de considerar la posibilidad de cursar los estudios de derecho, se decidió por la medicina, aunque no con el deseo de ejercerla, sino movido por una cierta intención de estudiar la condición humana con rigor científico. A mitad de la carrera, tomó la determinación de dedicarse a la investigación biológica, y de 1876 a 1882, trabajó en el laboratorio del fisiólogo Ernest von Brücke.

La obtención de una beca para un viaje de estudios le llevó a París, en donde trabajó durante cuatro meses y medio en el servicio de neurología de la *Salpêtrière* bajo la dirección de Jean Martín Charcot, por entonces el más importante neurólogo francés. Allí tuvo ocasión de observar

las manifestaciones de la histeria y los efectos de la hipnosis y la sugestión en el tratamiento de la misma neurología.

En 1896, De forma un tanto violenta, Freud empezó a transformar la metodología terapéutica que otros habían calificado de catarsis, basada en la hipnosis, en lo que él mismo Freud denominó el método de libre asociación. Trabajando solo, y víctima del desprecio de los demás médicos, el tratamiento de sus pacientes le llevó a forjar los elementos esenciales de los conceptos psicoanalíticos de inconsciente, represión y 'Transferencia'. En 1899, apareció su famosa obra "La interpretación de los sueños", aunque con fecha de edición de 1900. y en 1905 publicó tres contribuciones a la teoría sexual, la segunda en importancia de sus obras.

Aportes de sus teorías

Freud buscando una explicación a la forma de operar de la mente, propuso una estructura de la misma dividida en tres partes: *el yo o ego, el ello o id y el superyó o superego.*

- a) El ello representa las pulsiones o impulsos primarios y constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Contiene los deseos de gratificación más primitivos.
- b) El súper-yó, la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos aprendidos en la sociedad.
- c) El yo, permanece entre ambos, alternando las necesidades primitivas y las creencias éticas y morales. Es la instancia en la que se inscribe la conciencia. Un yo saludable proporciona la habilidad para adaptarse a la realidad e interactuar con el mundo exterior de una manera que sea cómoda para el ello y el súper-yó.

Freud también creía que la libido maduraba en los individuos por medio del cambio de objetivo.

Argumentaba que los humanos nacen polimórficamente perversos, en el sentido de que una gran variedad de objetos pueden ser una fuente de placer. Conforme las personas van desarrollándose, van fijándose sobre diferentes objetos específicos en sus distintas etapas: la etapa oral,

ejemplificada por el placer de los bebés en la lactancia, la etapa anal ejemplificada por el placer de los niños al controlar sus defecaciones y luego la etapa fálica. Propuso entonces que llega un momento en que los niños pasan a una fase donde se fijan en el progenitor del sexo opuesto complejo de Edipo y desarrolló un modelo que explica la forma en que encajan.

Otro elemento importante del psicoanálisis es la relativamente poca intervención del psicoanalista para que el paciente pueda proyectar sus pensamientos y sentimientos en el psicoanalista. A través de este proceso, llamado transferencia, el paciente puede reconstruir y resolver conflictos reprimidos causantes de su enfermedad, especialmente conflictos de la infancia con el entorno y o con sus padres.

2.6.2.2 La teoría psicodinámica

La teoría psicodinámica que se le atribuye su origen a Carl Jung. Es derivada del psicodiagnóstico basado en las teorías psicoanalíticas, los presupuestos teóricos en los que se sustenta, la metodología diagnóstica e instrumental que utiliza y las razones para la misma. Se describen los principales avances en nosologías psicopatológicas coherentes con las teorías psicoanalíticas en la terapia psicodinámica se utilizan o mezclan varias técnicas para obtener mejores resultados como lo sería la utilización de: psicodiagnóstico, técnicas proyectivas, psicoanálisis, etc.

El psicoanálisis tiene un cuerpo teórico con entidad propia y una técnica muy específica (el tratamiento psicoanalítico convencional), mientras que bajo la etiqueta de modelo psicodinámico se da la convergencia de modelos teóricos explicativos de base psicoanalítica, en los que el psicoanálisis es el marco conceptual básico, pero no la única teoría conceptual explicativa de su quehacer clínico, ni sus técnicas se ajustan a las propias del tratamiento psicoanalítico convencional. La distinción que se está trazando excluye entrar en la polémica entre lo que es propiamente psicoanalítico y lo que no, y acepta como idea de trabajo la diferencia entre el psicoanálisis como método de auto-descubrimiento y abordaje al inconsciente que se efectúa en una relación singular y las amplias y muy variadas intervenciones clínicas y comunitarias que desarrollan los clínicos con formación psicoanalítica, y que se rotulan como psicodinámicas. El

término psicodinámico queda restringido a todo lo basado y derivado principalmente (aunque no exclusivamente) del psicoanálisis, y que queda bien reflejado en la expresión “De orientación psicoanalítica”.

Las principales diferencias entre modelo psicoanalítico y modelo psicodinámico son:

	Modelo Psicoanalítico	Modelo Psicodinámico
Concepto de cambio	Se define a nivel estructural por la integración de niveles de organización estructural de la personalidad, cualitativamente más evolucionados.	Delimitado por el trabajo sucesivo para la obtención de logros funcionales y estructurales en torno a uno o varios “focos” o ciertas áreas.
Duración usual del trabajo clínico	Más de 5 años.	Indeterminada, tanto en periodos breves ajustados al foco escogido y con límites derivados del contexto de intervención, o en periodos más extensos (2 o más años).
Intensidad del tratamiento	3 a 5 sesiones por semana.	1 a 2 sesiones por semana.
Formación requerida al clínico.	Formación psicoanalítica, superior a 8 años.	Formación psicoterapéutica de orientación psicoanalítica: 4 años.
Actitud del clínico en la relación	Actitud analítica, (pasiva), neutra, no directiva, (atención flotante)	Según los casos, más activa, directiva y focalizada, pero conservando los límites éticos del trabajo analítico.
Objetivo	Conocer los orígenes de los problemas/conflictos y explicar el funcionamiento personal inconscientemente sobredeterminado.	Comprender y cambiar los síntomas incapacitantes y atender a necesidades estructurales del sujeto que son deficitarias.
Marco conceptual	Exclusivamente psicoanalítico.	Psicoanalítico, pero más flexible, integrando otras perspectivas teóricas tanto del psicoanálisis.

Aunque aparentemente las diferencias pueden tener importancia, sin embargo los aspectos comunes son indudablemente más relevantes como rasgos de identidad compartidos. Los presupuestos conceptuales teóricos y técnicos comunes se han mantenido a lo largo de sus más de 100 años de historia, y a pesar de las controversias, críticas y reformulaciones que fuera y dentro de la comunidad psicoanalítica han existido. Estos presupuestos conceptuales son los que sirven de base teórica y teórico-técnica al diagnóstico psicodinámico.

A) Metodología y técnicas diagnósticas

Cuando se habla de metodología en psicoanálisis se está refiriendo a un método específico, el método de conocimiento del inconsciente, para lo cual la técnica por excelencia es la asociación libre. En el modelo dinámico esta perspectiva se mantiene, pero se trabaja con otras técnicas que van más allá de lo verbal y que pretenden objetivos más focales.

B) Limitaciones del modelo psicodinámico

Los límites epistemológicos del psicoanálisis deben ser reconocidos de forma explícita, entre otros cabe señalar el propio conocimiento que aporta y el que no aporta y esto se hace evidente en su convivencia con otras ciencias. El psicoanálisis no aporta conocimientos biológicos o sociológicos, dos grandes grupos de ciencias con las que se relaciona. Podrá proporcionar apuntes, datos, hipótesis, modelos, metáforas a esas ciencias y recibirlos de ellas, pero tales aportaciones psicoanalíticas no tendrían el carácter de datos científicos (comunicables y verificables) hasta no haber sido procesadas por la metodología específica de esas ciencias.

Un segundo límite vendría de la consideración del psicoanálisis como una tecnología, por supuesto una tecnología blanda y del grupo de las tecnologías psicosociales. Los tratamientos psicoanalíticos, por ejemplo, aunque no sea directamente el tema que nos ocupa, están siendo objeto de investigaciones rigurosas en varios ámbitos y se prevé que los hallazgos en este campo van a abrir una vía de investigación/confirmación de este paradigma. No obstante, le queda un camino por recorrer a fin de lograr la confirmación procedimental de otras ciencias.

C) Terapia psicoanalítica actual

Para el psicoanálisis, los conflictos tienen un origen en el inconsciente que no es observable por el paciente. Las palabras, las afecciones y los problemas relatados por el paciente constituyen tan sólo la parte aparente, o síntoma del conflicto. El objetivo de la terapia es romper las resistencias para que el paciente acepte las motivaciones inconscientes del problema, logrando la catarsis que lleva a la cura. El psicoanalista utiliza para esto la asociación libre, la transferencia y la

interpretación del discurso del paciente, poniendo especial énfasis en los sueños y los *lapsus* (actos fallidos).

El método básico de psicoanálisis es la asociación libre. El paciente, en un ambiente a solas, relajado, es invitado a hablar sobre lo que le venga a la mente. Los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia, son de interés para el especialista en psicoanálisis, que escucha e interpreta para intervenir cuando cree oportuno insistir o replantear alguna parte del discurso del paciente.

El término asociación libre puede considerarse libre en la medida en que no está orientado y controlado por una intención selectiva. Se le pide al paciente que verbalice lo que le venga a la mente, sin importar cuán insignificante, trivial o desagradable pueda parecer la idea, pensamiento o imagen. Después de que se da la asociación el individuo reflexiona sobre lo que ha dicho. Los *lapsus* son actos erróneos para la conciencia, en los que se manifiesta una descarga del inconsciente. Para Freud, el *lapsus* expresa un motivo personal relevante. A menudo el *lapsus* no es obvio y se revela sólo después de una larga cadena de asociaciones.

Una segunda área explotada por la asociación libre es la de los sueños, considerada el camino real al inconsciente. Para el psicoanálisis expresan deseos insatisfechos, los cuales generalmente se disfrazan por ser inaceptables para el individuo. Freud distingue dos tipos de sueños: el sueño manifiesto, que generalmente parece incoherente y sin sentido pero que presenta algún tipo de historia narrativa; y el sueño latente, que se refiere al significado del sueño manifiesto. El análisis es precisamente esto lo que pretende descubrir, lo latente detrás de lo manifiesto. Los sueños brindan información importante, ya que en esta situación es cuando la persona se encuentra más relajada y la resistencia se encuentra debilitada. Los anhelos y deseos que tiene prohibido el acceso en los estados conscientes tienen una oportunidad de escaparse.

Freud afirmó que el individuo cuyas necesidades eróticas no son satisfechas en la realidad orientará sus representaciones libidinosas hacia toda nueva persona que surja en su horizonte, siendo muy probable que las dos porciones de su libido (la consciente y la inconsciente) participen en este proceso. Es por lo tanto perfectamente normal y comprensible que esa carga de

libido se oriente también hacia el psicoanalista. Este proceso es lo que en psicoanálisis se denomina transferencia.

Cuando se habla de transferencia en la terapia, se considera que el paciente transfiere o reedita sobre la figura del analista actitudes emocionales experimentadas en la infancia en relación a personas que fueron importantes o significativas para el niño. La transferencia ofrece al paciente, según la teoría, una oportunidad para revivir los conflictos emocionales y estructuras cognoscitivas que condujeron a represiones, y proporciona al analista un entendimiento más profundo de las formas características de percibir y reaccionar del paciente. La contratransferencia será aquel conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y frente a la transferencia. Se le considera un elemento muy importante en el trabajo analítico porque cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las expresiones del inconsciente en los demás.

2.6.2.3 Modelo cognitivo conductual

La teoría de Kelly es de tipo cognoscitivo porque enfatiza que la conducta de un individuo está determinada no sólo por el ambiente o la herencia sino también, y de manera primaria, por actitudes, expectativas y creencias. La moderna psicología cognitiva ha realizado valiosos aportaciones en los distintos campos, muchos de los cuales son el punto de apoyo sobre el que se basa la elaboración de un modelo integrativo de psicoterapia como el que se presenta, hablar de una psicología cognitiva moderna hace referencia al impresionante movimiento que se ha expandido a lo largo y a lo ancho del conocimiento psicológico en las últimas tres décadas, resulta difícil establecer en qué medida la psicología cognitiva de estos últimos decenios constituyen una renovación de viejos enfoques conceptuales o es una verdadera revolución en el campo de la teoría psicológica; probablemente no se disponga de suficiente perspectiva histórica para decidir sobre ello, no cabe duda de que algunos de los temas abordados por la psicología cognitiva contemporánea han sido ya tratados en algún otro momento de la centuria que ya ocupa de la llamada psicología científica, y ello puede constarse con la lectura de trabajos escritos a la vuelta del siglo pasado y que encontraron su mejor exponente en William James, hablar de una nueva psicología cognitiva no es más que un nuevo disfraz para un viejo esqueleto, para otros,

más que un esqueleto se trata de un ser robusto y muy vital, representante de una nueva especie que no ha existido con anterioridad en el territorio de la psicología.

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta, los cognitivistas han vuelto al tema del cogito, retomando algunas de las premisas que durante muchos años habían caído en el más absoluto descrédito dentro del campo científico en general, implica reaccionar contra la certeza de la objetividad empirista, contra el peso indiscutible de la metodología positivista y contra una visión del individuo cognoscente como mero reproductor de una realidad exterior que algún observador esclarecido podía describir de forma exacta y verdadera.

La psicología cognitiva plantea necesidades de adentrarnos en la intimidad del sujeto, en la privacidad de la mente, en los espacios secretos de la subjetividad, para tratar de responder del mejor modo posible a la pregunta acerca de cómo tiene lugar el conocimiento, el pensamiento cognitivista se ha emparentado con la tradición que en el campo psicológico del siglo XX, estuvo especialmente representada por la investigación clínica al estilo de lo que estudiaron Freud y sus seguidores, el primer período de la psicología cognitiva estuvo marcado principalmente por el empleo del paradigma del procesamiento de información, los comportamientos habían llegado a poder ser descritos y explicados en términos de modo en que los seres humanos se comportan como sistemas u organismos capaces de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información recibida, el segundo período o segunda revolución cognitiva se inició cuando se hizo fuerte la observación de tal enfoque, válido para describir el funcionamiento de las máquinas, resultaba insuficiente para dar cuenta de la manera como operan los seres humanos, ya que éstos, a diferencia de las computadoras, despliegan sus conductas en secuencias no lineales sino recursivas y, además por el hecho de que las informaciones que los individuos procesan están determinadas, absolutamente, por la dinámica de la esfera social.

énfasis en el papel de las creencias en el cambio conductual, aun cuando a él no le gustaba ser llamado cognoscitivista.

B) Características modelo cognitivo conductual

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta.

La terapia cognoscitiva está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta.

Los conceptos implicados en la teoría cognoscitiva de Beck incluyen cogniciones, esquemas y distorsiones cognoscitivas o errores de lógica (1979), las cogniciones se refieren a la conciencia de una persona, son bastantes combinables y provocadas por estímulos.

Los errores sistemáticos en el razonamiento, llamados distorsiones cognoscitivas, son evidentes durante la angustia psicológica.

De acuerdo con Beck (1967), el individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, estas tres percepciones son conocidas como la tríada cognoscitiva.

