

Violencia intrafamiliar

(Informe final de práctica profesional dirigida)

Patricia Yanira Portan Saavedra (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango, noviembre de 2008.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ASUNTO: **Patricia Yanira Portan Saavedra**
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.10/2009 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 **Patricia Yanira Portan Saavedra**, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Roberto Bolaños Rivera
Decano



C.c. archivo
mc

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, 21 de noviembre de dos mil siete. –

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

Patricia Yanira Portan Saavedra

quien se identifica con número de carné E-1 2004 7015 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.

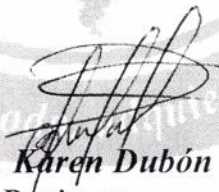


Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACION
21 NOV 2008
RECIBIDO
FIRMA: 

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

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Violencia Intrafamiliar". Presentada por la estudiante: Patricia Yanira Portan Saavedra, 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 PATRICIA YANIRA PORTAN SAAVEDRA, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


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



Chimaltenango, 2 de febrero de 2008.

Lic. José Ramiro Bolaños
Decano Facultad de Educación
Universidad Panamericana

Respetable Licenciado:

Le saludo cordialmente deseándole éxitos y bendiciones del creador en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para realizar la Práctica Profesional Dirigida del ciclo 2008 correspondiente a la Carrera de Psicología y Consejería Social, como requisito de egreso, en el Centro Comunitario de Salud Mental ubicado en el lote 456. Parcelamiento La Alamenda Chimaltenango.

Esperando una respuesta positiva a la presente solicitud, se despide de usted

Atentamente,



Patricia Yanira Portán Saavedra.
Estudiante del 5º. Año
De la Carrera de Psicología
Y Consejería Social.
Extensión Chimaltenango.

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1	
Marco de referencia	
Introducción	4
1.1 Descripción de la institución	4
1.2 Misión	4
1.3 Visión	5
1.4 Organigrama Liga Guatemalteca de Higiene Mental	5
1.5 Objetivos	6
1.6 Población que atiende	6
1.6.1 Descripción de la población beneficiaria	6
1.7 Planteamiento del problema	6
Capítulo 2	
Referente teórico	
Introducción	7
2.1 Principales problemas encontrados	7
2.2 Desórdenes alimenticios	10
2.3 Celotipia	14
2.4 Psicopatología	15
2.5 Psicodiagnóstico	29
2.6 La entrevista psiquiátrica	32
2.7 Psicoterapia	39
2.8 Terapia humanista	72
Conclusiones	83
Capítulo 3	
Referente metodológico	
Introducción	84
3.1. Programa de práctica profesional dirigida	84
3.1.1 Propósito del curso	84
3.1.2 Objetivo general	85
3.1.3 Objetivos específicos	85
3.1.4 Contenido temático del curso	86
3.1.5 Criterios para el desarrollo del curso o metodología	86
3.1.6 Formas o técnicas de evaluación	86
3.1.7 Cronograma de actividades	88
3.1.8 Planificación general de práctica profesional dirigida	91

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción	94
4.1. Logros	94
4.2. Limitaciones	95
4.3. Muestra de casos atendidos	96
4.4. Programa de elaboración de proyecto de salud mental	110
4.5. Presentación de gráficas	112
Conclusiones	118
Recomendaciones	119
Referencias	120
Anexos	121
Anexo 1 Glosario de términos psicológicos	
Anexo 2 Los Valores	
Anexo 3 Fotografías	
Anexo 4 Constancias de horas de práctica	
Anexo 5 Cartas firmadas y selladas	

Índice de gráficas

Grafica 1 pacientes atendidos en el centro de práctica por mes	112
Grafica 2 edades de los pacientes atendidos en el centro de práctica	112
Grafica 3 sexo de pacientes atendidos en la práctica	113
Grafica 4 religión de los pacientes atendidos en la práctica	113
Grafica 5 problemas atendidos	114
Grafica 6 número de talleres impartidos por mes	114
Grafica 7 Temas impartidos en las charlas	115
Grafica 8 número de personas capacitadas	115
Grafica 9 número de personas atendidas individualmente en el proyecto de salud mental	116
Grafica 10 número de personas atendidas grupalmente	116
Grafica 11 temas que se impartieron por día	117

Resumen

El presente informe contiene un compendio de las actividades realizadas durante la Práctica Profesional Dirigida en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, y actividades conexas de la misma. Se plasma en él los resultados de más de 500 horas de práctica psicológica con pacientes con depresión, víctimas de violencia familiar.

Así mismo se incluye la compilación de los diferentes trabajos, resúmenes y actividades realizadas a lo largo del año 2008, en el que fue realizada dicha práctica. Ésta compilación incluye las reseñas de los tres ejes principales de la psicología clínica, como lo son la psicopatología, el psicodiagnóstico y la psicoterapia, apoyadas en documentos relacionados con los ejes mencionados, que dan base a los conocimientos adquiridos y puestos en práctica durante este período llevado a cabo en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, así como también se incluyen las actividades relacionadas con la misma.

Finalmente se incluyen los resultados obtenidos en la institución o centro de práctica Liga Guatemalteca de la Higiene Mental, en donde se incluyen 5 casos relevantes, plenamente documentados; así mismo se incluye informes de los logros y limitaciones durante el desarrollo de la práctica. Así como: informes de las charlas impartidas en el colegios, iglesias y en la Liga Guatemalteca de la Higiene Mental a los pacientes y familiares, el resultado de las mismas, contenidos, calendarización y los logros y limitaciones obtenidos a lo largo de esta actividad.

Introducción

Uno de los objetivos primordiales de la Práctica Profesional Dirigida es el de brindar al practicante de psicología la oportunidad de tener un acercamiento real en una institución donde el abordaje terapéutico sea necesario y constante y en este caso en particular, ayudar, con su aporte profesional, a las personas que requieren de servicios psicológicos, que por una u otra razón no los han tenido. Los pacientes son un segmento de la sociedad, hasta cierto grado olvidado y desatendido en sus necesidades. Dentro de la unidad es muy necesario el apoyo psicológico para beneficiar a los pacientes que necesitan ayuda.

Simultáneamente, durante el período de práctica, se pretende que el practicante ponga de manifiesto sus conocimientos por medio de charlas, conferencias y talleres, para los cuales ya se encuentra debidamente entrenado y capacitado, la finalidad de estas actividades es la de dar apoyo psicológico a los pacientes y familiares de los mismos.

Al mismo tiempo, el psicólogo practicante, pone en marcha todo el conocimiento adquirido durante su carrera. Es aquí donde queda de manifiesto la necesidad de la utilización de las diferentes técnicas y procedimientos psicológicos que necesitará para el abordaje adecuado de los casos que se le presenten.

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental, es una institución adecuada para brindar los servicios psicológicos.

Síntesis descriptiva

En la Práctica Profesional Dirigida se hicieron varias actividades como: la atención de casos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental a niños y niñas, adolescentes y adultos, para ayudar a las personas con problemas emocionales a superarlos.

Se hicieron también charlas y talleres con temas tales como autoestima, valores, autosuperación y muchos más para poder dar orientación a las personas que lo necesitan. Otra actividad llevada a cabo durante la Práctica Profesional Dirigida fue un proyecto para promover la salud mental entre los miembros de la comunidad de San Martín Jilotepeque, para que las personas tengan un equilibrio emocional.

Todas las actividades realizadas durante el proceso de práctica ayudan a las personas de Chimaltenango a conocer métodos y técnicas para equilibrar la salud mental.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En el capítulo que se presenta a continuación, se da a conocer a la institución Liga guatemalteca de Higiene Mental, ver su estructura en general, en donde se llevo a cabo la Práctica Profesional Dirigida, en también, donde se menciona la ubicación, servicios que presta, población a la que atiende, el objetivo primordial y su organización.