C) Objetivos modelo cognitivo conductual

- Cambio de pensamiento a las personas con problemas de frustración.
- Estructurar las mentes de las personas con problemas personales, familiares sociales.
- Las maneras como se enfrentan las situaciones que causan dolores en las personas.
- Buscar mecanismos para no afectar las malas experiencias.
- Con las terapias cognitivas se logran ayudar a las familias con multi-problemas

énfasis en el papel de las creencias en el cambio conductual, aun cuando a él no le gustaba ser llamado cognoscitivista.

B) Características modelo cognitivo conductual

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta.

La terapia cognoscitiva está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta.

Los conceptos implicados en la teoría cognoscitiva de Beck incluyen cogniciones, esquemas y distorsiones cognoscitivas o errores de lógica (1979), las cogniciones se refieren a la conciencia de una persona, son bastantes combinables y provocadas por estímulos.

Los errores sistemáticos en el razonamiento, llamados distorsiones cognoscitivas, son evidentes durante la angustia psicológica.

De acuerdo con Beck (1967), el individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, estas tres percepciones son conocidas como la tríada cognoscitiva.

C) Objetivos modelo cognitivo conductual

- Cambio de pensamiento a las personas con problemas de frustración.
- Estructurar las mentes de las personas con problemas personales, familiares sociales.
- Las maneras como se enfrentan las situaciones que causan dolores en las personas.
- Buscar mecanismos para no afectar las malas experiencias.
- Con las terapias cognitivas se logran ayudar a las familias con multi-problemas

- Conocimiento de los principales problemas de la salud mental en la infancia, adolescentes y en adultos.
- Se pronostica las dificultades emocionales y conductuales de las personas.

D) Técnicas de las terapia cognitivo conductual

1) Condicionamiento

Forma básica de aprendizaje que se basa en la asociación de respuestas emocionales a situaciones nuevas. El condicionamiento es un tipo de aprendizaje en el que un organismo asocia dos eventos. Existen dos tipos principales de condicionamiento: el clásico y el operante o instrumental.

- Condicionamiento clásico, en el cual un estímulo que no producía una respuesta es asociado con un estímulo que ya producía tal respuesta (el estímulo incondicionado) hasta que el primer estímulo también pasa a producir la respuesta.
- Condicionamiento operante, en el cual la frecuencia de una respuesta es aumentada o reducida por su asociación a un estímulo aversivo o un reforzador.

Hoy en día se utilizan estas técnicas en la modificación de conducta y se emplean como terapia para tratar ciertos tipos de neurosis, desintoxicación de alcohólicos o algunos trastornos típicos que aparecen durante la infancia, como la fobia, enuresis, tartamudeo y otros.

2) Desensibilización sistemática

Es un método psicoterapéutico dentro del paradigma teórico-clínico de las terapias cognitivo conductuales, cuya característica principal es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones que le producen una exacerbación disfuncional de conductas (emocionales, cognitivas o comportamentales) y que lo lleva a consulta.

3) Entrenamiento asertivo

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

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

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

2.6.2.4 Modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "Fenomenológicas", "Humanistas" y "Existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia *Gestáltica*", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente". Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la Psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el "Neopsicoanálisis" la Psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tillich y Martin Buber, residentes en EE. UU, y la escuela Gestalt, sobre todo a través de K. Goldstein que introduce en este país la idea del organismo humano (su obra "El organismo" de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

En los años cincuenta comienzan a destacar dos autores, C. Rogers que elabora sus primeras aportaciones terapéuticas (Rogers en 1952 publica su obra "Psicoterapia centrada en el cliente") y Maslow jerarquiza la motivación humana en su obra "Motivación y personalidad". En 1961 se constituye la Asociación Americana de Psicología Humanista que aparece como reacción a la insatisfacción producida tanto por la Psicología académica, dominada por el conductismo que

entendían como reduccionista y mecanicista, y por su alternativa el psicoanálisis que entendían también como reduccionista al olvidar el carácter de construcción del significado vital del sujeto.

Según Bernstein y Nietzel (1980) los modelos humanistas se caracterizan por:

- La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
- La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
- La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
- Solo se puede comprender a una persona cuando se puede situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando se coloca en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).
- La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

A) Psicología humanista existencial

La psicología humanista existencial enfatiza las actitudes y los valores en las relaciones interpersonales, busca el desarrollo del potencial humano para ayudar al individuo a transformarse en una persona plenamente integrada. El funcionamiento anormal es el resultado de no haber podido desarrollar todo el potencial. En la teoría humanista a esto se llama falta de auto actualización, y en la teoría existencial es la incapacidad para superar la fuente de ansiedad para afrontar la situación existencial de la vida. Se basan en la conversación y en ejercicios vivenciales.

De esta manera se intensificó la preocupación por las cuestiones filosóficas existiendo un gran interés por la filosofía existencialista, que en Europa estaba en sus inicios conceptuales y que los científicos inmigrantes llevaban consigo; la filosofía existencialista centra su atención en el análisis y descripción rigurosa de la existencia o modo de ser del hombre en el mundo (Existencia individual), esta existencia se asigna únicamente a las personas no a las cosas. La tesis fundamental del existencialismo es que la existencia precede de la esencia, es decir, el hombre no posee una esencia como algo determinado, si no que la va construyendo durante su existencia, a través de su libertad.

B) Los postulados básicos de la psicología humanista

La psicología humanista es más un movimiento que una escuela, e incluso más aún el reflejo de una actitud sobre el ser humano y el conocimiento.

Postulados básicos sobre el hombre

- Es más que la suma de sus partes.
- Lleva a cabo su existencia en un contexto humano.
- Es consciente.
- Tiene capacidad de elección.
- Es intencional en sus propósitos, sus experiencias valorativas, su creatividad y la comprensión de significados.

C) Terapia humanista

El modelo humanista está fundamentado en el principio de que los individuos y los grupos en conflicto poseen vastos recursos para la auto comprensión y el crecimiento, los cuales se pueden aprovechar a través de la experiencia de un conjunto reducido y bien definido de condiciones facilitadoras. Estas condiciones son: la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva y condicional del terapeuta. La terapia no trata de hacer “Algo al Individuo”, o de inducirlo a hacer

algo sobre el mismo; sino que trata de liberarlo para un crecimiento y desarrollo normales, se trata de eliminar los obstáculos para que, así pueda seguir en adelante.

En las décadas de los cincuenta y sesenta apareció en los Estados Unidos la “Psicología Humanista” como “Tercera fuerza” junto al psicoanálisis y al conductismo. La inmigración de muchos europeos durante el dominio nazi fue un apoyo para la renovación cultural y humanística que empezaban en los Estados Unidos; para muchas personas se hizo claro que el rápido desarrollo técnico no podía continuar imparables de esta forma, si no quería poner en peligro la importancia del individuo o de la raza humana en su totalidad. Es así como muchas personas se sintieron desamparadas, pero ésta no se trata de una soledad como estado fundamental de la existencia humana, si no de la forma neurótica de la soledad que acompaña a la creciente alineación de los individuos respecto a sí mismos y de otros seres humanos. Involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado Contracultura.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar el pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, denominó a este movimiento la tercera fuerza para mostrar lo que se proponía con esta corriente, integrar las formas en que se expresaba el que hacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

- Antecedentes
- Planteamientos fundamentales.
- Críticas.

Surgieron los planteamientos del Psicoterapeuta ambientalista Edgar Fernando Biarge, dentro de esta corriente enfoques teóricos y terapéuticos tan diversos que no es posible plantear un modelo teórico único. Lo que sí se puede extrapolar de estas diversas teorías y enfoques es una serie de principios y énfasis:

- Énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana: el ser humano es considerado único e irreplicable. Se tiene la tarea de desarrollar eso único y especial que son, así, ámbitos como el juego y la creatividad son considerados fundamentales.
- Confianza en la naturaleza y búsqueda de lo natural: el ser humano es de naturaleza intrínsecamente buena y con tendencia innata a la autorrealización. La naturaleza, de la que este ser humano forma parte, expresa una sabiduría mayor. Por lo tanto, como seres humanos se debe confiar en la forma en que las cosas ocurren, evitando controlarse a sí mismo o controlar el entorno.
- Concepto de conciencia ampliado: la conciencia que se tiene de uno mismo y la forma en que se identifica con el yo o ego, es uno de los varios estados y niveles de conciencia a los que se puede llegar, pero no es el único.
- Trascendencia del *Ego* y direccionamiento hacia la totalidad que se es: la tendencia en el curso de autorrealización es ir alcanzando cada vez niveles de conciencia más evolucionados, que se caracterizan por ser cada vez más integradores (de partes de uno mismo y de la relación con el resto, y con la totalidad).
- Superación de la escisión mente/cuerpo: la psicología humanista parte desde un reconocimiento del cuerpo como una fuente válida de mensajes acerca de lo que se es, se hace y se siente, así como medio de expresión de las intenciones y pensamientos. Se funciona como un organismo total, en que mente y cuerpo son distinciones hechas sólo para facilitar la comprensión teórica.
- Reequilibrio entre polaridades y revalorización de lo emocional: la cultura occidental ha tendido a valorar lo racional sobre lo emocional, la acción frente a la contemplación, etc. Esto

produce un desequilibrio en el organismo, ya que desconoce aspectos valiosos de sí mismos o los subestima, relegándolos al control de otros. El cultivo de lo emocional, lo intuitivo, lo contemplativo, por parte de la psicología humanista, es un intento por restablecer ese equilibrio.

- Valoración de una comunicación que implique el reconocimiento del otro en cuanto tal: dejar de reconocer a los demás como objetos, o medios para alcanzar los propósitos personales, es uno de los énfasis principales de esta corriente. Esta forma restringida de relacionarse con los demás se transforma en una barrera comunicacional entre los seres humanos, ya que se concentra en sólo una parte del otro (la que es útil, por ejemplo), y se deja ver como un ser total, impidiendo una comunicación plena.

El principal cuestionamiento que se le ha hecho a las aproximaciones psicológicas de esta corriente es su falta de rigurosidad teórica.

La crítica que la psicología humanista hizo a la psicología de la época, en cuanto a un centramiento excesivo en la naturaleza racional humana, redundó, a la larga, en el desarrollo escaso de teoría o teorías muy vagamente fundamentadas (salvo excepciones, como la del Análisis Transaccional).

Actualmente existe conciencia de esta crítica por parte de los psicólogos que se consideran humanistas, por lo que muchos han iniciado un proceso de búsqueda de fundamentos teóricos más profundos, principalmente epistemológicos, a su labor. (Albertus filósofo).

Conclusiones

- 1) La violencia intrafamiliar tiene sus orígenes en la formación de organización social, patriarcal, que destaca la supremacía y el dominio del agresor, la inferioridad y subordinación de las víctimas.
- 2) La forma más común de violencia intrafamiliar es la violencia doméstica. En esta relación caracterizada por una desigualdad permanente, la mujer está sujeta al control y a la autoridad de su pareja, quien tiene el derecho de utilizar cualquier método para someterla.
- 3) El agresor infringe violencia física, emocional, psicológica, sexual y/o económica en su víctima. Así mismo utiliza las mismas técnicas de coerción usadas por los torturadores: Aislamiento, debilidad inducida, amenazas, indulgencias ocasionales, demostración de omnipotencia, degradación y refuerzo de demandas triviales.
- 4) Cuando la depresión acompaña la ansiedad debe atenderse. Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse.
- 5) Se debe asistir al paciente que esta pasando por un proceso de duelo con ayuda profesional y apoyo de los familiares y amigos.
- 6) Los conflictos tienen un origen en el inconsciente que no es observable por el paciente.
- 7) Terapia cognitivo conductual se centra en los problemas actuales del paciente.
- 8) La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales y se apoye en fundamentos empíricos sólidos

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se presentan los programas y cronogramas, con las actividades que se realizaron durante la Práctica Profesional Dirigida. Los cuales sirvieron de guía para saber el camino a seguir durante el trabajo de campo para llevar un mejor control sobre lo que se realizó en la institución.

3.1 Programa de la práctica

A) Propósito del Curso

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

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

B) Objetivo general

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

C) Objetivos específicos

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

D) Contenido temático del curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
4. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de resiliencia
7. Creación de programas y proyectos

E) Criterios para el desarrollo del curso o metodología

La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido.

La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.

La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses.

Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas establecidas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.

F) Formas o técnicas de evaluación

- Investigaciones
- Elaboración de programas y proyectos
- Actividades grupales
- Discusiones
- Guías de trabajo
- Pruebas objetivas
- Presentación de informes

Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.

3.2 Cronograma de actividades

Enero

Generalidades actividades de tutoría

Información sobre práctica, entrega de programación.

Instrucciones sobre metodología.

Febrero

- Actividades de tutoría

Solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños.

Entrega de la planificación de actividades de práctica.

Entrega de autorización escrita de centros de práctica.

Marzo

- Actividades de tutoría

Información sobre observación e investigación en los centros de práctica.

Entrega de resumen y análisis práctico del libro La Entrevista Psiquiátrica de Sullivan.

Informe de observaciones.

- Actividades en centros de práctica

Presentación a centros de práctica.

Contacto inicial con autoridades.

Entrega de planificación de actividades a autoridad inmediata.

Observación del funcionamiento del Centro de Práctica.

Investigación de los antecedentes de los antecedentes de la institución y servicios que presta, tipo de población, etc.

Abril y mayo

- Actividades de tutoría

Elaboración de Historias Clínicas en casos planteados en el aula.

Discusión de casos.

Retroalimentación de conocimientos.

Exposición y análisis sobre diversas patologías.

- Actividades en centro de práctica

Entrevistas, abordaje de casos, evaluación del paciente.

Uso de documentos de registro.

Junio julio y agosto

- Actividades de tutoría

Taller para elaboración de impresión clínica.

Diagnóstico multiaxial.

Plan terapéutico.

Informe de casos.

Exposición de formas de psicoterapia.

Presentación y discusión de casos.

Entrega de historias clínicas e informes de casos.

Entrega de proyecto de salud mental aplicado a problemas sociales.

- Actividades en centro de práctica

Registro de evolución de casos.

Diagnóstico y tratamiento.

Actividades que requiera el centro de práctica.

Septiembre

- Actividades de tutoría

Trabajo de campo en áreas de riesgo, capacitación a grupos en conflicto.

Informe de proyectos de salud mental.

Primera revisión de informe final.

- Actividades en centro de práctica

Culminación de práctica clínica.

Ejecución de programa de salud mental.

Octubre

- Actividades de tutoría

Segunda revisión de informe final.

Noviembre

- Actividades de tutoría

Tercera revisión de informe final.

Entrega de informe final.

Examen final.

3.3 Planificación de actividades generales de Práctica Profesional Dirigida

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

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

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Abril	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar los diferentes conocimientos adquiridos durante la carrera por medio del abordaje de los diferentes casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de casos, entrevistas. - Evaluación del paciente. - Pruebas proyectivas. - Retroalimentación. - Conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de casos - Entrevista - Observación - Resolución de casos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Lapiceros. - Cuadernos - Libros - Centro de práctica - Internet 	<ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica los diferentes conocimientos adquiridos durante la carrera en el proceso de abordaje de casos.
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el abordaje de casos por medio de documentos de registros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de historias clínicas, discusiones de casos. - Uso de documentos de registro. - Abordaje de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de casos - Historias clínicas - Discusión de casos - Lectura 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Lapiceros - Cuadernos - Libros - Centro de práctica y de reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar de manera adecuada los diferentes documentos de registro en la elaboración de historias clínicas y el abordaje de casos.
Junio	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar un seguimiento de la evaluación de los casos atendidos. - Cooperar con las diferentes necesidades que se requieran en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de evolución de casos, diagnósticos y tratamiento. - Actividades que requiera el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación - Entrevista - Abordaje de casos - Historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Lapicero - Computadora - Centro de práctica y de reuniones. - Hojas de evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar el progreso que tienen los pacientes atendidos. - Llevar a cabo las diferentes actividades que requieren en el centro de práctica.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Julio	<ul style="list-style-type: none"> - Plantear los diferentes casos tratados y darles una psicoterapia adecuada a su problema. - Cooperar con las diferentes actividades que se requieran en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y discusión de casos. - Tratamiento de psicoterapia en los casos atendidos. - Actividades por requerimientos en el centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia - Discusiones - Lecturas - Observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Computadora - Lapicero - Centro de práctica - Y de reunión 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar el tratamiento adecuado a los diferentes tipos de trastornos mentales. - Llevar a cabo de manera exitosa las diferentes actividades que requiere el centro de práctica.
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar al proceso final de casos atendidos durante la práctica. - Indagar sobre posibles problemáticas presentadas en la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe final de casos atendidos (cierre de casos). - Clausura y despedida del centro de práctica. - Entrega de proyecto de salud mental para revisión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecto - Inductivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computadora - Lapicero - Cuadernos - Libros - Centro de práctica y de reunión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Culminar de manera exitosa cada uno de los casos atendidos, así como la estancia en el centro de práctica. - Realizar la presentación de proyecto de salud mental para su revisión.
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar un proyecto de salud mental a la población necesitada. - Prevenir en la población situaciones en las que se vean afectada su salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de proyecto de salud mental. - Capacitación a grupos en conflicto. - Jornada psicológica. - Primera revisión de informe final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyecto - Capacitaciones. - Jornadas - Observaciones. - Entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Test. - Computadora - Cuadernos - Lapiceros - Centro de práctica - Y de reunión - Hojas 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a la práctica el proyecto de salud mental a la población necesitada. - Crear conciencia de los beneficios que trae el cuidado de la salud mental.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos	Logros
Octubre	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer las actividades realizadas durante la ejecución de proyectos de salud mental. - Presentar el informe final para que pueda ser revisado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe del proyecto de salud mental. - Segunda revisión de informe final de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe - Observaciones - Deductivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar donde se ejecutara el proyecto. - Computadora - Cuadernos - Hojas - Lapiceros - Financiero 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de manera concisa el proyecto de salud mental ejecutado.
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar de forma objetiva el informe final para su última revisión. - Realizar exitosamente el examen final de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tercera revisión de informe final de práctica. - Entrega final de informe final de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe - Prueba - Objetiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Computadora - Lapiceros 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación del - Informe final de la práctica. - Dar a conocer los conocimientos aprendidos durante el proceso de práctica.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Programa de atención de casos

Introducción

En el siguiente programa se da a conocer la planificación de actividades y el cronograma que se utilizó durante el abordaje de casos, por diferentes problemas a los pacientes que solicitaron ayuda psicológica.

Objetivo principal

Investigar y detectar los principales problemas con el apoyo de métodos de psicodiagnóstico para poder dar un tratamiento eficaz a los pacientes con problemas psicológicos.

Objetivos Específicos

- Aplicar el tratamiento adecuado a cada paciente.
- Que los pacientes logren analizar sobre su situación actual.
- Que los pacientes encuentren por si mismos la solución a sus problemas.

Actividades

- Detección de casos individuales
- Aplicación de pruebas proyectivas, test de la familia, test de la figura humana, test del árbol y test de la casa.
- Llevar registros en hojas de evolución.
- Fichas de registro, entrevistas.
- Investigación de casos.
- Elaboración de historias clínicas.
- Ejercicios de relajación, música terapia y aroma terapia.

Cronograma de actividades de casos individuales durante la Práctica Profesional Dirigida.

Fecha	Actividad	Recursos
19-05-2008	Atención de casos. Explicación de cómo mejorar la autoestima y conocer las etapas de la vida.	Material didáctico y equipo: <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Cuestionarios - Historias clínicas - Guías de observación - Fotocopias - Material escrito - Radio grabadora - Cds de música - Computadora - Tests - Humanos - Practicante - Paciente
26-05-2008	Atención de casos. Aprendizaje sobre el control de sentimientos.	
02-06-2008	Atención de casos Discusión acerca de el como mejorar la comunicación y tolerancia en el núcleo familiar.	
04-06-2008	Atención de casos Motivación para enfrentar el diario vivir, ejercicio de relajación y autoestima.	
09-06-2008	Atención de casos Discusión acerca de objetivos hacia la vida a corto plazo.	
16-06-2008	Atención de casos Ejercicios de relajación con aromaterapia.	
25-06-2008	Atención de casos Realización de ejercicios para el control de impulsos agresivos, relajación y motivación para enfrentar el diario vivir.	
2-07-2008	Atención de casos Ejercicios de como controlar mejor los sentimientos en general.	
07-07-2008	Atención de casos Ejercicios de relajación, música terapia, aromaterapia y desensibilización sistemática.	
14-07-2008	Atención de casos Explicación de cambios en la etapa adolescente, ejercicios de relajación, catarsis, aromaterapia y desensibilización sistemática.	
21-07-2008	Atención de casos Ejercicio de relajación, definición de cada tipo de violencia doméstica, aromaterapia y desensibilización sistemática.	

Fecha	Actividad	Recursos
28-07-2008	Atención de casos Ejercicios de relajación, desarrollo del tema motivacional, aromaterapia y desensibilización sistemática.	Material didáctico y equipo: <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Cuestionarios - Historias clínicas - Guías de observación - Fotocopias - Material escrito - Radio grabadora - Cds de música - Computadora - Tests - Humanos - Practicante - Paciente
4-08-2008	Atención de casos Psicoterapia cognitivo conductual, terapia racional emotiva, aromaterapia y desensibilización sistemática.	
6-08-2008	Atención de casos Psicoterapia cognitivo conductual, terapia racional emotiva, aromaterapia y desensibilización sistemática.	
25-08-2008	Atención de casos Psicoterapia cognitivo conductual, aromaterapia y músico terapia.	
27-08-2008	Atención de casos Psicoterapia cognitivo conductual, aromaterapia y ejercicios de relajación.	
01-09-2008	Atención de casos Psicoterapia cognitivo conductual, aromaterapia, desensibilización sistemática y cierre de caso.	
08-09-2008	Atención de casos Desensibilización sistemática.	
17-09-2008	Atención de caso Retroalimentación, discusión del tema violencia intrafamiliar y los tipos existentes.	

3.4.2 Programa de capacitación

Introducción

En el siguiente capítulo se presentan las actividades que se realizaron en el centro de práctica, con el objetivo de brindar información a la población acerca de temas importantes, así como fomentar valores y dar un crecimiento personal para poder defender sus derechos y cumplir con sus obligaciones.

Objetivo General

Informar a grupos de mujeres de áreas rurales en conjunto con la Defensoría Indígena del departamento de Chimaltenango acerca de temas relacionados a las problemáticas existentes en el país, así como tener conocimiento acerca de una autoestima equilibrada, los derechos de la mujer, cosmovisión maya, violencia intrafamiliar, la leyes que rigen el país y derechos de los pueblos indígenas.

Objetivo Específico

Capacitar y fortalecer a líderes comunitarias de distintas comunidades con el fin de expandir la información expuesta para el rescate de conocimientos sobre principios y valores fundamentados en la constitución política de la república de Guatemala, los acuerdos de paz y convenios internacionales.

Actividades

- Dinámicas
- Charlas
- Explicaciones
- Ejemplificación
- Lluvia de ideas
- Interacción con las participantes y formar grupos de trabajo.

Cronograma de actividades de capacitaciones durante la Practica Profesional Dirigida

Fecha	Actividad	Recursos
24-04-2008	<p>Presentación del Taller con el tema “Autoestima Equilibrada” a líderes de diferentes grupos de comunidades, de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.</p> <p>Talleres sobre Cosmovisión Maya, Derechos de la Mujer y Violencia Intrafamiliar; dinámicas, análisis, participación y presentación de grupos y evaluaciones.</p>	<p>Material didáctico y equipo.</p> <p>Carteles, mantas, hojas de papel, fotocopias, algodón, micrófonos, mesas, sillas, pizarra, marcadores, cinta adhesiva, tijeras, manteles, lapiceros, lápices, cámara fotográfica.</p> <p>Humanos:</p> <p>Practicante, Promotores,</p>
2-04-2008	<p>Presentación del taller “Autoestima Equilibrada” en la Municipalidad de San José Poaquil, evento realizado por apertura de la oficina para la Mujer, SOSEP con la participación de la Defensoría Indígena.</p>	<p>Jurídicos Mayas, Alcalde municipal de San José Poaquil y corporación municipal, representantes de Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente.</p>
13-05-2008	<p>Presentación del taller “Autoestima Equilibrada en la Mujer”, Derechos de la Mujer, Cosmovisión Maya y Violencia Intrafamiliar en la Aldea Choatalum, centro San Martín Jilotepeque.</p>	<p>Alcaldes Auxiliares, Juez de paz de San Juan Comalapa y asistentes.</p>

3.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Introducción

Este es un proyecto de salud mental donde están programadas varias actividades que ayudará a la población que se atenderá.

Objetivo general

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

Actividades

- Elaboración de plan
- Elaboración de volantes
- Inauguración de proyecto
- Atención de casos individuales
- Charlas grupales

Cronograma de actividades de proyecto de salud mental

Fecha	Actividad	Recursos
16 de agosto	Elaboración del plan	Hojas, lapiceros, escritorios, computadora
19 de agosto	Elaboración de volantes	Hojas, laptop
10 de agosto	Solicitud del centro donde se llevó a cabo el proyecto.	Entrevista, propuesta de plan
30 de agosto	Entrega de plan a catedrática	Proyecto
20 de septiembre	Aprobación del proyecto de salud mental	
22 de septiembre	Inauguración de la jornada con dinámicas vivenciales	Equipo de sonido
23 de septiembre	Atención de casos individuales	Escritorios, salón de reuniones
25 de septiembre	Clausura con charlas grupales	Equipo, laptop y cañonera.

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

Este capítulo presenta los resultados obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida, realizada en la Defensoría Indígena *Wajxaqib' No'j*, Con la atención de casos individuales, capacitaciones en áreas rurales de Chimaltenango y un proyecto de salud mental aplicado a jóvenes y adultos, para fomentar una buena salud mental y así tener un mejor estilo de vida.

4.1 Programa de atención de casos

A) Logros

- Resultados positivos de los casos resueltos en práctica.
- Se apoyó directamente al centro de práctica y comunidades de bajos recursos con atención psicológica.
- Los pacientes fueron informados de los efectos a corto y largo plazo a consecuencia de los problemas que padecían.
- Se notaron los cambios de conducta que experimentaron los pacientes atendidos.

B) Limitaciones

- Falta de tiempo por parte de pacientes para asistir a sus citas.
- Distancia para llegar al centro de atención.

C) Conclusiones

- Se apoyó a la población más vulnerable y de bajos recursos.
- Se detectó que la población atendida necesitaba apoyo psicológico.

- Se constató que los pacientes del área rural fueron más constantes y perseverantes durante su tratamiento que los del área urbana.
- Las personas que mas acudieron a solicitar ayuda psicológica en su mayoría fueron mujeres.

D) Recomendaciones

- Apoyar e informar a la población más vulnerable y de escasos recursos con problemas de salud mental.
- Implementar centros de apoyo comunitario para salud mental.
- Concientizar e incentivar a la población del área urbana a participar más en programas de apoyo psicológico.
- Impartir talleres, charlas, foros y jornadas educativas.

E) Muestra de cinco casos atendidos en el centro de práctica

Caso 1

Historia clínica

1. Datos generales

Nombre:	A. X.
Sexo:	Femenino
Escolaridad:	Quinto primaria
Edad:	12 años.
Religión:	Católica
Ocupación:	Estudiante
Nacionalidad:	Guatemalteca.
Dirección:	Aldea Choatalum Centro San Martín Jilotepeque
Referido por:	La madre.

2. Motivo de consulta

La madre de la paciente refiere estar muy preocupada por que la hija no le hace caso, no quiere ayudar en las tareas del hogar y se pelea mucho con sus hermanos y tiene bajo rendimiento escolar; le responde muy mal y casi siempre esta enojada.

3. Historia del problema actual

La madre de la paciente afirma que desde que el padre se marchó a trabajar a Estados Unidos empeoraron los problemas, porque asegura que el padre la sobreprotegía demasiado y que era muy apegada a él. El primer bimestre del año en curso perdió siete clases. Afirma la madre que actualmente se muerde muy fuertemente los labios, se pellizca las manos, se mantiene muy ansiosa, a veces triste, inquieta, y le ha dicho a la madre que se siente fea y ambas refieren sentirse solas sin apoyo del padre por estar este ausente. Refiere la paciente que la muerte de su hermano menor ha causa de un accidente, hecho ocurrido hace cuatro meses, ha sido un motivo que a contribuido al miedo incontrolable que le tiene a la muerte.

4. Historia personal

La madre de la paciente afirma que es negociante y ama de casa, también participa en su comunidad como promotora de salud, el padre trabaja en Estados Unidos actualmente, sus hermanos estudian. Es hija no deseada por el padre, de embarazo y parto normal y que el padre la abandonó durante todo el embarazo y regreso solo cuando la niña había nacido, y desde entonces la sobreprotegió demasiado.

5. Historia familiar

La madre de la paciente refiere que es miembro de un hogar desintegrado conformado por el padre, la madre, un hermano de 16 años, hermanas de 14, 10 y 7 años. La paciente refiere no llevarse bien con sus la madre y sus hermanos. Durante su infancia ha jugado con sus compañeras de la escuela así como con sus primos y primas de su misma edad, le ha gustado

jugar *foot ball* y *basket ball* entre otros juegos, el segundo grado de primaria lo repitió y actualmente durante el primer bimestre dejó siete clases.

6. Historia clínica

Según refiere la madre de la paciente, estar preocupada por que la niña en dos ocasiones ha presentado un miedo excesivo que le provoca sudor frío en las manos, temblor en el cuerpo, problemas para respirar y palpitaciones aceleradas, náusea y vómitos, sin ningún motivo, no tiene apetito últimamente y se mantiene de mal humor y la madre piensa que su comportamiento ha influido en el bajo rendimiento escolar y según refiere la paciente ha reaccionado de ésta forma , porque piensa que la madre podría morir en cualquier momento y también cuando escucha la sirena de alguna ambulancia y asegura tenerle miedo a los hospitales, esto le provoca más angustia y comienza a llamar desesperadamente a la madre.