1.1 Descripción de la institución

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

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

1.2 Misión

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

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

1.3 Visión

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

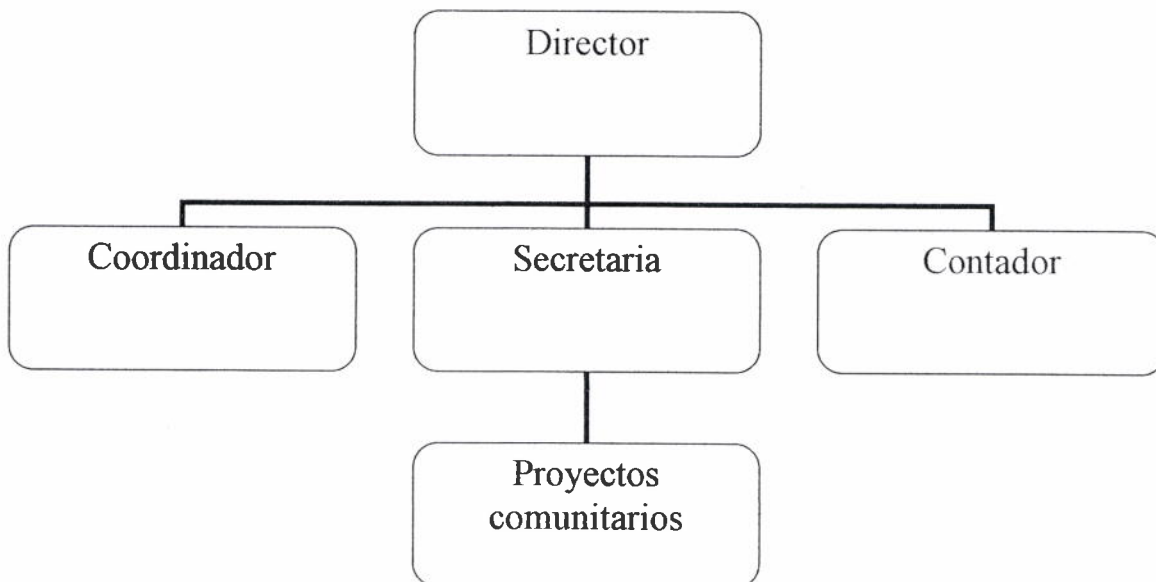
-“Daremos atención psicológica a todas las personas que solicitan ayuda.”

-“Promoveremos la salud mental en los y las guatemaltecas.”

-“Capacitaremos a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos.”

-“Fomentaremos y fortaleceremos la salud mental en la población.”

1.4 Organigrama Liga Guatemalteca de Higiene Mental



1.5 Objetivos

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

1.6 Población que atiende

Niños, jóvenes y adultos de ambos sexos.

1.6.1 Descripción de la población beneficiaria

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

1.7 Planteamiento del problema

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

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

En el presente capítulo se da a conocer los problemas encontrados en los pacientes atendidos en la Práctica Profesional Dirigida, pues el conocimiento adquirido da una mejor expectativa para poder dar un diagnóstico asertivo a los pacientes.

2.1 Principales problemas encontrados

2.1.1 La violencia intrafamiliar

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

Los violentos que maltratan, hieren o asesinan no son desquiciados mentales, sino hombres comunes y corrientes. Es decir, hombres en quienes se confía, a quienes se ama y, muchas veces, de quienes se depende.

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

Los términos violencia familiar o violencia intrafamiliar, con una importante presencia en Sudamérica, se vienen utilizando desde 1988 y 1993 respectivamente debido a lo común que resulta la aparición de esta violencia en el ámbito familiar; además de que las leyes que penan la

violencia contra la mujer suelen considerar como requisito que ésta sea esposa o mantenga con el sujeto activo una relación de análoga afectividad.

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

2.1.2 Tipos de violencia

- a) Violencia doméstica: engloba al resto de posibles habitantes del hogar y no sólo a la mujer como sujeto pasivo respecto de la pareja, aunque tendría precisamente la ventaja de aludir, entre otras cosas, a los trastornos y consecuencias que esa violencia causa no sólo en la persona de la mujer sino del hogar en su conjunto.
- b) Violencia marital: cuando no existe convivencia en común y cuando no se realiza necesariamente por motivos de discriminación.
- c) Violencia sexista: es aquella violencia machista, generada por grupos y asociaciones feministas. Sin embargo, estas acepciones tratan una violencia debida a razones de discriminación por razón de sexo, algo que no es necesario para considerar que existe violencia en el ámbito del hogar.
- d) Violencia física: alguno de los dos cónyuges ejerce mal trato físico en su pareja o hijos.
- e) Violencia psicológica: es aquella la cual daña la psique del cónyuge.
- f) Violencia económica: es aquella donde el cónyuge ejerce dominio del dinero sin facilitar ningún beneficio a su pareja.

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

Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de

confianza. Pero dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales.

2.1.3 Causas

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

Hoy, es de tal magnitud la violencia que ha sido considerada como un problema de salud pública, por cuanto produce un impacto negativo importante sobre la salud, la morbilidad y la mortalidad, principalmente de mujeres. Las investigaciones sobre este tema demuestran que existe una evolución creciente de asesinatos provocados por algún miembro del grupo familiar, especialmente por las parejas, exparejas, concubinos o exconcubinos de la mujer, y, en algunos casos hasta por el padre o un hermano. Porque es la mujer la que sufre las peores agresiones, no puede estudiar y menos aún trabajar fuera de su casa. Lo más grave de este flagelo es que la gran mayoría de las mujeres no denuncia el hecho y si lo hace, luego regresa arrepentida o amenazada y retira la denuncia presentada.

Pero muchas veces es demasiado tarde, porque ni siquiera la agredida puede manifestar ante la autoridad lo ocurrido, debido a que ha perdido la vida a manos de su agresor.

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

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

2.2 Desórdenes alimenticios

Existe cuando las actitudes de una persona hacia la comida y el peso, son tales que los sentimientos hacia el trabajo, escuela, relaciones, actividades diarias y emociones, son determinadas por lo que se ha o no se ha comido o por un número en la báscula. Las personas que sufren un desorden en la alimentación se caracterizan por:

Extremistas en cuanto a consumo de alimentos, que puede manifestarse por una pérdida severa de peso, rápidos aumentos de peso, o fluctuaciones muy importantes en peso.

Esta a disgusto con su imagen corporal, a menudo acompañado de una distorsionada

Percepción de las señales del cuerpo (hambre, enojo, fatiga, etc.).

Prácticas poco saludables para mantener el peso, como son: ayuno, inanición, comer compulsivamente, uso indiscriminado de laxantes, medicamentos para bajar de peso, diuréticos y exceso de ejercicio.

Un miedo irracional a engordar y un deseo obsesivo de adelgazar.

Los dos desórdenes más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Existen otros como el comedor compulsivo o el ejercitado compulsivo, algunas personas pueden tener síntomas de más de uno de estos desórdenes.

2.2.1 Causas de un desorden alimenticio

Existen muchas teorías y todas ellas o sólo unos cuantos factores se conjuntan para producir finalmente el problema.

2.2.1.1 Factores biológicos

Estudios recientes han demostrado la probable disminución de una proteína llamada Leptina, que proviene de los adipositos (células grasas del cuerpo). Actualmente existen algunas teorías en

investigación que asocian su origen a un problema infeccioso. El temperamento, que es en parte determinado por factores genéticos, provoca que algunas personas sean más vulnerables que otras para desarrollar desórdenes de la alimentación. Además, una vez que una persona ha comenzado con períodos de inanición, comilonas o purgaciones, estos comportamientos pueden alterar la química del cerebro y prolongar el problema.

2.2.1.2 Factores psicológicos

La gente con desórdenes de la alimentación tiende a ser perfeccionista. Usualmente tienen un legítimo "coraje", pero dado que siempre buscan la aprobación y temen a la crítica, no saben cómo expresar su enojo de una forma saludable. Lo voltean hacia ellos mismos provocándose la inanición o comilonas.