7. Examen mental

- a) Apariencia: Muy delgada.
- b) Actitud: Regular.
- c) Conducta: Muy ansiosa.
- d) Lenguaje: Fluido.
- e) Curso de pensamiento: Continuo.
- f) Contenido del pensamiento: Oseoso.
- g) Humor: Triste
- h) Memoria: Adecuada
- i) Afecto: Adecuado.
- j) Control de impulsos: Regular.
- k) Orientación: Tiempo, lugar y espacio.
- l) Capacidad de *insight*: Adecuado.
- m) Inteligencia o información: Normal

8. Criterios diagnósticos

- Mala relación con la madre y con sus hermanos.
- Baja autoestima.
- Problemas para respirar, palpitaciones aceleradas.
- Tristeza y desánimo.
- Sudor frío de las manos.
- Sin ganas de realizar ninguna actividad.
- Inquieta.
- Se muerde fuertemente los labios.
- Ansiedad.

9. Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno de ansiedad, pag. (80). Con crisis de angustia.

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Sin diagnóstico.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (pag.822) y objeto de atención clínica.
No tiene buena relación con la madre y sus hermanos.

Eje V: EEAG 60-51

10. Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad por fobia social, la paciente no cumple con los criterios de este trastorno. Excepto por temor a recuerdos relacionados al evento traumático, por ausencia del padre y muerte accidental de su hermano menor.

11. Pronóstico

La paciente puede mejorar con ayuda profesional psicológica.

12. Plan terapéutico

- Psicoterapia cognitivo conductual
- Material para lectura
- Tareas en casa
- Ejercicios de relajación
- Desensibilización sistemática
- Análisis de temas relacionados

13. Pruebas a aplicar

- Test de la figura humana.
- Test de la familia.
- Test del árbol.
- Test de autoestima.

Caso 2

1. Datos generales

Nombre: C. X.
Fecha de nacimiento: 17 de junio de 1992
Edad: 16 años
Grado: 3ro Básico
Ocupación: Estudiante
Nacionalidad: Guatemalteco
Religión: Católica
Dirección: Choatalum Centro San Martín Jilotepeque

2. Motivo de consulta

El paciente afirma que tiene bajo rendimiento escolar y está pensando en abandonar la escuela porque sus ingresos familiares son muy bajos y siendo el hijo mayor y único hombre se siente responsable por su familia y quiere trabajar para aportar económicamente, asegura sentirse ansioso y con cambios del humor.

3. Historia del problema actual

El paciente refiere sentirse muy preocupado por la madre, porque asegura que la ve muy enferma y deprimida y que él piensa que siendo “el hombre de la casa no” esta cumpliendo con su papel porque no esta aportando económicamente para el sustento en el hogar, asegura que cuando el padre se marchó a trabajar a Estados Unidos le dijo que él era el responsable de sus hermanas y que las cuidara mucho, así como a la madre, asegura estar muy enojado con el padre porque no les está enviando dinero y él prometió que lo iba a hacer. Él y su familia están pasando por escasez económica y además de eso hace cuatro meses falleció accidentalmente su hermano menor. Todos los hermanos se pelean entre sí, él dice que ya no soporta esa situación y que no puede concentrarse en sus estudios, le cuesta dormir, asegura que los problemas se agravaron hace más o menos cuatro meses cuando su hermano menor falleció debido a una caída y lesión sufriendo un severo trauma craneal que le provocó la muerte. Refiere que le gustaría que su padre regresara porque ahora es cuando él lo necesita más y siente que es mucha la responsabilidad de ocuparse de todas sus hermanas, la madre siempre le impone corregir violentamente a sus hermanas, cuando no le hacen caso, pero a él le da pena hacerlo porque siente que esa es responsabilidad de sus padres y no de él. Piensa que algún día podría necesitar de alguna de ellas y le daría mucha pena que recordaran lo violento que fue. Y por otro lado siente que tiene que obedecer a la madre.

4. Historia personal

El paciente afirma ser el hijo mayor de seis hermanos, único varón. Su infancia fue normal, se sintió muy querido por la madre, jugaba con vecinos y amigos de su escuela así como con sus hermanas, actualmente sale con amigos de su misma edad en sus ratos libres.

5. Historia familiar

El paciente refiere que proviene de un hogar desintegrado en donde el padre era alcohólico, y los ha abandonado varias veces y que tiene otra mujer. Solamente la madre ha sido responsable. No se lleva muy bien con el padre y las hermanas a excepción de su hermana de 14 años y con su abuela materna tíos y tías, tiene hermanas de 12, 10 y 7 años todos estudian; la madre tiene 36 años y se ha dedicado a negociar, es ama de casa, también reciben ayuda de algunos proyectos que los apadrinan otorgándoles víveres y ropa, por otro lado él apoya con tareas de siembra en el campo.

6. Historia clínica

El paciente refiere que no ha podido dormir bien desde que su hermano menor falleció, dice sentirse muy triste, pero que no lo expresa frente a su familia, principalmente ante la madre y está muy preocupado por la falta de recursos económicos para cubrir las necesidades del hogar y al ver a la madre muy triste y preocupada por la situación, él ha decidido dejar de estudiar para irse a trabajar y apoyar económicamente en el hogar, porque asegura que el padre no les está enviando dinero.

7. Examen mental

- a) Apariencia: Delgado
- b) Actitud: De cooperación
- c) Conducta: Un poco tímido
- d) Lenguaje: Adecuado
- e) Curso de pensamiento: Continuo

- f) Contenido del pensamiento: Adecuado
- g) Inteligencia información: Normal
- h) Control de impulsos: Regular
- i) Orientación: tiempo lugar y persona
- j) Capacidad de juicio crítico: Inadecuado
- k) Capacidad de *insight*: Adecuado
- l) Memoria: Adecuada

8. Criterios diagnósticos

- Mala relación con sus hermanas y padre
- Baja Autoestima
- Problemas para dormir
- Frustración
- Mal humor
- Tristeza

9. Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno del estado de ánimo no especificado (pag.459)

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG: 60 – 51

10. Diagnóstico diferencial

Problemas económicos, el paciente no cumple con los criterios del trastorno, excepto por ayuda socioeconómica insuficiente.

Pronóstico

Se pronostica que el paciente puede mejorar con ayuda profesional psicológica.

11. Plan terapéutico

- Terapia cognitivo conductual.
- Realizar tareas en casa: lectura de material relacionado al problema que enfrenta
- Tareas ocupacionales.

12. Pruebas a aplicar

- Test de la figura humana.
- Test AMP
- Test del árbol.
- Medición de la ansiedad

Caso 3

1. Datos generales

Nombre: M. C.
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada (separada actualmente)
Escolaridad: Primero primaria
Edad: 36 años.
Religión: Católica
Ocupación: Comerciante
Dirección: Aldea Choatalum Centro San Martín Jilotepeque

2. Motivo de consulta

La paciente expresa que no tiene ánimos ni fuerza necesaria para atender a sus hijos, ni asistir a reuniones y que se mantiene muy triste y llora sin razón y desea no vivir más, además de tener

problemas para conciliar el sueño durante la noche, asegura sentir dolores de cabeza, mareada, sin apetito y dolor abdominal.

3. Historia del problema actual

La paciente refiere que el último médico que la evaluó le recomendó que buscara ayuda psicológica porque el no podía hacer nada por ella. La paciente manifiesta que hace 4 meses falleció su hijo menor de 4 años accidentalmente a consecuencia de una caída que le provocó golpes severos internos en el cerebro, ella asegura sentirse culpable porque según ella pudo haber evitado el trágico evento.

4. Historia familiar

Manifiesta la paciente que proviene de un hogar desintegrado, primer hija de una madre soltera, la familia nuclear la constituye la madre, tres hermanas de 31, 29 y 27 años y un hermano de 25 años. La relación con sus hermanos es buena, con la madre no hay buena comunicación debido a problemas que han tenido debido a que asegura haber sufrido maltrato infantil, así como abandono, asegura que la madre siempre que intentan comunicarse la hace sentir mal. La madre se dedica a cuidar a sus nietos, hijos de sus hermanos. Su situación económica siempre fue pobre, a la edad de siete años un grupo guerrillero ingresó a la aldea donde ella vivía y se los llevaron para la montaña para que la madre cocinara y luego de un tiempo regresaron a la aldea donde vivió parte de su adolescencia. Afirma que quiere a su abuela porque ella se encargó de ella cada vez que la madre la abandonaba a ella y a sus hermanos, afirma que conoció al padre de vista y que hace poco tiempo falleció, su hermano y hermanas son hijos de diferentes padres, afirma la paciente que actualmente viven en el mismo terreno sólo que en diferentes casas con sus hermanos y madre.

5. Historia personal

La paciente afirma que fue producto de un embarazo no deseado, de padre alcohólico y de madre soltera, y que el parto fue normal atendido por una comadrona, asegura que la abuela materna de

encargó de ella en casi toda su infancia y adolescencia porque la madre se marchaba abandonándola a ella y a sus hermanos.

En su infancia refiere haber jugado a veces con otros niños de su edad de tonta y objetos que en el campo hay como hojas, troncos, etc., asegura que la abuela le dijo que caminó al año y medio y que de 9 años, la inscribió dos años en la escuela pero el segundo año no lo pudo terminar por razones de bajos ingresos económicos, por otro lado asegura que parte de su niñez y adolescencia se dedicó de lleno a cuidar a su hermanos menores porque la madre los dejó y luego ella se marchó a trabajar a unas fincas en la costa sur. A los 16 años se fue a vivir con su novio de 19; de adulta concibió un hijo pero a los ocho meses de nacido falleció a causa de una bronquitis, y que por causas de muy bajos recursos económicos y problemas de alcoholismo y por ser víctima de violencia por parte de su pareja lo abandonó y se marchó a trabajar a la ciudad capital de empleada doméstica, donde conoció a quien es el padre de sus seis hijos, los cuales corresponden a las edades de 16, 14, 12, 10, 7 y un niño menor de 4 años que falleció recientemente, con quien es casada. La paciente refiere haber padecido de gastritis, dolor abdominal, muchos cólicos, dificultad para respirar, dolor en el pecho y por otro lado asegura que sus partos han sido normales, a excepción del último que fue embarazo de alto riesgo y que por lo mismo su hijo padeció de problemas respiratorios.

6. Examen mental

- a) Apariencia: Muy delgada, descuido en su apariencia personal.
- b) Actitud: De cooperación.
- c) Conducta: Muy ansiosa.
- d) Lenguaje: Fluido, volumen muy fuerte y demasiado rápido.
- e) Curso de pensamiento: Continuo.
- f) Contenido del pensamiento: Ideas de morir, percepciones inadecuadas.
- g) Humor: Triste y deprimido.
- h) Memoria: Adecuada.
- i) Afecto: Adecuado.
- j) Control de impulsos: Regular

k) Orientación: Tiempo, lugar y espacio.

l) Capacidad de *insight*: Adecuado

m) Inteligencia o información: Normal

7. Criterios diagnósticos

- Mala relación con la madre y con sus hijas mujeres.
- Baja autoestima.
- Problemas para dormir.
- Problemas digestivos.
- Dolores de cabeza y abdomen.
- Problemas para respirar.
- Tristeza y desánimo.
- Sin ganas de realizar ninguna actividad.
- Dolor en el pecho

8. Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno del estado de ánimo: Depresión moderada

Eje II: Sin Diagnóstico

Eje III: Sin Diagnóstico

Eje IV: Problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Duelo v 62.82

Eje V: EEAG 60-51

9. Diagnóstico diferencial

Trastorno por estrés postraumático F.43.1

La paciente no cumple con los criterios de éste trastorno, excepto la similitud de los síntomas y su prevalencia.

10. Pronóstico

Se pronostica que la paciente puede mejorar con ayuda profesional psicológica.

11. Plan terapéutico

- Psicoterapia racional emotiva
- Tareas en caso como trabajos manuales, costuras, material de lectura
- Ejercicios de relajación y caminar en las mañanas

12. Pruebas a aplicar

- Test de la figura humana.
- Test del árbol.
- Medición de estrés.
- Test de autoestima.

Caso 4

1. Datos generales

Nombre: M. T.
Sexo: Femenino
Estado civil: Casada (separada actualmente)
Escolaridad: Ninguna
Edad: 42 años.
Religión: Mormona
Ocupación: Empleada doméstica
Referido por: Departamento jurídico de la Defensoría Indígena.

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que está teniendo problemas muy serios con su esposo por haberlo demandado por pensión alimenticia y a la vez estar sufriendo violencia psicológica y verbal por parte de la madre de ella.

3. Historia del problema actual

La paciente refiere que el esposo la sacó de la casa donde vivían a sus hijos y a ella cuando ella se enteró que él tenía una relación sentimental con otra mujer (esto pasó a finales del mes de octubre del año 2007). Afirma haber sufrido maltrato físico, psicológico y verbal por parte de su pareja, así como por parte de la compañera sentimental del mismo.

La paciente refiere que por ser víctima de violencia intrafamiliar decidió entablar una demanda en el Ministerio Público y Defensoría Indígena de Chimaltenango solicitando pensión alimenticia para sus hijos, por otro lado afirma estarla pasando muy mal económicamente.

Actualmente la paciente afirma estar viviendo con la madre pero se queja que ella constantemente le reprocha el lugar que están ocupando y que la trata muy mal a ella y a sus hijos y le pidió que busquen otro lugar para vivir por que ella ya no soporta el ruido que ocasionan los niños y además por el gasto, también la hermana menor de la paciente ya le pidió que se vayan porque ella estudia y no quiere tener mas gente viviendo allí; la paciente refiere que a raíz de todo esto ha estado sufriendo dolores de cabeza, gastritis y dolores en el vientre.

4. Historia personal

La paciente refiere que nació en su casa de habitación y la madre fue atendida por una comadrona en Chimaltenango, su situación económica ha sido pobre desde su nacimiento; ella recuerda que desde los siete años comenzó a trabajar de empleada doméstica en una casa porque afirma que siendo ella la mayor de todos sus hermanos le tocaba que cuidarlos y a ella no le gustaba hacerlo, entonces prefería trabajar fuera de casa y que nunca asistió a la escuela por falta de tiempo y recursos económicos, la madre le ha contado que caminó al año de edad y que fue una niña sana.

De adolescente refiere que continuaba trabajando fuera de casa y que ella se sentía feliz porque ganaba su propio dinero y aportaba económicamente a la familia y que a los 18 años tuvo su primer novio y comenzó su vida sexual concibiendo a un hijo varón que dio a luz a los 19 años, pero su novio al enterarse que ella estaba embarazada la abandonó y no se quiso hacer

responsable de nada. De adulta a los 27 años afirma que se casó con un joven que conoció y que convivieron 13 años y procrearon 4 hijos, actualmente tienen las edades de: varón de 12 años, niñas de 11, 5 y 1 año y 5 meses. Actualmente refiere la paciente que se dedica a oficios domésticos en casas ajenas.

5. Historia familiar

La paciente refiere que proviene de un hogar integrado, de clase socioeconómica humilde, formada por padre, madre, dos hermanas de 18 y 23 años y dos hermanos de 26 y 30 años, la madre es ama de casa; la paciente afirma llevarse bien con toda su familia, a excepción de la madre y hermana menor, refiere que sus hermanas son solteras y los varones casados, el padre se dedicaba a la agricultura y recientemente falleció.

6. Historia clínica

Hija primogénita de un hogar integrado. La paciente refiere estar atravesando una situación de escasez económica y por lo mismo dice que se mantiene de mal humor y no se esta llevando muy bien con la madre y la hermana con quienes vive actualmente, refiere estar muy preocupada por que esta padeciendo de problemas de salud como dolores de cabeza, problemas gástricos y abdominales, así como una infección urinaria, esta en tratamiento actualmente; pero afirma que por momentos no puede trabajar por las molestias que siente y los efectos secundarios de los antibióticos que esta tomando.

Por otro lado los abogados que llevan su caso refieren que en las entrevistas solo se dedica a llorar y ellos la ven muy mal.

7. Examen mental

- a) Apariencia: Descuidada en apariencia personal.
- b) Actitud: De cooperación.
- c) Conducta: Intranquila.
- d) Lenguaje: Fluido.

- e) Curso de pensamiento: Continuo.
- f) Contenido del pensamiento: Ideas de desesperación.
- g) Humor: Triste y deprimido.
- h) Memoria: Adecuada.
- i) Afecto: Adecuado.
- j) Control de impulsos: Regular
- k) Orientación: Tiempo, lugar y espacio.
- l) Capacidad de *insight*: Adecuado
- m) Inteligencia o información: Normal

8. Criterios diagnósticos

- Mala relación con la madre y hermana menor.
- Mala relación con el esposo.
- Desesperación.
- Dolores de cabeza y vientre.
- Tristeza.
- Problemas gástricos.

9. Evaluación multiaxial

Eje I: Sin diagnóstico

Eje II: Sin diagnóstico.

Eje III: Enfermedades médicas.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo por mala relación con la madre y hermana menor.

Eje V: EEAG 80 – 71

10. Diagnóstico diferencial

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica excepto que los problemas en éste son más graves.

11. Pronóstico

Se pronostica que la paciente puede mejorar con ayuda profesional psicológica.

12. Plan terapéutico

- Terapia de la *Gestalt*
- Psicodrama
- Terapias ocupacionales

13. Pruebas a aplicar

- Test de la figura humana.
- Test de la familia.
- Test del árbol y autoestima.

Caso 5

1. Datos generales

Nombre: P. C.

Sexo: Femenino

Estado civil: Madre soltera.

Escolaridad: Universitaria

Edad: 23 años.

Religión: Testigo de Jehová

Etnia: Indígena

Ocupación: Asesora de una organización no gubernamental

Dirección: Barrio la Barranca, San Andrés Semetabaj, Sololá

2. Motivo de consulta

Refiere la paciente que “Se siente rechazada”, por su familia y principalmente por una tía y abuela materna.

3. Historia del problema actual

La paciente afirma que su familia no la perdona porque ella es madre soltera porque había estado saliendo recientemente con el padre de su hijo estando éste casado pero que hace dos meses conoció a un hombre 25 años mayor que ella y que ella se siente actualmente muy feliz con esa nueva relación y por tal motivo la abuela materna y la tía quienes la criaron desde que nació no le dirigen la palabra actualmente y ella afirma sentirse muy triste a causa de ello.

4. Historia personal

La paciente afirma que desde el primer día de nacida la abuela materna se la quitó a la madre biológica y fue criada por la misma así como por sus tías y tío, motivo por el que la madre le era infiel a su esposo. De niña afirma haberse sentido un poco triste y resentida con sus padres, pero que siempre mantuvo una relación con ellos, y que siempre sintió que la tía menor sentía celos hacía ella, pero que los demás la querían mucho y que le compraba casi todo lo que a ella le gustaba, que ha jugado con amiguitas de su misma edad. En su adolescencia refiere no le daban permiso de salir con sus amigas, ir a excursiones y a cualquier actividad de la escuela, al graduarse de maestra de primaria decidió trabajar en su profesión y a los 21 años resultó embarazada de su novio, pero que éste al enterarse la abandonó y ella dice que tuvo que irse a vivir a la casa de sus padres biológicos, porque la abuela y tía la sacaron de la casa. Luego refiere que le otorgaron una beca de estudios para la Universidad del Valle, donde sacó 4 semestres de la carrera de Antropología, afirma que iba muy bien, pero que volvió con el padre de su hijo y él le pidió que dejara de estudiar y ella lo hizo. Actualmente esta trabajando para una organización no gubernamental.

5. Historia familiar

La paciente refiere que proviene de un hogar disfuncional, siendo ésta la hija mayor madre soltera, su hijo tiene 2 años; tiene dos hermanos uno de 20 y 18 años solteros ambos, el padre tiene 52 y la madre 47 años. La paciente refiere que desde dos días de nacida ha vivido con su abuela paterna quien tiene 65 años, así como con sus dos tías y un tío dos están casados actualmente y una soltera de 40 años.

6. Historia clínica

La paciente refiere que desde niña ha vivido con sus abuelos paternos pero que hace dos años dio a luz a un niño, pero que desde entonces la abuela y la tía la sacaron de la casa porque el padre del niño no se hizo responsable de nada, y ella se fue a vivir con los padres biológicos, pero, afirma que le ha costado mucho adaptarse a su familia y lo que más le preocupa es que la abuela y la tía la ignoran completamente y ella lo que más desea es que la perdonen, por otro lado asegura que ha hecho todo lo posible por acercarse a ellas; aunque asegura haber conocido un hombre muy especial para ella pero cada día que pasa ella se siente muy triste porque no tiene el apoyo de la abuela y tía.

7. Examen mental

- a) Apariencia: Pasada de peso normal.
- b) Actitud: De cooperación.
- c) Conducta: Muy ansiosa.
- d) Lenguaje: Fluido.
- e) Curso de pensamiento: Continuo.
- f) Contenido del pensamiento: Percepciones inadecuadas.
- g) Humor: Preocupado.
- h) Memoria: Adecuada.
- i) Afecto: Adecuado.
- j) Control de impulsos: Regular

- k) Orientación: Tiempo, lugar y espacio.
- l) Capacidad de *insight*: Adecuado
- m) Inteligencia o información: Normal

8. Criterios diagnósticos

- Baja autoestima.
- Problemas digestivos.
- Ansiedad
- Llama la atención saliendo con hombres casados.

9. Evaluación multiaxial

Eje I: Sin diagnóstico.

Eje II: Trastorno de la personalidad por dependencia. (765), F. 60.7

Eje III: Sin diagnóstico.

Eje IV: Sin diagnóstico.

Eje V: 80- 71

10. Diagnóstico diferencial

Trastorno límite de la personalidad. Excepto por temor al abandono.

11. Pronóstico

Se pronostica que la paciente puede mejorar con ayuda profesional psicológica.

12. Plan terapéutico

Psicoterapia cognitivo conductual, tareas para realizarlas en casa, material de lectura y análisis de temas aprendidos.

13. Pruebas a aplicar

- Test de la figura humana.
- Cuestionario de personalidad.

- Test de la autoestima.
- Test de la familia.
- Test del árbol.

4.2 Programa de capacitación

A) Logros

- Se brindó apoyo a la población con talleres de capacitación llegando asta sus comunidades,
- Se trabajó en conjunto con la Institución apoyando con material didáctico y de apoyo.
- Se dio a conocer la importancia de la psicología entre la población más necesitada.

B) Limitaciones

No se pudo cubrir otras comunidades por falta de transporte y recursos económicos.

C) Conclusiones

- La capacitación impartida en áreas rurales de la cabecera departamental de Chimaltenango fueron muy gratificantes y bien recibidas por las participantes.
- Se pudo trabajar en conjunto con la institución que brindo el espacio para la realización de la practica profesional dirigida.
- Se interactuó con las participantes por medio de dinámicas.
- En los tres talleres de capacitación se impartió el mismo tema de autoestima a petición de la Institución debido a que nunca se había dado a conocer a los consejos de mujeres y comunidades.

D) Recomendaciones

- Realizar más talleres en áreas rurales y necesitadas.
- Aportar más conocimientos con relación a la problemática de dominancia masculina.
- Presentar las leyes existentes en Guatemala.

Talleres dados

“Autoestima equilibrada”

Taller 1

Dirigido a: líderes de diferentes grupos de mujeres de comunidades, de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, San José Poaquil y consejo de Mujeres Indígenas en aldea Choatalum, San Martín Jilotepeque

Objetivo

Capacitar a las encargadas de grupos comunitarios de San Martín Jilotepeque, San José Poaquil y Choatalum, para que estas expandan la información recibida y nueva conocimiento a sus comunidades.

Agenda

Fecha:	Actividades:	Hora	Recursos
24 de abril del año 2008.	Dinámica rompehielo.	11:00 a 11:15am	Material didáctico y equipo.
	Introducción de tema y sub-temas.	11:15 a 11:20am	
	Desarrollo de tema principal y sub-temas.	11:20 a 12:20pm	
	Lluvia de ideas.	12:20 a 12:35pm	
	Lectura de declaración de mi autoestima	12:35 a 12:45pm	
	Conclusión y despedida.	12:45 a 12:50pm	

“Autoestima equilibrada”

Taller 2

Dirigido a: integrantes de la secretaria de obras sociales de la esposa del presidente (SOSEP).

Objetivo

Dar a conocer la importancia del tema de autoestima a los y las participantes y en colaboración a la apertura de la oficina (SOSEP)

Taller de Autoestima equilibrada realizado

Fecha:	Actividades:	Hora	Recursos
29 de abril del año 2008.	Dinámica rompehielo.	11:00 a 11:15am	Material didáctico y equipo.
	Introducción de tema y sub-temas.	11:15 a 11:20am	
	Desarrollo de tema principal y sub-temas.	11:20 a 12:20pm	
	Lluvia de ideas.	12:20 a 12:35pm	
	Lectura de declaración de mi autoestima	12:35 a 12:45pm	
	Conclusión y despedida.	12:45 a 12:50pm	

“Autoestima equilibrada”

Taller 3

Dirigido a: mujeres de diferentes grupos de la aldea de Choatalum Centro San Martín Jilotepeque y sus alrededores.

Objetivo

Informar y hacer conciencia a la población la importancia que tiene la autoestima en el ser humano.

Taller de autoestima equilibrada realizado

Fecha:	Actividades:	Hora	Recursos
13 de mayo del año 2008.	Dinámica rompehielo.	11:00 a 11:15am	Material didáctico y equipo.
	Introducción de tema y sub-temas.	11:15 a 11:20am	
	Desarrollo de tema principal y sub-temas.	11:20 a 12:20pm	
	Lluvia de ideas.	12:20 a 12:35pm	
	Lectura de declaración de mi autoestima	12:35 a 12:45pm	
	Conclusión y despedida.	12:45 a 12:50pm	

Dinámicas

Dinámica 1 " El semáforo "

Dirigido a: lideresas de diferentes grupos de comunidades de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango.

Fecha: 24 de abril del año 2008.

Objetivo

Incentivar a las participantes a interactuar y presentarse entre ellas.

Actividad

Se les dio las instrucciones para llevar a cabo la dinámica: conformaron grupos de personas de acuerdo a las instrucciones dadas.

Seguidamente el número de personas incrementaba y quienes quedaban sin grupo eran descalificadas, por otro lado cada grupo se identificaba con los colores: azul, rojo y verde.

Observaciones

Desde el momento de la actividad las participantes entraron en confianza y comenzaron a comunicarse entre ellas.

Conclusión

Algunas de las participantes expresaron que nunca habían participado en una dinámica y se sentían muy animadas.

Dinámicas 2 “poporopos”

Dirigido a: integrantes de la secretaria de obras sociales de la esposa del presidente (SOSEP).

Fecha: 29 de abril del año 2008.

Objetivo

Animar a los y las participantes a interactuar entre sí.

Actividad

Para llevar a cabo esta dinámica se dieron ciertas instrucciones a los participantes. Cuando el instructor dijera poporopos las personas tenían que caminar sin sentido luego el instructor les indicaba grupos de cuantas personas debían de conformar. Las personas que se quedaban sin grupo se iban descalificando.

Observaciones

Había muy pocos varones y no se sentían muy cómodos al principio de la actividad, pero al final expresaron sentirse en confianza y participaron.

Conclusión

Los participantes después de la dinámica tuvieron más interacción entre ambos sexos.

Dinámica 3 "La Selva "

Dirigido a: Mujeres de diferentes grupos de la aldea de Choatalum Centro San Martín Jilotepeque y sus alrededores.

Fecha: 13 de mayo del año 2008.

Objetivo

Animar a los y las participantes a interactuar entre sí.

Actividad

Para llevar a cabo esta dinámica se dieron ciertas instrucciones a los participantes. Cuando el instructor dijera agrúpense, cierto número de animalitos, los participantes tenían que hacerlo inmediatamente de lo contrario pasaban al frente a realizar una penitencia.

Observaciones

Se pudo notar que había mujeres de la tercera edad que estaban entusiasmadas y participaban al igual que las jóvenes.

Conclusión

Las participantes expresaron su agradecimiento a esta actividad.

Las mujeres de la tercera edad afirmaron que nunca habían participado en una dinámica, pero que se sentían muy entusiasmadas por dicha actividad.

Una autoestima equilibrada

Es el sentimiento valorativo del ser, de la manera de ser, de quien se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. Según como se encuentre la autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada y positiva del ser mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir", no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa "por ocasionar molestias".

Baja autoestima

Enfoca a la persona hacia la derrota y el fracaso, son sentimientos no resueltos, aunque no siempre se es consciente de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo el enojo se vuelve contra la persona misma. Cuando el individuo no logra ser auténtico se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, depresión, neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicósomáticos.

Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes negativos que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran.

Cuando las personas tienen baja autoestima a menudo se sienten sin fuerzas, débiles, solas, tristes, impotentes y minusválidas, lo que causa problemas sociales ya sea en la familia, en los

estudios, en el trabajo y en algunos casos se involucran al consumo de drogas, delincuencia, embarazos no deseados, prostitución, etc.

Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a casi nada.

Como se forma la autoestima

Según investigaciones científicas recientes afirman que desde que el ser humano esta en el vientre de la madre ya percibe el rechazo o el amor para él o ella todo lo positivo o negativo queda en el inconsciente, la persona conforme va creciendo forma su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes. Algunos de los aspectos ya mencionados son incorporados, a la familia, por medio del "Modelo" que la sociedad presenta. La formación de la autoestima depende mucho del ambiente familiar en el que se este y los estímulos que este le brinde. Por ejemplo una niña que ha sido marginada y rechazada por ser mujer su autoestima será muy desequilibrada porque crecerá pensando que no vale nada como persona y siempre lo creerá

La familia

En la violencia familiar las víctimas y los victimarios poseen muy baja autoestima, ya que por un lado, la víctima es alguien al que maltratan sin que ésta pueda poner límites y no se da cuenta de que está siendo abusada. Por otro lado, los victimarios compensan lo inferior que se sienten, maltratando y abusando, en este caso de un familiar.

En el momento en que la persona afectada es adulta, transmitirá la humillación o el maltrato a personas más pequeñas o vulnerables. Es una cadena hereditaria de abuso y poder, ya que el

desprecio y la vergüenza vivida en la infancia son la fuente de los problemas que afectan en la vida adulta y los causantes de la baja autoestima.

La autoestima y la comunicación están muy relacionadas, porque según como se diga algo, el efecto será positivo o negativo, de aprendizaje o de resentimiento, que se transmite desde la infancia hacia el futuro.

"Lo primero que habría que entender es que no se puede hacer cargo toda la vida de los problemas que amargaron o hicieron de los padres y madres personas mártires o dictadoras. Basta con empezar a investigar de que manera afectan esas actitudes, para comenzar a liberarse de sus efectos y no repetir nada de esto con los propios hijos e hijas, con los alumnos, con cualquiera de los chicos o chicas que puedan estar alrededor o cuidado.