2.2.1.3 Factores familiares

Dentro de su familia, tienden a sentirse menospreciados, abandonados, y solos. Son familias que tienden a ser sobre protectoras, rígidas y poco efectivas para resolver conflictos. Usualmente exigen altos rangos de perfección y éxito.

2.2.1.4 Factores sociales

Nunca como ahora en la historia, las mujeres habían sido exhortadas a estar tan delgadas. La TV, el cine, las revistas son claros ejemplos de todos los mensajes que reciben las mujeres de las ventajas de mantenerse delgadas.

2.2.2 Disparadores

Si una persona es vulnerable a padecer un desorden de la alimentación por poseer uno o más de los factores anteriores, algunas veces lo único que se necesita para poner en acción la "avalancha", es un evento que no pueda o no sepa cómo manejar. Un disparador puede ser algo tan sencillo como el hostigamiento por estar gordo hasta algo tan devastante como un incesto o violación.

2.2.3 Signos de alarma

Dado que actualmente parece ser que todo el mundo se preocupa por el peso, y dado que la mayoría de la gente alguna vez ha estado a dieta. ¿Cómo se puede decir que un comportamiento hacia la comida y el peso es "normal" o que se debe de considerar un problema que ponga en peligro la vida y la felicidad? Probablemente muchas personas manifiesten alguna de las siguientes características, pero la mayoría de las personas con desórdenes de la alimentación, cumplen con varias de ellas:

-Pérdida de peso significativa o extrema, en poco tiempo, sin enfermedad subyacente.
Disminución en la ingesta de alimentos.

-Desarrollo de ciertos rituales hacia la comida: cortar los alimentos en pedazos muy pequeños, "jugar" con la comida en el plato, masticar miles de veces cada bocado, saltarse comidas, no comer frente a los demás, siempre tener una excusa para no estar hambrienta, etc.

-Negación de estar hambrienta.

-Volverse más crítica y poco tolerante de los demás.

-Fluctuaciones en el carácter (casi siempre de mal humor o enojado).

-Ejercicio excesivo.

-Cuando come, escoge básicamente sólo comidas bajas en grasa o sin calorías.

-Dice que él/ella está muy gordo (a), aún cuando es obvio que no.

-Miedo intenso a ganar peso y a la obesidad.

-Detesta partes específicas de su cuerpo, especialmente busto, abdomen, muslos, caderas y glúteos.

-Insiste en que no se siente bien consigo mismo (a) a menos que esté delgado (a), pero nunca está lo suficientemente delgado (a) para estar a gusto.

-Tiene dificultad para exponer sus sentimientos.

-Evita socializar lo más posible.

-Responde a las confrontaciones acerca de su estado de ánimo, con lágrimas, berrinches o ignorándolas.

-Cuando come en exceso, siempre busca la manera de deshacerse de las calorías ingeridas (vómitos, ejercicio, medicamentos).

2.2.4 Tratamiento

Los desórdenes de la alimentación son tratables, y la gente puede rehabilitarse de ellos. La recuperación, sin embargo, va más allá de dejar de mantenerse en inanición, de dejar las comilonas o dejar las purgaciones (vómitos, laxantes, ejercicio, diuréticos). Para dar por hecho la recuperación, ésta debe incluir el establecimiento de patrones saludables de alimentación y peso, y la resolución de los problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares que contribuyeron a que se desarrollara el trastorno.

El tratamiento exitoso debe ser multidisciplinario, y es altamente individualizado. El tratamiento debe comenzar con una valoración médica y seguir con el desarrollo de un plan que incluirá: psicoterapia individual, psicoterapia familiar, terapia de pareja, terapia en grupo, medicación para mejorar la depresión, la ansiedad y otros trastornos similares, hospitalización, y asesoría nutricional.

La información anteriormente expuesta, de ninguna manera sustituye los cuidados y consejos médicos. Existen muchas variantes en diagnóstico y tratamiento que deben ser evaluadas y manejadas en forma individual.

2.3 Celotipia

Los celos son un sentimiento de temor a perder a la persona amada. Los celos, de forma controlada y en pequeñas dosis, pueden ayudarnos a potenciar la relación pero, cuando los celos son enfermizos nublan la razón de quien los padece. Sus sospechas se basan, la mayoría de las veces, en hechos infundados y, el constante temor a ser abandonados les lleva a ejercer un continuo temor sobre la pareja. Aunque conviene saber que cuanto más segura se sienta una persona de su pareja y de su relación con ella menos intensos y duraderos son.

2.3.1 ¿Por qué hay personas celosas?

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

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

2.3.2 Experiencias familiares

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

2.3.3 Experiencias vividas

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

2.3.4 Trastornos psicológicos

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

2.3.5 ¿Cómo controlar los celos?

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

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

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

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

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

-Comentar lo que ocurre a algún amigo de confianza y pedir consejo. No olvidar que ocultar el sufrimiento y negarlo hace que se potencie cada vez más.

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

-Reflexionar sobre lo que está ocurriendo e intentar aclarar las ideas. Esto ayudará a exponer los sentimientos con sinceridad, a descubrir miedos, necesidades, etc.

-Y una vez detectado el problema procurar poner todos los medios a alcance para solucionarlos.

-Evite utilizar amenazas, hablar claramente de lo que ocurre, no cegarse con la rabia e intentar buscar soluciones al problema.

-Evite culpabilizar a alguien de lo que ocurre. Procura ser responsable de lo que sientes, serás la única persona que puede cambiar tu conducta ante lo que estas sintiendo.

-Evite ser trágico a la hora de asumir los celos: esforzarse en apreciarlos como síntoma de amor verdadero y prevenirlos cuando se descontrolan y vuelven dañinos.

-Si se aprende a controlar estos impulsos, los celos pueden ayudar a apreciar y valorar a la persona que se tiene al lado y a cuidar el amor del otro sin darlo siempre por supuesto.

-En algunos casos, cuando los celos son muy frecuentes, intensos y duraderos y surgen sin ningún motivo, se vuelven patológicos.

2.4 Psicopatología

El término “psicopatología”, por su base etimológica es: *Psyché (psyjé)*: alma o razón, *páthos (pazos)*: Enfermedad, *logía o lógos* que significa en conjunción: el tratado o estudio de las enfermedades del alma o la razón.

Debido a lo anterior Monedero (1978:17), en su libro *Psicopatología General*, habla de la rama de la psicología que se encarga del estudio de lo anormal frente a lo normal y la diferenciación entre uno y otro.

A lo largo de la historia se han determinado o al menos visualizado diferentes formas de conductas entre todos los seres humanos, sin embargo se han dictado parámetros, poco delimitados, entre los cuales debiera desarrollarse la actividad humana. Al desencajar de manera visible y concreta en estos parámetros, se establece, entonces, una condición medible dentro de la patología.

El término psicopatología puede ser usado también para denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal. Por ejemplo, la presencia de alucinaciones puede ser considerada como un signo patológico, aunque no haya suficientes síntomas presentes para completar los criterios requeridos para completar el diagnóstico de una enfermedad completa según las clasificaciones existentes (CIE-10, DSM-IV-TR).

En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cerebrales cognitivas o neurocognitivas, podría ser clasificado de psicopatología.

Hasta la fecha y en su edición más reciente, el DSM-IV-TR mantiene las siguientes categorías de clasificación:

a) Trastornos del inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia

- Retraso mental
- Trastornos del aprendizaje
- Trastornos de las habilidades motoras
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez
- Trastornos de tics
- Trastornos de la eliminación

b) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

- Delirium
- Demencia
- Trastornos amnésicos

c) Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

d) Trastornos relacionados con sustancias

- Trastornos relacionados con el alcohol
- Trastornos relacionados con alucinógenos
- Trastornos relacionados con anfetaminas
- Trastornos relacionados con cafeína

- Trastornos relacionados con el cannabis
- Trastornos relacionados con cocaína
- Trastornos relacionados con fenciclidina
- Trastornos relacionados con inhalantes
- Trastornos relacionados con la nicotina
- Trastornos relacionados con opiáceos
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

e) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

f) Trastornos del estado de ánimo

- Trastornos depresivos
- Trastornos bipolares
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

- Trastornos sexuales
- Parafilias
- Trastornos de la identidad sexual
- Trastornos de la conducta alimentaria

g) Trastornos del sueño

- Trastornos primarios del sueño
- Trastornos del sueño relacionado con otro trastorno mental

h) Trastornos del control de impulsos

-Trastornos adaptativos

-Trastornos de la personalidad:

i) Factores psicológicos que afectan al estado físico

-Trastornos motores inducidos por medicamentos

-Problemas de relación.

Todas las mujeres tienen riesgo de oscilaciones emocionales de modo que experimentan cambios hormonales extremos.

2.4.1 ¿Qué es la depresión?

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

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

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

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

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

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

- Tristeza permanente.
- Incapacidad para disfrutar de las actividades favoritas.
- Aumento de la irritabilidad.

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

2.4.1.1 Tipos de depresión

Distimia (depresión crónica): la distimia, o depresión crónica, afecta entre el 3 y el 6% de la población general, y se caracteriza por la mayoría de los síntomas que aparecen en la depresión mayor. Los síntomas en la distimia son menos intensos y duran mucho más tiempo, como mínimo dos años. Los síntomas han sido descritos como un “velo de tristeza” que afecta a la mayoría de las actividades. Típicamente, no aparecen trastornos en la conducta alimentaria o del apetito sexual. Posiblemente a causa de la duración de los síntomas, los pacientes que sufren depresión crónica no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general y un sentido de insatisfacción o desesperanza.

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

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

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

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

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

2.4.1.2 Causas de la depresión

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

-Serotonina

-Acetilcolina

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

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

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

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

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

2.4.1.3 Causas específicas de depresión en la mujer

Las mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico y de su nacionalidad, tienen unas tasas significativamente más altas de depresión que los hombres. Las causas de esta incidencia más alta parecen ser una mezcla de factores biológicos y culturales, los cambios hormonales no disminuyen o desaparecen después de la menopausia. Las evidencias sobre las causas hormonales de la depresión se basan primordialmente en las observaciones de la depresión durante estadios específicos del desarrollo femenino.

- a) Pubertad precoz: las mujeres que inician la pubertad antes de lo normal (alcanzando el punto medio a los 11 años o antes) tienen mayores probabilidades
- b) Premenopausia: las mujeres premenopáusicas (entre los 20 y los 45 años) fueron más susceptibles a la depresión, y un 22% de este grupo reportaron síntomas de depresión mayor. La disforia premenstrual (depresión severa antes del período) afecta específicamente alrededor del 3 al 8% de las mujeres en su edad reproductiva.

2.4.1.4 Factores de riesgo en la depresión

Se estima que uno de cada cinco americanos estaría afectado por alguna alteración en forma de depresión durante el curso de sus vidas. La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, independientemente de la edad, raza, clase social o género, y a veces se le llama “el resfriado común” de las enfermedades mentales. Aunque hay evidencias que sugiere que la depresión ha aumentado en las últimas décadas, en un estudio con un seguimiento de 40 años descubrió que la tasa global parecía permanecer estable, aunque el pico de depresión parece estar desplazándose hacia las mujeres menores de 45 años.

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

Depresión en hombres: la depresión no es rara en los hombres. De hecho, los chicos tienen más probabilidades de estar deprimidos que las niñas de su misma edad. Un informe interesante sugirió que los hombres tenían también más probabilidades de enmascarar su depresión usando alcohol, lo que podría resultar en una incidencia reportada de depresión menor, no de la

incidencia real. Los estudios de los judíos raíz y ortodoxos, en los que no se usa el alcohol, informan de una incidencia igual en hombres que en mujeres.

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

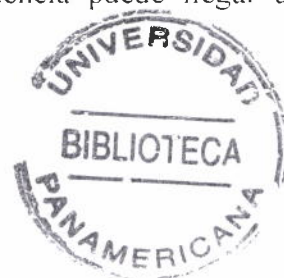
Ancianos: los estudios sugieren que, en general, un tercio de la población anciana está deprimida (de acuerdo con un estudio, solo el 10% reciben tratamiento). El proceso de envejecimiento por sí mismo no parece ser causa en todos los casos.

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

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

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

Cualquier persona que experimente vivencias negativas acumuladas, enfermedades físicas, la muerte de un ser querido, deterioro funcional, o pérdida de independencia puede llegar a



deprimirse profundamente y los ancianos son los más propensos a estos sucesos. Sin embargo, solo un 17% de los ancianos deprimidos son tratados adecuadamente.

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

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

Otro estudio describió que los mexicanos adultos que vivían en California que habían emigrado a América tenían la mitad de enfermedades psiquiátricas que los nativos Mexicanos-Americanos. Y cuanto más tiempo vivían en los EE.UU., mayor era el riesgo de problemas psiquiátricos. Por tanto, los efectos de la cultura tradicional mexicana y los lazos sociales que en ella se establecen parecen proteger a los inmigrantes recién llegados de la enfermedad mental, incluso siendo pobres. Sin embargo, eventualmente, las consecuencias de la americanización junto con la pobreza llevan a la depresión probablemente como resultado de sentimiento de aislamiento e inferioridad.

2.4.1.5 La gravedad de la depresión

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

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

2.4.1.6 Características generales

1. Depresión mayor: la recuperación de la depresión mayor es frecuente, pero también lo es la recaída. En un estudio de 10 años, cerca de dos tercios de los pacientes con depresión mayor experimentaron una recaída. Además, cada recaída aumentaba el riesgo de episodios posteriores.
2. Distimia: en un estudio de la alteración distímica, algo más de la mitad de los pacientes se recuperaron en un período de cinco años.

En el mismo estudio, más de tres cuartas partes de los pacientes sufrieron un episodio de depresión mayor. Más del 90% se recuperaron, pero el riesgo de sufrir otro episodio era mayor que el de los pacientes que solo habían tenido depresión mayor y no distimia.

2.4.1.7 Riesgo de suicidio

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

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

2.4.1.8 Factores que pueden causar la depresión

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

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

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

- b) Factores bioquímicos: se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidos como neurotransmisores.

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

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

- c) Situaciones estresantes: muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultad financiera, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.
- d) Estacionalidad: trastorno afectivo estacional (SAD), se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.

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

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

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

2.5 Psicodiagnóstico

La palabra psicodiagnóstico es un compuesto de tres vocablos griegos: «*psikhé*», «*diá*» y «*gignosko*», cuya traducción sería, conocer a fondo el alma o conocer a fondo la mente.

Psicodiagnóstico es un concepto psiquiátrico referido al diagnóstico de las enfermedades, síndromes o alteraciones mentales.

Este concepto, que partió del ámbito de la psiquiatría, también fue usado en psicología, donde se ha preferido cambiar por el de evaluación psicológica, quedando psicodiagnóstico más restringido al ámbito médico. Pese a lo anterior, el psicodiagnóstico es de uso diario y entendible tanto por psicólogos como por psiquiatras.

De lo anterior se desprende la importancia del psicodiagnóstico en sí, suele aplicarse al paciente que visita al terapeuta, con la finalidad de determinar, a fondo, lo que realmente le está aconteciendo al paciente y en base al diagnóstico o delimitación de la problemática generar un posible plan de acción, aunque este plan de acción no es materia directa del psicodiagnóstico.

El primer uso de esta palabra se encuentra en el título de un libro de 1921 del psiquiatra suizo Hermann Rorschach: con el título *Psychodiagnostik* se publicaba su prueba psicodinámica conocida como test de Rorschach, una monografía sobre interpretación de manchas de tinta.

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no alcanzan valor por sí mismos, sino en tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que sería lo que de verdad es objeto de estudio.