Actitudes o posturas habituales que indican autoestima baja

- Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.

Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; hecha la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.

- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo, auto exigencia esclavizadora de hacer "Perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.
- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supe crítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.

- Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

Características de la autoestima positiva

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros le parece mal lo que halla hecho.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que ha ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.
- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

Lectura: “Yo soy yo”

En todo el mundo, no hay nadie exactamente como yo. Hay personas que tienen algunas partes que se parecen a mí, pero nadie es idéntico a mí, por lo tanto, todo lo que sale de mí es auténticamente mío porque yo sola lo elegí.

Todo lo mío me pertenece mi cuerpo, incluyendo todo lo que este hace; mi mente, incluyendo todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo las imágenes que perciben; mis sentimientos, cualesquiera que éstos puedan ser- coraje, alegría, frustración, amor, desilusión, excitación; mi boca, y todas las palabras que salgan de ella, agradables, dulces o bruscas, justas o injustas; mi voz, fuerte o suave; y todos mis actos, sean éstos para otros o para mí misma.

Me pertenecen mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores. Me pertenecen todos mis triunfos y éxitos, todos mis fracasos y errores. Porque todo lo mío me pertenece puedo llegar a familiarizarme íntimamente conmigo misma. Y al hacer esto puedo amarme y aceptarme, y aceptar todas las partes de mi cuerpo.

Entonces puedo hacer posible que todo lo que me pertenece trabaje para lograr lo mejor para mí. Sé que hay aspectos de mí misma que me confunden, y otros que no conozco. Pero mientras me conozca y me ame puedo buscar valerosamente y con esperanza la solución a mis confusiones y la forma de conocerme más. La forma como luzca, como suene para los demás, lo que diga o haga, lo que piense y sienta en un momento determinado, soy yo. Esto es auténtico y representa donde estoy en este momento.

Cuando más adelante analice cómo lucía y sonaba, lo que dije e hice, y cómo pensé y sentí, algo parecerá no encajar.

Puedo descartar lo que parece no encajar, y conservar lo que si encajó, e idear algo nuevo para reemplazar lo que descarté. Puedo ver, oír, sentir, pensar, hablar y actuar. Tengo los instrumentos para sobrevivir, para acercarme a los demás, para ser productiva y para hacer sentido y sacar del mundo a las personas y cosas ajenas a mí. Me pertenezco y por lo tanto puedo manejarme. Yo soy yo Y yo estoy bien

4.3 Proyecto de salud mental

A) Logros

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

B) Limitaciones

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

C) Conclusiones

- Hacer este proyecto fue de beneficio mutuo, ya que tanto las personas como los estudiantes de psicología aprendieron de la aplicación de la psicología. Para resolver o minimizar los efectos de los trastornos emocionales.
- La población de San Martín necesita apoyo psicológico inmediato, ya que por medio de las actividades los estudiantes de psicología se dieron cuenta de dicha necesidad

D) Recomendaciones

- Se recomienda a las instituciones encargadas de la salud mental, promover más proyectos para apoyo de los habitantes de San Martín.
- Que las personas de San Martín aprendan a buscar el recurso de la psicología para desarrollar su potencial personal.

E) Presentación del proyecto de salud mental

Información general

Nombre del proyecto

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

Área en donde se implementó

Municipio de San Martín Jilotepeque.

Área de intervención del proyecto

Área urbana del municipio de San Martín Jilotepeque

Introducción

Debido a la necesidades de tener una buena salud mental en la población del municipio de San Martín Jilotepeque, un grupo de estudiantes de la carrera de psicología emprendieron a realizar una jornada para promover la salud mental en los habitantes de dicho municipio por medio de diversas actividades tales como talleres, charlas, terapias grupales, dinámicas deportivas, trifoliales, afiches, anuncios, etc.

Medios de verificación

Los resultados y actividades a ejecutar en el proyecto se verificaran mediante la presentación del proyecto a la catedrática del curso de práctica supervisada, adjuntando el plan de actividades.

Justificación del proyecto

Se realiza dicho proyecto porque la mayoría de las personas aun no concientizan sobre la importancia de mantener una adecuada salud mental como base a la sobre vivencia de la vida. Y de esta manera prevenir a la población de consecuencias que más adelante traerían los problemas no resueltos adecuadamente.

Contenido de talleres proyecto de salud mental

“Normas de cortesía”

Es el conjunto de actos que realiza una persona para manifestar atención, respeto o afecto a otra persona. Hoy en día las normas de cortesía se han ido perdiendo por parte de los (as) niños (as) y los (as) jóvenes con actitudes como:

- No saludar.
- Olvidarse de las personas de más edad o de las damas en los buses.
- Ignorar a quien necesita ayuda.
- La falta de respeto a las autoridades o a las personas de mayor edad.

Importancia de las normas de cortesía

El practicar las normas de cortesía ayudará a:

- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Mostrar respeto y consideración hacia otros.

Al mejorar las relaciones interpersonales y al mostrar respeto y consideración hacia otros esto logrará que se viva en un país donde cada persona pueda poner en práctica los valores como hábito diario y no como una imposición, logrando tener una sociedad donde todos se respeten y se valoren.

Ámbitos donde se pueden poner en práctica las normas de cortesía

- En la casa.
- En la calle.
- En la mesa.
- En el ascensor.
- En el centro de estudios o de trabajo.
- En las escaleras.

Sugerencias de normas de cortesía

- Decir buenos días, buenas tardes o buenas noches.
- Ceder el asiento a alguien de más edad o a una dama.
- Sostener abierta la puerta para que entre la persona que viene detrás.
- Presentar a la persona con la que se esta, cuando otra se acerca a hablar.
- Acercarse a saludar a las personas mayores o de más autoridad.
- Ayudar a alguien que viene cargando algo pesado.
- En el ascensor el hombre es el primero en entrar en el ascensor. Al salir, será la mujer la que lo haga en primer lugar.

“Autoestima comportamiento y valores”

La autoestima es una habilidad en la que se es el actor principal, es un concepto interno en el que el individuo decide, es una responsabilidad en la que él mismo tiene la última palabra.

¿Cómo favorecer la autoestima?

Se puede favorecer de múltiples maneras, bien sea trabajando en conceptos mentales erróneos o auto destructivos, o haciendo algo en concreto para mejorar la vida,

Algunas actitudes clave donde la autoestima juega un gran papel

Cuando hay baja autoestima es difícil aceptar que se está equivocado, o pensar que alguien tiene mucho que enseñar. Por tanto, se adoptan actitudes cerradas al diálogo.

Cuando existe una adversidad, el individuo con baja autoestima tiende a culparse inmediatamente del problema, lo cual hace que se sienta peor y continúe culpándose por largo tiempo. La baja autoestima puede ayudar a caer en pesimismo y depresión.

La persona con autoestima baja puede establecer relaciones interpersonales, pero sin pensar en sus propias necesidades.

A la larga, su actitud puede orillarla a explotar con los demás o consigo mismo, auto-culparse, a sentir que es una víctima y que la gente abusa de ella o él.

Y actúa a la defensiva, agresiva o pasivamente, rompiendo en ambos casos el nivel de igualdad deseable para las relaciones humanas sanas.

4.4 Gráficas y análisis de resultados

Programa de atención de casos Defensoría Indígena *Wajxaqib' No'j*

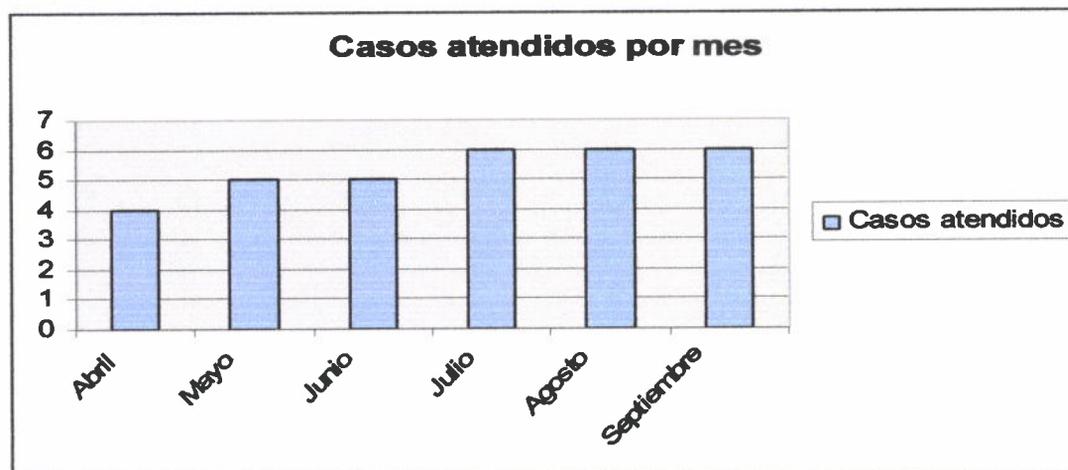
Tabla No. 1

Año 2008.

Mes	No. de casos atendidos
Abril	4
Mayo	5
Junio	5
Julio	6
Agosto	6
Septiembre	6

Fuente: propia

Gráfica No.1



Fuente: Propia

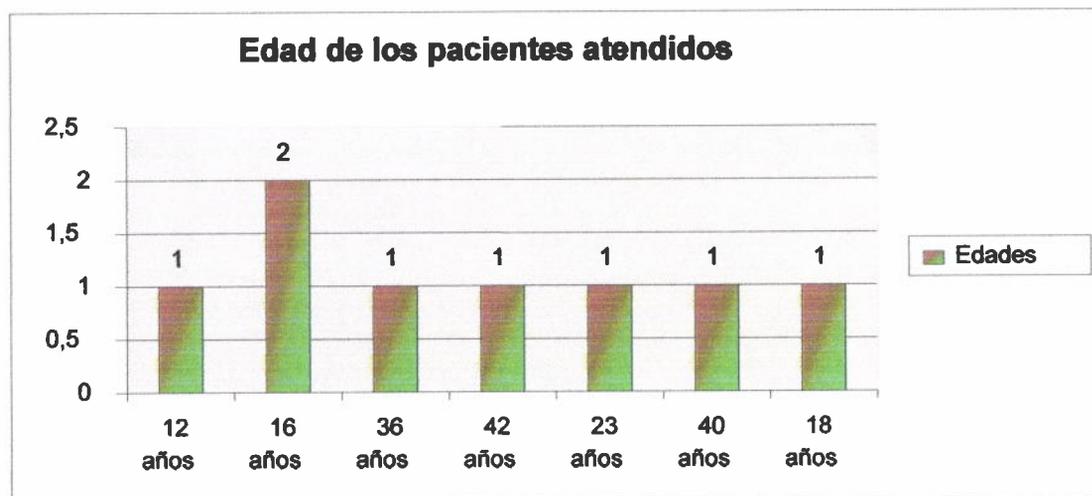
Tabla No. 2

Edad de los pacientes atendidos.

Edad	No. De pacientes
12 años	1
16 años	2
36 años	1
42 años	1
23 años	1
40 años	1
18 años	1