Al estar vinculado en sus orígenes al psicoanálisis, el psicodiagnóstico se situó a medio camino entre la ciencia y la opinión (entre la doxa y la episteme). En esta primera etapa predomina la experiencia del investigador y lo cualitativo frente a lo cuantitativo, intentando pronosticar la evolución a partir de la observación y del registro. Todo ello se hace desde la prominencia de los aspectos negativos y las conductas patológicas, descuidando otros aspectos.

La introducción de las pruebas o test psicológicos, por James McKeen Cattell dio una orientación distinta, alejada del concepto médico, que daban una visión más funcionalista y psicométrica. Esta visión abrió la posibilidad del divorcio entre conceptos psiquiátricos y psicológicos.

Sin perjuicio de lo anterior, el psicodiagnóstico se vale de una serie de herramientas adaptadas a la obtención de datos e información valiosa para el terapeuta que, con ella inicia un proceso de diagnosis en la que su fin primordial es el establecer o no la posible conducta o pensamiento desadaptado del paciente que llega a su clínica. Un juicio a priori no sería en ningún caso objetivo, sino más bien subjetivo y supeditado a los errores de percepción del terapeuta y a la forma de proyección del paciente.

Dentro de las herramientas más básicas y comunes se puede mencionar la entrevista (en sus diferentes formas) cuyo propósito es dar información general o específica, según sea el caso, del paciente, su entorno y su forma de ver y pensar sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea.

Existen otras herramientas de las cuales puede y debe hacer uso el terapeuta al momento de tratar con un paciente, tales como los test en sus diferentes formas, las pruebas psicométricas y la información proveniente de otras personas relacionadas con el paciente, con la finalidad de obtener el más amplio espectro respecto de la problemática de su paciente.

Dentro de lo anterior, quizá una de las ramas más completas y científicas de obtener la información es la de la psicometría, rama que se dedica a la medición, evaluación y cotejo de diferentes áreas del paciente, como el área cognitiva, el área proyectiva, los niveles de coeficiente intelectual, las habilidades del paciente, etc., utilizando métodos y procedimientos basados en el método científico, en el cual es posible repetir el proceso en distintas personas con un buen grado de confiabilidad y certeza.

Si se mencionara uno de los procedimientos más usados en el medio del psicodiagnóstico, se tendría el proceso de la entrevista, en sus diferentes formas, proceso que se presenta seguidamente de manera más extensa.

2.6 La entrevista psiquiátrica

Conversación que tiene como finalidad la obtención de información. La entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales, no sólo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias 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. Se incluye la técnica y la teoría en la entrevista psicológica.

2.6.1 Tipos de entrevista

a. Entrevista cerrada

Las preguntas ya están previstas, tienen un orden y una forma de ser planteadas que no pueden ser modificadas por el entrevistador. Es en realidad un cuestionario. Se deben tomar en cuenta los aspectos no verbales de la misma, como son las expresiones que acompañan al discurso, la manera como se presenta, la vestimenta, la apariencia general, como se sienta, el tono de voz y el tono afectivo que prevalece durante la entrevista.

b. Entrevista abierta

El entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones permitiendo toda la flexibilidad necesaria para cada caso particular. Hay una flexibilidad que permite 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 cerrada puede permitir una mejor comparación sistemática de datos.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico de esta relación es que uno de los integrantes es un técnico de la psicología que debe actuar ese rol, y el otro necesita de su intervención técnica. Consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber qué es lo que está pasando en la misma y debe actuar según este conocimiento. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos escuchando, vivenciando y observando, de tal manera que quedan incluidas las 3 áreas del comportamiento del entrevistado.

La entrevista encierra una serie de características que le permiten un estudio científico, sobre las cuales se debe entrenar el terapeuta fin de dominar mejor esta técnica. Algunas de las características sobresalientes de este procedimiento se detallan a continuación:

2.6.2 La entrevista como campo

En la entrevista se tiene configurado un campo, es decir que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. Se podría decir que el entrevistador controla la entrevista, pero que quien la dirige es el entrevistado. La relación entre ambos delimita y determina el campo de la entrevista y todo lo que en ella acontece, pero el entrevistador debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea predominantemente establecido y configurado por él.

Ninguna situación puede lograr la emergencia de la totalidad de conductas de una persona, y por lo tanto, ninguna entrevista puede agotar la personalidad del paciente, sino solo un segmento de la misma.

Para obtener el campo particular de la entrevista que se ha reseñado, se debe contar con un encuadre fijo, que consista en una transformación de cierto conjunto de variables en constantes. Dentro de este encuadre se incluyen, no sólo la actitud técnica y el rol del entrevistador sino también los objetivos, el lugar y el tiempo de la entrevista. El encuadre funciona como una especie de estandarización de la situación, estímulo que ofrece al entrevistado pretendiendo, no que deje de actuar como estímulo para él, sino que deje de oscilar como variable para el entrevistador. Si el encuadre se modifica (p.ej., porque la entrevista se realiza en un sitio diferente), esta modificación tiene que ser considerada como una variable sujeta a la observación tanto como lo es el mismo entrevistado.

2.6.3 Transferencia y contra transferencia

La transferencia es la actualización de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del entrevistado; que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

En la contra transferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el entrevistador, como emergentes del campo psicológico que se configura en la entrevista; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él. Dependen de alto grado de la historia personal del entrevistador, pero si aparecen o se actualizan en un momento dado en la entrevista es porque en ese momento hay factores que se operan para que ellos sucedan así.

Transferencia y contra transferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y por eso mismo también se dan en la entrevista. La diferencia reside en que en ésta última deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión.

2.6.4 Ansiedad en la entrevista

Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad.

2.6.5 El entrevistador

El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el objeto que debe estudiar es otro ser humano; el contacto directo con seres humanos enfrenta así al técnico con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no gradúa este impacto su tarea se hace imposible: o tiene mucha ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y la tarea es estéril.

El entrevistador debe operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa. Esta disociación con la que tiene que operar el entrevistador es a su vez funcional o dinámica, en el sentido que tiene que actuar permanentemente la proyección e introyección, y tiene que ser lo suficientemente plástica o “porosa” para que pueda permanecer en los límites de una actitud profesional.

Una mala disociación con intensa y permanente ansiedad, hace que el psicólogo desarrolle conductas fóbicas u obsesivas frente a sus entrevistas, y entonces evita hacer entrevistas o interpone instrumentos y test para evitar el contacto personal y la ansiedad consiguiente. La defensa obsesiva se manifiesta en cambio en entrevistas estereotipadas en que todo está arreglado

y previsto, en la elaboración rutinaria de historias clínicas; la entrevista se transforma en un ritual. Otro riesgo es el de la proyección de los propios conflictos sobre el entrevistado y una cierta compulsión a ocuparse, indagar o hallar perturbaciones en la esfera en que las está negando en sí mismo.

El entrevistador tiene que jugar los roles que le son promovidos por el entrevistado, pero sin asumírselos en totalidad. Jugar el rol significa percibir el rechazo, comprender; hallar los elementos que lo promueven, las motivaciones del entrevistado para que ello ocurra y utilizar esta información para esclarecer el problema o para promover su modificación en el entrevistado. Cuanto más psicópata el entrevistado, tanto más fácil se posibilita que el entrevistador asuma y actúe los roles. Asumir el rol implica la ruptura del encuadre de la entrevista. Fastidio, ira, bloqueo, lástima, cariño, rechazo, seducción, etc., son todos los indicios contra transferenciales que el entrevistador debe percibir como tales en la medida en que se producen y tiene que resolverlos analizándolos para sí mismo en función de la personalidad del entrevistado, de la suya propia y en función del contexto y el momento en que aparecen en la comunicación.

2.6.6 El entrevistado

En términos generales, para que una persona concorra a una consulta, debe haber llegado a una cierta percepción o *insight* en que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o modificado o bien, se percibe a sí mismo, con ansiedad y temores.

Schilder ha reunido en cinco grupos los individuos que concurren al médico, ellos son: 1) los que concurren por quejas corporales; 2) por quejas mentales; 3) por quejas debidas a la falta de éxito; 4) por quejas referentes a dificultades en la vida diaria; 5) por quejas de otras personas.

Siguiendo en cambio la división de P. Riviere de las áreas de conducta, se pueden considerar tres grupos, según que el predominio recaiga sobre los síntomas, quejas o problemas en el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo. El paciente puede tener quejas o acusaciones, en el primer caso predomina la ansiedad depresiva mientras que en el segundo la ansiedad paranoide.

Se pueden reconocer y diferenciar entre el entrevistado que viene a la consulta del que traen o aquel que “lo han mandado”. El que viene, tiene un cierto *insight* de su enfermedad y corresponde al paciente neurótico; mientras que el psicótico, en cambio, es traído. El que no tiene motivos para venir pero viene porque lo han mandado, corresponde a la psicopatía: es aquél que hace actuar a otros y delega en otro sus preocupaciones y malestares.

El que viene a la consulta es siempre un emergente de los conflictos grupales de la familia; se diferencia además entre el que viene solo y el que viene acompañado, que representan distintos grupos familiares.

Otro tipo es el que viene acompañado por una persona, familiar o amigo, que es el caso del fóbico que necesita acompañante.

En los grupos que concurren a la consulta, el psicólogo no tiene por qué aceptar el criterio de la familia sobre quién es el enfermo, sino que debe actuar considerando a todos sus miembros implicados y al grupo como enfermo. En estos casos, el estudio del juego de roles y de la dinámica del grupo son los elementos que sirven de orientación para hacer tomar *insight* de la situación a todo el grupo.

2.6.7 Funcionamiento de la entrevista

Lo que ofrece un entrevistador debe ser lo suficientemente ambiguo como para permitir la mayor puesta en juego de la personalidad del entrevistado.

Existe un límite donde la ambigüedad no debe existir, éste cubre todos los factores que intervienen en el encuadre de la entrevista: tiempo, lugar y rol técnico del profesional. El tiempo se refiere a un horario y un límite en la extensión de la entrevista; el espacio abarca el marco o el terreno ambiental en el cual se realiza la entrevista. El rol técnico significa que en ningún caso el entrevistador debe permitir ser presentado como un amigo en un encuentro fortuito. Tampoco debe el entrevistador entrar con sus reacciones ni con el relato de su vida, tampoco entrar en

relaciones comerciales o de amistad, ni pretender ningún beneficio de la entrevista que no sean sus honorarios y su interés científico o profesional.

Tampoco debe ser utilizada como una gratificación narcisista en la que se juega de mago con un despliegue de omnipotencia. La curiosidad debe limitarse a lo necesario para el beneficio del entrevistado. Todo lo que sienta como reacción contra transferencial debe ser considerado como un dato de la entrevista, no debiendo responder ni actuar frente al rechazo, la rivalidad o la envidia del entrevistado. La petulancia o actitud arrogante o agresiva del entrevistado no debe ser ni cómoda, ni sometida; no se trata ni de triunfar ni de imponerse al entrevistado. Lo que corresponde es averiguar a qué se deben, como funcionan y qué efectos acarrea al entrevistado. El entrevistado tiene derecho, aunque se tome nota de ello e inclusive se advierta al mismo entrevistado sobre su represión o su desconfianza.

La apertura de la entrevista tampoco debe ser ambigua, pronunciando frases generales o de doble sentido. El entrevistado debe ser recibido cortésmente pero no efusivamente; si se tiene datos del entrevistado proporcionados por otra persona, se le debe informar tanto como anticipar al informante, al comienzo de la entrevista que estos datos no serán mantenidos en reserva. La reserva del entrevistador para con los datos que proporciona el entrevistado se halla implícita en la entrevista, y si de la misma se eleva un informe a la institución, esto debe también conocerlo el entrevistado. La reserva y el secreto profesional rigen también para los enfermos psicóticos y para el material de las entrevistas con los niños; en este último caso, no deben sentirse autorizados para relatarle a los padres detalles de la entrevista con sus hijos.

El fin de la entrevista debe ser respetado como todo el encuadre, y la reacción a la separación es un dato de gran importancia, tanto como la evaluación de cómo se va el entrevistado y cómo quedamos nosotros contra transferencialmente con él.

2.6.8 Los errores más frecuentes en la entrevista

Existen una serie de errores que suelen cometer los entrevistados y que deberían tener en cuenta para futuras entrevistas:

Impuntualidad. Llegar tarde es empezar mal la entrevista.

No saber adaptarse. Tratar de relajarse y seguir el tono de charla con el psicólogo.

Interrogar al entrevistador.

Divagar. Las respuestas deben ser precisas y puntuales. No contestar con indirectas.

2.7 Psicoterapia

La psicoterapia es quizá, el área más útil para el paciente que se encuentra sufriendo de algún tipo de psicopatología y quizá la razón principal por la que el paciente llega al consultorio del terapeuta, esa razón es la de buscar una manera de resolver su problema actual. Precisamente la psicoterapia contiene una serie de técnicas y procedimientos encaminados a resolver las situaciones y aspectos psicológicos desadaptados que aquejan al paciente.

Etimológicamente hablando, la palabra psico proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra terapia proviene de la palabra griega *Therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida a otro. Entonces psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu o alma o ser de otra persona.

La psicología tiene sus orígenes en el acrecentamiento del interés por aumentar el bienestar del hombre, esto hizo que surgieran nuevos métodos de investigación y nuevas conceptualizaciones sobre la conducta humana y su dinámica. La historia del psicoanálisis es un ejemplo claro de este enunciado. La preocupación de Freud por lo que él consideraba dificultades humanas, en particular por las histerias y su deseo de mejorar tal estado de cosas, fue el punto de partida para el desarrollo de una teoría, así como de un método de investigación de la conducta humana.

Salta a la vista que tanto la psicología y sus aplicaciones en psicoterapia corren paralelas con la historia de todas las demás disciplinas, tales como la física, la biología, etc.

Fue a mediados del siglo XVIII cuando se produjo una oleada de interés por el hombre, su naturaleza y su posición en el universo. Resulta difícil señalar una fecha o acontecimiento preciso, como punto de partida de las épocas científicas, bien puede situarse ese inicio del intento sistemático de estudiar y comprender al hombre en el año 1879, cuando Wundt abrió las puertas del primer laboratorio psicológico en la universidad de Leipzig, Alemania.

a. Definición

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación.

Por otro lado se tiene a los terapeutas que no están del todo de acuerdo con el término psicoterapia y han optado por usar el de "*Counseling*" (consejo o consejería) ya que no lleva implícito el término tratamiento o cura.

Thomas Szasz (1988:32) sugirió el término *iatrológico* referido a la provisión de "palabras sanadoras" si bien el término puede ofrecer una descripción más precisa de la profesión del psicoterapeuta, no es un término familiar para la mayoría de las personas.

Vale la pena mencionar que en la definición se pueden adoptar términos de paciente como el de cliente para referirse a la misma persona, o de terapeuta o consejero a la persona que dirigirá el proceso.

b. Relación terapéutica:

Se determina que la relación terapéutica será la interacción entre terapeuta y paciente y esta debe estar basada en ciertos componentes necesarios para el buen desarrollo del proceso terapéutico.

Los pacientes o clientes llegarán al consultorio en busca de ayuda, en la que esperan encontrar a una persona investida con el potencial de brindar dicha ayuda. El terapeuta debe contar con las herramientas necesarias para poder abordar la problemática del paciente y poder crear un proceso terapéutico que resuelva dicha problemática.

Dentro del proceso de la relación terapéutica es posible encontrar varios elementos como la transferencia, la contra transferencia, el *feedback*, el *insight*, la confianza, el ambiente, etc., todos elementos que pudieran estar o no presentes en un proceso de esta naturaleza.