Fuente: propia

Gráfica No.2



Fuente: Propia

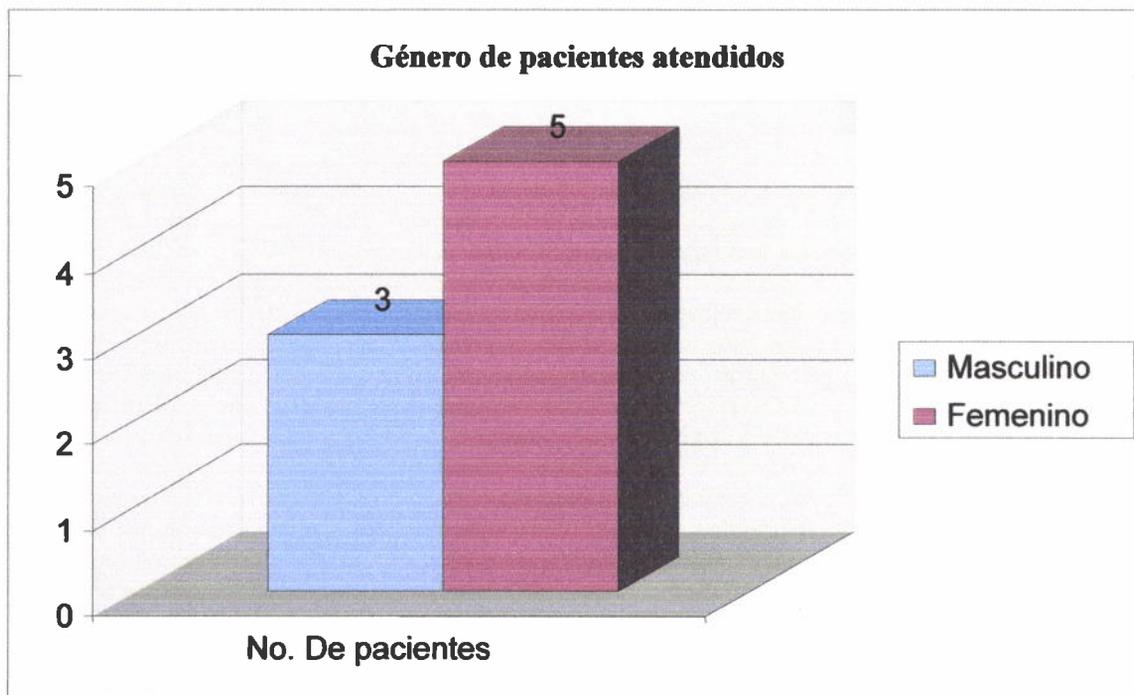
Tabla No. 3

Género de pacientes atendidos

Género	No. De pacientes
Masculino	3
Femenino	5

Fuente: propia

Gráfica No. 3



Fuente: Propia

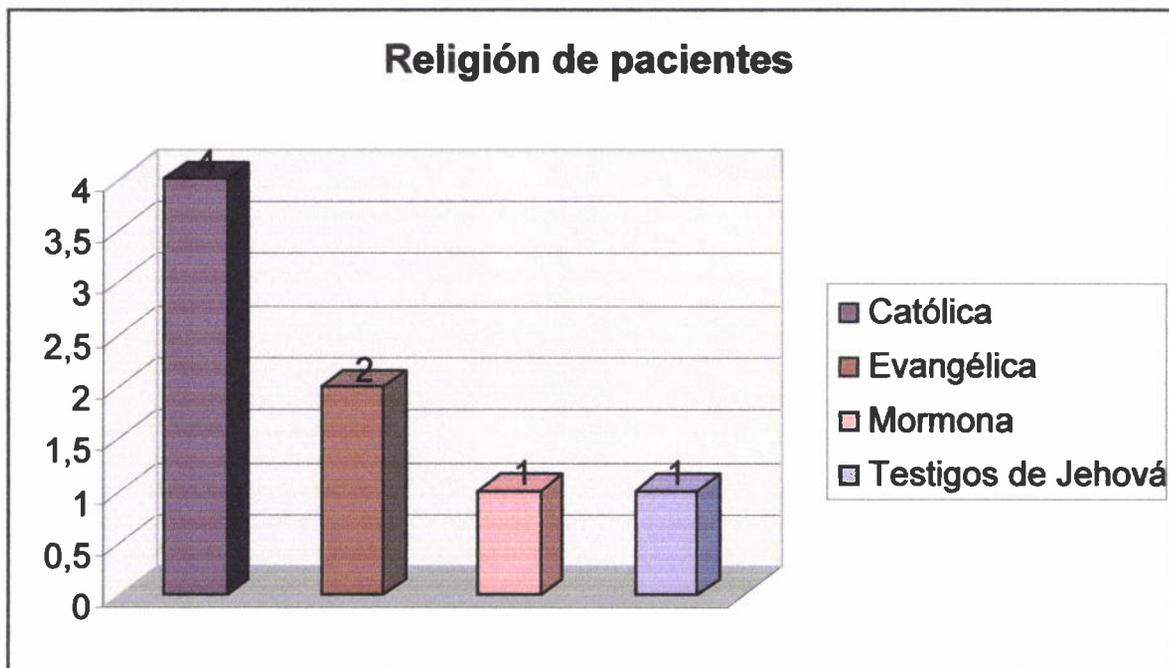
Tabla No. 4

Religión de pacientes atendidos

Religión	No. De pacientes
Católica	4
Evangélica	2
Mormona	1
Testigos de Jehová	1

Fuente: propia

Gráfica No. 4



Fuente: Propia

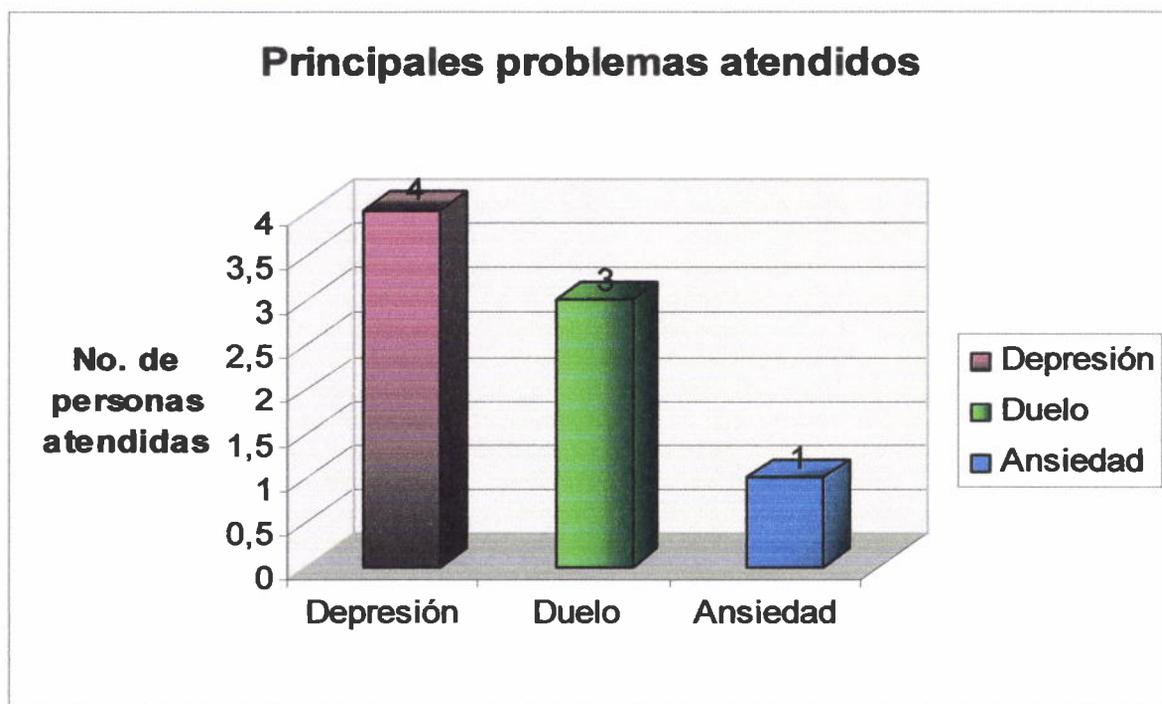
Tabla No. 5

Principales problemas atendidos

Problemas atendidos	No. de pacientes
Depresión	4
Duelo	3
Ansiedad	1

Fuente: propia

Gráfica No. 5



Fuente: Propia

4.5 Gráficas Programa de capacitación

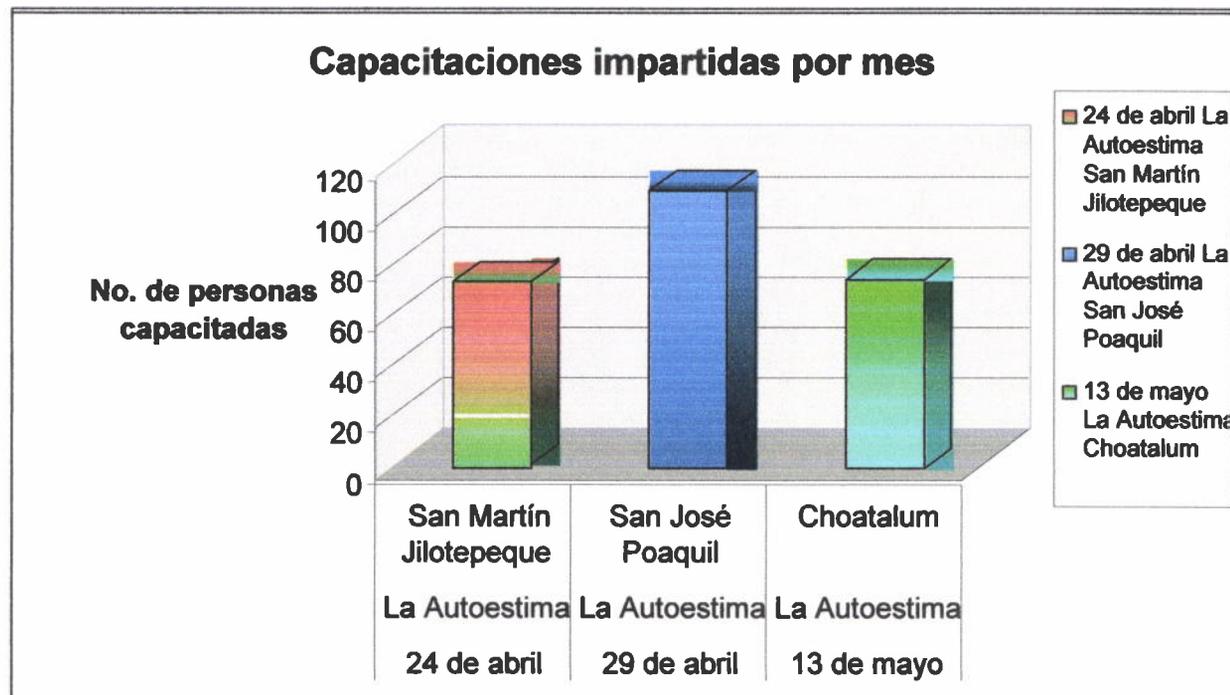
Tabla No. 6

Capacitaciones impartidas por mes

Fecha	Tema de Capacitación	Lugar	No. de Personas atendidas
24 de abril	La Autoestima	San Martín Jilotepeque	74
29 de abril	La Autoestima	San José Poaquil	110
13 de mayo	La Autoestima	Choatalum	75

Fuente: propia

Gráfica No. 6



Fuente: Propia

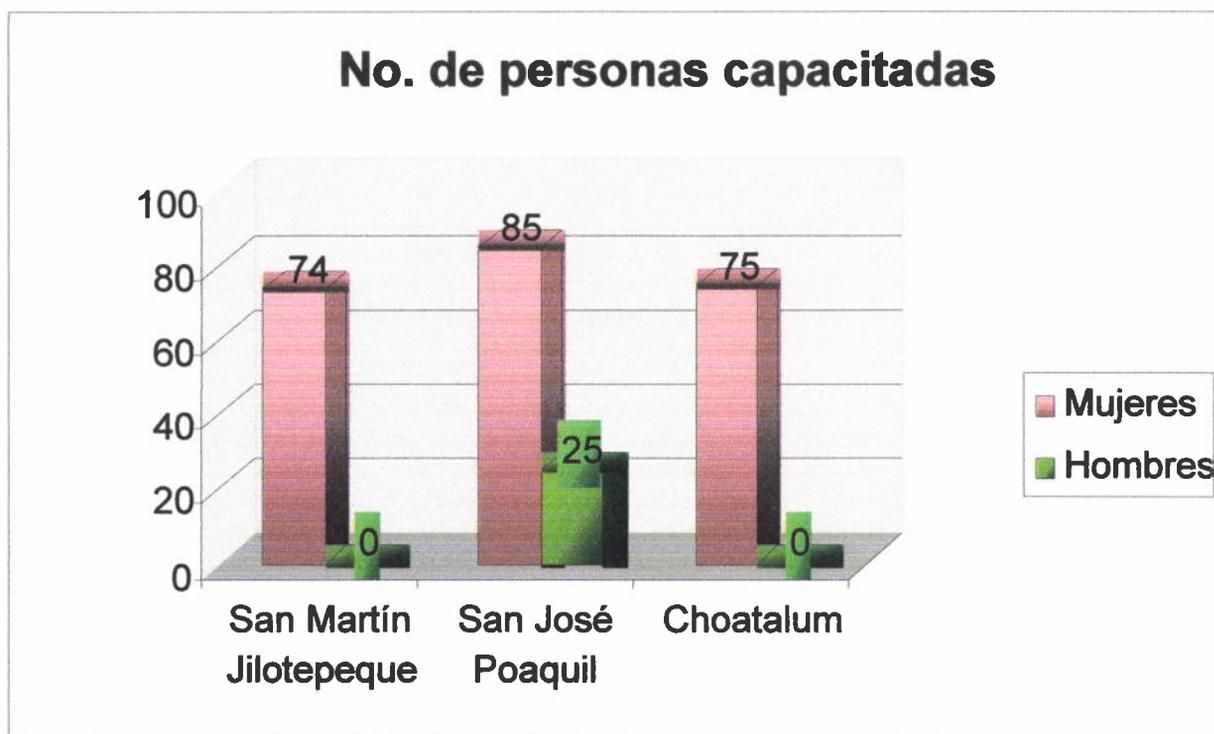
Tabla No. 7

Personas capacitadas

Lugar de capacitación	Mujeres	Hombres
San Martín Jilotepeque	74	0
San José Poaquil	85	25
Choatalum	75	0

Fuente: propia

Gráfica No. 7



Fuente: Propia

4.6 Gráfica elaboración de proyecto de salud mental

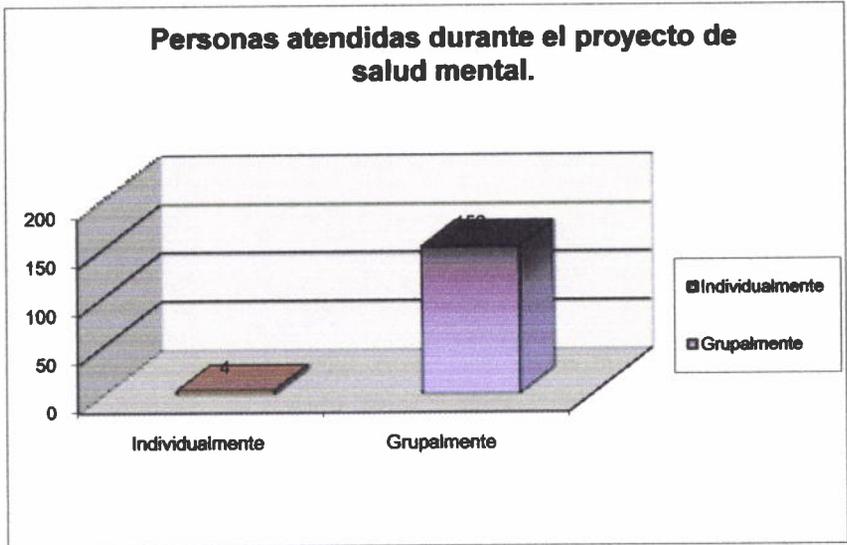
Tabla No. 8

Personas atendidas durante el proyecto de salud mental

Individualmente	Grupalmente
4	152

Fuente: propia

Gráfica No. 8



Fuente: Propia

Análisis de datos

- El mayor número de citas atendidas fue en el mes de julio, se atendieron a personas de todas las edades, pero los adolescentes fueron la mayoría, como lo muestra la gráfica número 2.
- Las personas que recurrieron a solicitar ayuda profesional fueron las de sexo femenino, como lo muestra la gráfica número 3.
- Los pacientes atendidos en su mayoría son de religión católica, según lo muestra la gráfica número 4.
- Es evidente que el problema que más se atendió durante la práctica profesional dirigida fue la depresión, según lo muestra la gráfica número 5,
- Las capacitaciones se llevaron a cabo en San Martín Jilotepeque, Choatalum y San José Poaquil municipios de chimaltenango en los meses de abril y mayo, según lo muestra la gráfica número 6.
- Las personas capacitadas en las comunidades en su mayoría fueron mujeres aunque también algunos hombres participaron en una de las comunidades como lo muestra la grafica número 7.
- Las personas atendidas individualmente durante el proyecto de salud mental realizado en San Martín Jilotepeque. fueron 4 y atendidas grupalmente 152, según lo muestra la gráfica número 8.

Conclusiones

1. Durante la Práctica Profesional Dirigida se pudo guiar a las personas a una resolución de problemas emocionales a través de técnicas utilizadas por la psicología.
2. Al principio de la psicoterapia los conflictos tienen un origen en el inconsciente que no es observable por el paciente.
3. La terapia psicología apoya a todo tipo de personas sin distinción de género, etnia, edad, sexo y posición socioeconómica.
4. La psicoterapia ayuda al desarrollo y crecimiento emocional del ser humano, comprendiendo el momento actual de su vida y de cómo aprende a salir por sí solo de las situaciones que le afectan.
5. La realización de actividades en psicoterapia ayudan a aprender nuevas experiencias.
6. La importancia de reconocer que se necesita ayuda profesional psicológica es un paso importante para llegar a tener un mejor estilo de vida.

Recomendaciones

1. Se recomienda a la institución que los casos legales también lleven un acompañamiento emocional psicológico.
2. Se recomienda a los nuevos profesionales psicólogos que impartan talleres con temas importantes en las comunidades rurales.
3. Se recomienda realizar jornadas de salud mental para que la población conozca más acerca de lo que es la ayuda profesional psicológica.
4. Se recomienda ejercer la carrera con responsabilidad y entrega para cumplir con el objetivo de ayudar al prójimo.
5. Que la institución provea el prevenir a la población de consecuencias que más adelante traerían los problemas no resueltos adecuadamente en sus talleres de capacitación.
6. Se recomienda a los estudiantes de psicología realizar charlas preventivas a los jóvenes.

Referencias

Hernández Tobar, Felipe; (2000), *Medicina terapéutica para una enfermedad física. España.* Editora Mayer.

López-Ibor Aliño Juan J., (1995) *DSM-IV*, (Edición española), España, editorial MASSON S.A.

López Gamboa G., (1967), *Test del Dibujo de la Familia*. Buenos Aires. Editorial Kapelusz, S.A.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, *DSM-IV-TR*, edición Española (2002), editora Masson S. A.

Monedero C. (1978) *Psicopatología general*. Biblioteca Nueva Madrid

Silvia Poggio de Herrera (2003), *Psicología general* MCV publicidad.