También es necesario observar que dentro de esta relación el terapeuta también persigue un pago por sus servicios y al mismo tiempo el paciente o cliente estará dispuesto a pagar por ellos para obtener una mejora en su problemática.

c. Metas

La psicoterapia no es un tratamiento que el paciente recibe, es una relación de trabajo entre terapeuta y cliente, encaminada a buscar soluciones a los problemas de los clientes, que sean más ventajosas que las que están utilizando actualmente.

Tal como lo señala Irvin Yalom (1980:231) “Los terapeutas deben determinar qué rol desempeña un paciente en concreto, en su propio dilema, y encontrar maneras de comunicar este *insight*”, esto significa que el terapeuta debe visualizar la realidad del *rolplaying* de su paciente y luego de haberlo determinado, buscar la manera, por medio de técnicas y procedimientos, de que el paciente se logre visualizar en ese rol y solamente en este caso el paciente podrá entender su problemática e iniciar el proceso de curación.

El proceso terapéutico conlleva una serie de metas que pueden ser:

- 1) De la patología al enfrentamiento: los pacientes llegan a la terapia, debido a que las soluciones que están aplicando o las que saben usar no están funcionando con el problema actual. El problema del terapeuta es determinar en donde se están atascando sus clientes y ayudarles a salir de ese atascamiento, ya sea por medio de modificación de sus comportamientos, actitudes o modos de pensar.

- 2) Cambio en lugar de curación: no se puede hablar de curación en un proceso terapéutico, sino de cambio por parte del paciente, ese cambio es el que dará la curación necesaria a él mismo. Los clientes deben de llegar a un punto en el que crean que:
 - a. Solo yo puedo cambiar el mundo que he creado
 - b. No hay peligro en cambiar
 - c. Para conseguir lo que realmente quiero, debo cambiar
 - d. Tengo el poder de cambiar

- 3) El cliente es responsable: los síntomas y problemas de un cliente son, a menudo, una expresión de pérdida de control, la incapacidad o falta de voluntad del cliente para controlar su vida. El terapeuta debe eliminar los conceptos de “no puedo”, “no pude evitarlo”, “tuve que hacerlo” y animarle a decir “deseo hacerlo”, “decidí hacerlo”, etc. En todo caso el paciente deberá comprender que es responsable de una de las dos siguientes cosas 1. De la causa del problema o 2. De la solución del problema. Claro que lo anterior no aplicaría a una persona en estado psicótico o por ejemplo una persona esquizofrénica.

- 4) Superar la desmoralización y ganar esperanza: los sentimientos de desmoralización, son comunes en los clientes de la psicoterapia, en los cuales se incluyen la baja autoestima, incompetencia y desesperanza y se manifiestan comúnmente como depresión, ansiedad o soledad. Se debe instar al paciente a tomar una actitud esperanzadora en la persiga enérgicamente sus metas. Las personas esperanzadas tienen una sensación de fuerza, energía y determinación.

- 5) Fomentar la competencia y la autosuficiencia: el paciente deberá tener una idea de independencia y de dominio de sí mismo y del mundo circundante y en este sentido adquirir libertad de acciones. La autosuficiencia inspira a las personas a establecer metas significativas porque tienen fe en poder alcanzarlas. Las personas con auto eficacia desarrollan confianza en sus competencias de afrontamiento, son menos propensas a reaccionar ante los desafíos de la vida con ansiedad y depresión.
- 6) Superar la evitación: una fuerza motora detrás de los muchos problemas es la evitación. Debido a que hay problemas que no se resolverán por si solos la evitación resulta inútil, otra desventaja de la evitación, como estilo de afrontamiento, es que impide el uso del *feedback* personal es objetivo principal de la psicoterapia ayudar a los clientes a superar la evitación y enfrentarse con sus problemas firmemente hasta encontrar soluciones apropiadas para los mismos. Seltzer (1986).
- 7) Ser consciente de las ideas erróneas de uno mismo: es habitual que las personas depresivas, por ejemplo, tengan el siguiente tipo de ideas erróneas: “soy, he sido y seguiré siendo un ser sin esperanza”; “soy rechazado por la mayoría de las personas porque no tengo nada que ofrecer y no les gusto”. Las personas obsesivas mantienen habitualmente ideas erróneas del siguiente tipo: “debo ser ordenado, preciso y perfecto en todo lo que hago”; “debo depender del intelecto y la lógica e ignorar mis sentimientos”. Estas ideas erróneas son muy semejantes al tipo de distorsiones cognitivas por Aaron Beck (1967, 1976). También existen las creencias falsas como: “debo controlar a los demás”; “debo ser superior a los demás”; “sufro más que los demás”. Al paciente debe permitírsele un auto examen, reflexiones, confrontaciones, auto demostración y experimentación.
- 8) Aceptar las realidades de la vida: los clientes aprenden una serie de lecciones en la terapia acerca de aceptar y afrontar las realidades de la vida. Vea las siguientes elecciones expuestas por Strupp (1973) similares a las Ellis (1987) “El mundo tiene aspectos buenos y malos”; “debemos aprender a ser menos exigentes respecto a los demás”; “necesitamos aprender a

gratificarnos por nuestros logros”; “establecer metas realistas”; “tenemos más fuerza de la que nos imaginamos”.

9) Lograr *insight*: gira en torno a ayudar a los clientes a tomar conciencia de por qué eligen funcionar como lo hacen. Aunque el insight no es ni necesario ni suficiente para el cambio terapéutico, si puede ser beneficioso, por ejemplo: el cliente que conoce su pasado puede

sentirse investido de un poder para cambiarlo, también le da la sensación de estar siendo comprendido.

d. Principios

A lo largo de la historia se han desarrollado múltiples principios terapéuticos que parecen ser compartidos por la mayoría de los psicoterapeutas por ejemplo: Gerome Frank (1982:17,18) identifica cuatro componentes compartidos por todas las formas de psicoterapia:

- 1) Una relación de confianza
- 2) Un marco de curación
- 3) Fundamento racional
- 4) Un ritual

De igual forma Judd Marmor (1985), Nicholas Hobbs (1962) y Marvin Golfried (1980) entre otros han aportado principios terapéuticos de gran valor a la psicoterapia. Dentro de los principios terapéuticos comunes se pueden mencionar los siguientes:

- 1) Intercambio de pago por servicio: describe el proceso del pago de una cuota por parte del cliente a cambio de un servicio por parte del terapeuta. Lo que los clientes están pagando desde la perspectiva de Szasz es un diálogo socrático basado en la filosofía de que dos cabezas son mejor que una.

- 2) Ofrecer consejo: averigua lo que quieren hacer y aconséjalos que lo hagan. En muchos de los casos los terapeutas evitan dar consejo ya que ofrecer consejo no parece ser una ayuda en psicoterapia.
- 3) 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 al cliente a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva.
- 4) Ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos: la tarea del terapeuta es permitir la transferencia del cliente con el fin de desarrollar y proporcionar *insights* e interpretaciones adecuadas al revivir el pasado reprimido. Freud lo utilizaba con el fin de incluir el transferir sentimientos y pautas de actuación. No solo proveniente de conflictos infantiles con los padres, sino también con otras personas significativas en el curso de su vida.
- 5) Establecer una experiencia emocional correctiva: consiste en exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales, que no pudo resolver en el pasado con los siguientes ingredientes: una relación terapéutica segura, empatía del terapeuta y reexperimentar en el aquí y en el ahora.
- 6) Promover expectativas positivas: los clientes se desenvuelven mejor en la terapia cuando tienen expectativas positivas son un componente importante en todos los acercamientos psicoterapéuticos en primer lugar reforzarles por haber llegado a la terapia ya que indica que se preocupan por sí mismos. El paciente debe estar de acuerdo en que la manera en la que van a trabajar juntos es muy importante y que tiene muchas posibilidades de ser efectiva. Inculcar expectativas realistas indicando al cliente que pudiera sufrir inevitables altibajos. Proporcionar alivio a los síntomas aminorando los dolores y preocupaciones inmediatas.
- 7) Permitir la expresión de emociones: es el imaginar el proceso sin que clientes y terapeutas experimenten emociones. Hay emociones primarias, secundarias e instrumentales. Las

primarias son sentimientos auténticos del aquí y el ahora, las secundarias son las emociones que interfieren en la solución de problemas como la ira, depresión y ansiedad y las instrumentales son utilizadas consciente o inconscientemente para alcanzar un logro personal.