Revista *Muy Interesante*, (España 1995), México D.F. col Mixcoac, Editorial, Eres, S.A. de C.V.

Enciclopedia Encarta (2007, 2004). Microsoft Corporation.

S IC 648, Psicodiagnóstico, *Modelos de Psicodiagnóstico*, *Escuela de Psicología*, Online Education.

Tests psicológicos. Recuperado:

<http://www.psicotest/mx.com/353>.

La observación como método científico. Recuperado:

<http://www.monografias.com>

Anexos

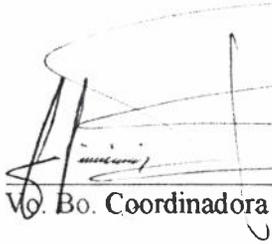
Anexo 1

Horas de práctica realizadas en la Defensoría Indígena *Wajxaqib' No'j*

Horas de Práctica Meses de Enero y Febrero

Fecha	Lugar	Horas
22 de Enero	Pradera Chimaltenango	8 Horas
29 de Enero	Pradera Chimaltenango	8 Horas
12 de Febrero	Universidad Panamericana	8 Horas
21 de Febrero	clínicas DANA	4 Horas

Total 28 Horas


Vo. Bo. Coordinadora del centro de práctica




Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

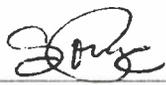
Horas de Práctica Mes de Marzo.

Fecha	Lugar	Horas
4 -03 - 2008.	La reunión se realizó en la sede de la Universidad.	8 Horas
31 - 03 - 2008.	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 Horas.

Total 13 Horas


Vo. Bo. Coordinadora del centro de práctica

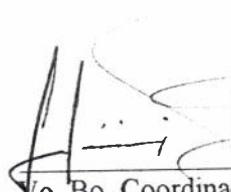



Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Horas de Práctica Mes de Abril.

Fecha	Lugar	Horas
01-04 - 2008.	Instalaciones de la Universidad.	8 Horas
02 - 04 - 2008	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	5 Horas
07 - 04 - 2008.	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	6 Horas
9-04-2008	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	6 Horas.
14-04-2008	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	5 Horas.
16-04-2008	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	5 Horas
21-04-2008	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	5 Horas
23-04-2008	Institución. Defensoría Indígena. Wajxaqib' Noj	5 Horas
24-04-2008	Salón comunal de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango	12 Horas
29-04-2008	Municipalidad de San José Poaquil.	12 Horas

Total 69 Horas


Vo. Bo. Coordinadora del centro de práctica

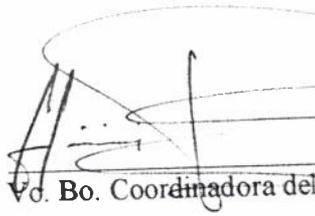



Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Horas de Práctica Mes de Mayo.

Fecha	Lugar	Horas
05-05-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj.	4 Horas
07-05-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj y gobernación de Chimaltenango.	4 Horas
13-05-2008	Aldea Choatalum centro San Martín Jilotepeque.	12 Horas
19-05-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj.	4 Horas
20-05-2008	Universidad Panamericana.	8 Horas
21-04-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj.	4 Horas
26-05-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj.	4 Horas
28-05-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj.	4 Horas

Total 44 Horas.


Vo. Bo. Coordinadora del Centro de Prácticas

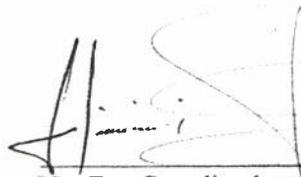



Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

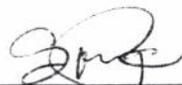
Horas de Práctica Mes de Junio.

Fecha	Lugar	Horas
02-06-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj	5 Horas
04-06-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj	5 Horas
09-06-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj	5 Horas
16-06-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj	5 Horas
24-06-2008	Universidad Panamericana.	8 Horas
25-06-2008	Defensoría Indígena Wajxaquib Noj	5 Horas

Total 33 Horas.


Vo. Bo. Coordinadora del Centro de Práctica

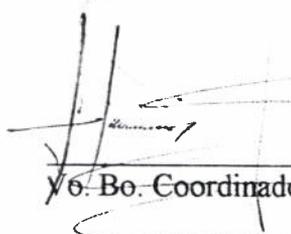



Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Horas de Práctica Mes de Julio.

Fecha	Lugar	Horas
2-07-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 Horas
07-07-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 Horas
14-07-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj Sanatorio privado.	10 Horas
21-07-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 Horas
28-07-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 horas

Total 30 Horas


Vo. Bo. Coordinadora del centro de práctica




Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Horas de Práctica Mes de Agosto.

Fecha	Lugar	Horas
04-08-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 horas
06-08-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 horas
25-08-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 horas
27-08-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 horas

Total 20 Horas


Vo. Bo. Coordinadora del centro de práctica

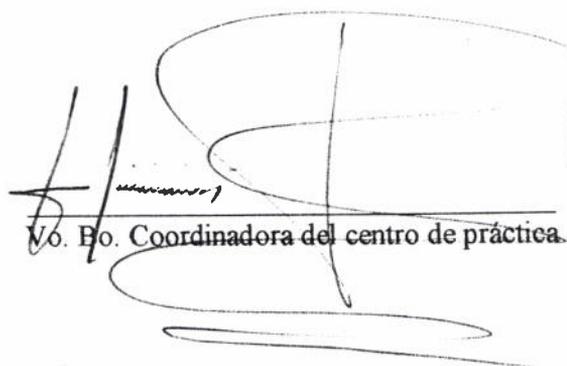



Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

Horas de Práctica Mes de Septiembre.

Fecha	Lugar	Horas
01-09-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	6 horas
08-09-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	6 horas
17-09-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	6 horas
29-09-2008	Institución, Defensoría Indígena, Wajxaqib' Noj	5 horas

Total 23 Horas


Vo. Bo. Coordinadora del centro de práctica.



**Vo. Bo. Coordinadora de Práctica profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa**

Anexo 2

Instrumentos utilizados durante la Práctica Profesional Dirigida

Cuestionario de personalidad, es usted tipo A o tipo B

El propósito del siguiente ejercicio es un auto-análisis para determinar si su conducta es de tipo A o tipo B.

Instrucciones: Circule la letra que mejor caracteriza su conducta para cada punto.

	Definitivamente cierto	Casi siempre cierto	No sé	Casi siempre falso	Definitivamente falso
1. Soy más agitado y nervioso que la mayoría de la gente	A	A	C	B	B
2. En comparación con la mayoría de la gente que conozco, no estoy muy involucrado en mi trabajo.	B	B	C	A	A
3. Ordinariamente trabajo rápido y enérgicamente.	A	A	C	B	B
4. Raramente tengo dificultad para finalizar mi trabajo.	B	B	C	A	A
5. Odio renunciar antes de estar absolutamente seguro de haber perdido	A	A	C	B	B
6. Soy prudente en las conversaciones telefónicas	B	B	C	A	A
7. A menudo estoy de prisa.	A	A	C	B	B
8. Estoy tranquilo, cómodo con mi trabajo.	B	B	C	A	A
9. Mis relaciones son consideradas significativamente por la mayoría de la Gente.	A	A	C	B	B
10. Me molesta ir coleando a más de un carro lento frente a mí.	B	B	C	A	A
11. Cuando converso generalmente gesticulo con mis manos.	A	A	C	B	B
12. Raramente conduzco rápido un automóvil	B	B	C	A	A
13. Como un niño prefiero trabajar en un lugar donde pueda moverme	A	A	C	B	B
14. La gente me considera bastante tranquilo	B	B	C	A	A
15. Algunas veces pienso que no debería trabajar duro, pero algo me empuja a hacerlo.	A	A	C	B	B
16. Usualmente hablo más suave que la mayoría de la gente	B	B	C	A	A
17. Mi escritura es bastante rápida	A	A	C	B	B
18. Por lo general trabajo lento y pausado	B	B	C	A	A
19. Yo prospero en las situaciones de desafío, el mayor desafío, lo mejor.	A	A	C	B	B
20. Yo prefiero tardar en comer y disfrutar.	B	B	C	A	A
21. Me gusta manejar rápido cuando no existe límite de velocidad	A	A	C	B	B
22. Me gusta trabajar lento y pausado	B	B	C	A	A
23. En general enfoco mi trabajo más seriamente que la mayoría de la Gente que conozco	A	A	C	B	B
24. Platico más despacio que la mayoría de la gente	B	B	C	A	A

25. A menudo me piden que sea el encargado de algún grupo (s)	A	A	C	B	B
26. A menudo dejo que un problema del trabajo se resuelva por sí mismo	B	B	C	A	A
27. A menudo intento persuadir a otros de mi punto de vista	A	A	C	B	B
28. Generalmente camino más despacio que la mayoría de la gente	B	B	C	A	A
29. Como rápidamente aún cuando hay suficiente tiempo	A	A	C	B	B
30. Usualmente trabajo rápido	A	A	C	B	B

Calificación:

Midiendo su vulnerabilidad al estrés

El siguiente test fue diseñado por el Psicólogo Dyle H. Miller y psicología del Alma Dell Smith, en el Centro Medico de la Universidad de Boston.

Instrucciones: Escriba en los espacios de! lado izquierdo (a la par del numero de orden de! listado), la cantidad o grado que usted piensa que estos hechos se aplican en su caso personal, 1 = Siempre, 2 = Casi Siempre, 3 = Algunas Veces, 4 = Casi Nunca, 5 = Nunca. Luego sume estas cantidades para obtener un total que le indicara su vulnerabilidad al estrés de acuerdo a la escala localizada en la parte inferior de este test.

- ___ 1. ¿Al menos hago una comida caliente y bien equilibrada nutritivamente cada día?
- ___ 2. ¿Por lo menos durante cuatro noches por semana logro dormir de 7 a 8 horas?
- ___ 3. ¿Regularmente doy y recibo cariño?
- ___ 4. ¿Por lo menos tengo un familiar cercano en quien confiar ?
- ___ 5. ¿Hago ejercicio hasta sudar, por lo menos dos veces por semana?
- ___ 6. ¿Fumo menos de medio paquete diario?
- ___ 7. ¿Tomo menos de cinco tragos alcohólicos por semana?
- ___ 8. ¿Peso lo apropiado para mi estatura?
- ___ 9. ¿Tengo ingresos adecuados para cubrir mis necesidades?
- ___ 10. ¿Me fortalezco con mis creencias religiosas?
- ___ 11. ¿Tengo una red de amigos y conocidos?
- ___ 12. ¿Regularmente asisto a actividades sociales de algún club?
- ___ 13. ¿Tengo uno o más amigos a quienes confío asuntos personales?
- ___ 14. ¿Tengo o gozo de buena salud (vista, oído, dentadura, etc.)?

—15. ¿Cuando estoy enojado o preocupado, etc. puedo hablar abiertamente de mis sentimientos?

___ 16. ¿Regularmente hablo con la gente con la que vivo, sobre problemas domésticos (dinero, temas del vivir cotidiano)?

___ 17. ¿A! menos una vez por semana, hago algo para divertirme?

___ 18. ¿Soy capaz de organizar mi tiempo eficientemente?

___ 19. ¿Bebo menos de tres tazas de café por día (te, aguas gaseosas)?

___ 20. ¿Durante el día, procure tiempo para mi mismo?

PUNTAJE

30 - 39 Vulnerable al Estrés

40 - 74 Vulnerable en Alto Grado

75 o más extremadamente vulnerable

Cuestionario de la figura humana de Machover

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____

Fecha de Aplicación: _____

Nombre del Examinador: _____

Preguntas:

¿Que esta haciendo la Figura? _____

¿Qué edad tiene? _____ ¿Es casado? _____

¿Tiene hijos _____ ¿ Con quien vive? _____

¿En que se ocupa o trabaja? _____

¿Qué ambiciones tiene? _____

¿Es elegante, atractivo o bonito (A)? _____

¿Es sano o enfermizo? _____ ¿De que se enferma? _____

¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo y porque? _____

¿Cuál es la peor parte de su cuerpo y por que? _____

¿Tiene preocupaciones? _____ ¿Cuáles? _____

¿Esta triste o feliz? _____ ¿Por qué? _____

¿Que es lo que más lo
enoja? _____

¿Confía es las personas? _____

¿A quien le recuerda o se le parece la figura? _____

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Firma: _____

Evaluación e interpretación del test de la familia de Louis Corman

1. Interpretación del Plano Gráfico:
2. Plano formal.
3. Plano del contenido:
4. El peligro exterior amenaza al yo:
5. El peligro interior amenaza al ello- super yo:
6. Valorización del personaje principal:
7. Desvalorización:
8. Relación a distancia:
9. Conflictos de rivalidad fraternal:
10. Conflicto Edípico:

11. Mecanismos de defensa utilizados:

12. Hipótesis proyectiva:

Recomendaciones

Observaciones:

Cuestionario personal

1. **¿Cuáles son tus cualidades?**
2. **¿Cuáles son tus defectos?**
3. **¿Qué actividades realizas cuando te sientes bien?**
4. **¿Qué te gustaría hacer?**
5. **¿Qué tendría que suceder para sentirte muy feliz?**
6. **¿Cuál es tu mayor temor?**

Evaluación e interpretación test del árbol de Karl Koch

Paciente:

1. Análisis e interpretación del espacio y su dimensión ideal:

Análisis: Zona superior A:

2. Análisis e interpretación del trazo utilizado:

Análisis:

Interpretación:

3. Interpretación del tamaño del árbol en conjunto:

Análisis:

Interpretación:

4. Análisis e interpretación del tipo de suelo:

Análisis:

Interpretación:

5. Análisis e interpretación de la raíz:

Análisis:

Interpretación:

6. Análisis e interpretación de el tronco:

Análisis:

Interpretación:

7. Análisis e interpretación de la copa del árbol:

Análisis:

Interpretación:

Historia clínica

1. Datos generales

Nombre:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridad:

Edad:

Religión:

Ocupación:

Dirección:

Referido por:

2. Motivo de consulta

3. Historia del problema actual

4. Historia familiar

5. Historia personal

6. Examen mental

- a) apariencia:
- b) actitud:
- c) conducta:
- d) lenguaje:
- e) curso de pensamiento:
- f) contenido del pensamiento:
- g) humor:
- h) memoria:
- i) afecto:
- j) control de impulsos:
- k) orientación:
- l) capacidad de *insight*:
- m) inteligencia o información:

7. Criterios diagnósticos

8. Evaluación multiaxial

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

9. Diagnóstico diferencial

10. Evaluación pronóstica

11. Plan terapéutico

Pruebas a aplicar

Anexo 3
Fotografías.

Centro de Práctica Defensoría Indígena



Entrada principal del Centro de práctica



Sala de atención al público.

Oficina de atención a pacientes



Actividad: Ejercicio de desensibilización sistemática



Actividad: presentación de un video.

Capacitación Salón Municipal de San José Poaquil



Actividad: Realización de una dinámica



Actividad: Participación de los asistentes.

Capacitación a líderes de San Martín Jilotepeque Salón Comunal



Actividad: Desarrollo del tema principal.



Actividad: Desarrollo del tema principal

Capacitación a población femenil de Choatalum



Actividad: Desarrollo del tema principal



Actividad: Trabajo en conjunto con la Defensoría Indígena.