- 8) Ejercer una influencia social: es imposible que un terapeuta no tenga sus propias creencias, valores y formas de comprender el mundo y que éstas no influyan sobre su forma de trabajar a esto podemos denominarle: un “sello personal del terapeuta”, esto permite usar diferentes tonalidades en abordaje del cliente.
- 9) Promover la práctica de nuevas competencias: ofrecer a los pacientes la oportunidad de practicar nuevas competencias, nuevas formas de comportarse, pensar y sentir. Deben ser puestas en práctica primero en la terapia y posteriormente en la vida del cliente. Un método común para establecer esta práctica es el empleo de tareas para casa.

a. Técnicas

Los terapeutas pueden tener acceso a sus clientes y los problemas de estos por medio de diferentes técnicas terapéuticas y su uso dependerá de cada cliente y problema en particular. La personalidad y habilidad técnica del terapeuta están entrelazadas y reflejan la totalidad de la personalidad del terapeuta y su experiencia profesional.

Las técnicas deberán de comprender las técnicas en sí y las competencias del terapeuta tales como: una competencia verbal adecuada, un adecuado sentido del humor, capacidad de empatía, autenticidad del terapeuta, apertura del terapeuta y otras más.

Toda técnica a utilizar con el paciente debe caminar de la mano de la ética profesional esa ética debe incluir el consentimiento informado, que no es más, que lo que yo prometo hacer lo hago y lo que no prometo hacer no lo hago. Así como de informar al paciente sobre los procedimientos terapéuticos y sus propósitos, así como el rol del terapeuta y sus cualificaciones profesionales, incomodidades o riesgos potenciales y desde luego el punto de confidencialidad entre otros.

Dentro de las técnicas terapéuticas se debe contemplar la habilidad de un adecuado inicio así como de una acertada finalización de la técnica. Existe una gran variedad de técnicas dependiendo del modelo fenomenológico que el terapeuta considere conveniente así como de las escuelas y de los avances en psicoterapia.

Dentro de las escuelas psicológicas y psicoterapéuticas se puede mencionar: El psicoanálisis Freudiano impulsado por Sigmund Freud quien nació en Moravia el 6 de mayo de 1956. Freud, como los grandes hombres que han evolucionado el curso de las ideas humanas tuvo geniales intuiciones que aún hoy día poseen vigencia, dentro de las que podemos mencionar están la represión, la naturaleza sexual de los impulsos reprimidos y su metodología. Freud supo determinar la estructura de la personalidad y el desarrollo de la misma y posteriormente desarrolla la terapia psicoanalítica.

Dentro de los seguidores de Freud, tenemos la psicología analítica de Jung, la psicología evolutiva de Erickson o la psicología socio analítica de Fromm.

Otra de las técnicas muy difundidas a nivel mundial es la corriente comportamental en donde se persigue la modificación de la conducta por medio de condicionamientos, como el condicionamiento clásico o el condicionamiento operante. En donde podemos destacar a Pavlov, Watson, Skinner y otros y posteriormente a otros más en una corriente neocomportamentalista como Bandura.

También existe la técnica de la terapia cognitivo–conductual en la cual se hace referencia a los procesos cognitivos del paciente para su posterior modificación de su conducta problema.

Por otro lado tenemos la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers cuyas técnicas en esta terapia son modos de expresar y comunicar aceptación incondicionada, respeto y comprensión y permiten al cliente comprender que el terapeuta está tratando de ver su problema desde el marco de referencia del cliente mismo, Rogers fue un impulsor y defensor del concepto del “yo” (*self*).

En Alemania, surge una nueva teoría con su respectiva técnica llamada: teoría de la gestalt, llamada también psicología de la forma. Dentro de los pioneros de esta terapia se puede mencionar a Perls.

Sin embargo el terapeuta actual aparte de contar con diferentes técnicas tradicionales cuenta hoy en día con una diversidad amplia de terapias alternativas en las cuales puede encontrar apoyo psicoterapéutico y en algunos casos mayor aceptación por parte del paciente quien puede mostrarse más dispuesto a tomar una terapia alternativa frente a una terapia tradicional.

Cada terapia así como cada corriente terapéutica utiliza sus propias técnicas es por ello que el terapeuta debe conocer a profundidad las terapias con las que más logre familiarizarse ya que es imposible manejar todas las terapias o técnicas terapéuticas con la misma destreza.

Las líneas o corrientes psicoterapéuticas siguen desarrollándose y definiéndose a partir de sus avances prácticos, y se da el caso de que algunas terminan confundándose en términos de lo que se realiza concretamente en el contexto terapéutico. No obstante, en la actualidad parece haber consenso respecto de que ninguna de ellas por sí sola da cuenta de la totalidad de la experiencia humana, sirviendo sólo como modelos aproximativos para la comprensión del hombre y su mundo.

Atendiendo a cada línea psicoterapéutica en particular, ha surgido en el último tiempo un movimiento integrador dentro de la psicoterapia, que pretende, más que generar modelos teóricos nuevos, integrar tanto en el plano epistemológico, teórico y técnico elementos de diferentes escuelas psicológicas.

La siguiente es sólo una lista parcial de las diferentes líneas y modelos terapéuticos:

a) Corriente psicoanalítica o psicodinámica

- Psicoanálisis de Sigmund Freud
- Psicología analítica de Carl Jung

- Terapia Adleriana de Alfred Adler
- Terapia psicodinámica

b) Corriente conductual y cognitivo – conductual

- Psicología conductista
- Modificación de la conducta (Kazdin, Lindsey)
- Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg)
- Terapia de la conducta (Wolpe, Marks, Yates)
- Terapia cognitiva analítica
- Terapia racional emotiva de Albert Ellis
- Biofeedback*

c) Corriente humanista

- Psicología humanista
- Terapia centrada en el cliente de Carl Rogers
- Logoterapia de Viktor Frankl
- Psicología arquetípica de Carl Jung
- Análisis transaccional
- Terapia gestáltica de Fritz Perls

d) Corriente construccionista

- Terapia familiar
- Terapia sistémica

e) Otras corrientes o terapias alternativas

- Arteterapia
- Musicoterapia
- EMDR
- Terapias de energía

-Aromaterapia

Como se puede observar, las diferentes corrientes han llegado a generar muchas de las técnicas que se han usado y muchas de las que se usan actualmente, cabe mencionar que las técnicas varían en relación al estado del paciente, como a las necesidades específicas de la afección del mismo. Es por ello que se hace importante el conocimiento profundo de las corrientes y al mismo tiempo contar con algunas de las posibles técnicas terapéuticas de cada una de ellas. Hoy en día es más común observar a psicólogos de una nueva corriente ecléctica, la que conlleva una buena amalgama de las diferentes técnicas que pudieran dar un resultado más integral al paciente y a su problemática particular.

2.7.4 Principales formas de psicoterapia

La terapia de *insight* con metas reeducativas es aquella cuyos objetivos consisten en promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades. Busca corregir patrones de conducta alterados y desordenados, con el objeto de ayudar al paciente a utilizar sus recursos para obtener mayores satisfacciones en el trabajo, en sus relaciones interpersonales y en su ajuste social, brindándole explicaciones de su conducta e indicándole cuáles son sus hábitos.

La relación terapeuta-paciente está enfocada al logro de una verdadera modificación de las actitudes y conducta del paciente, de esta manera, la persona se vuelve capaz de adquirir nuevos modelos de actuación, al suprimir las conductas indeseables.

La duración de la terapia de grupo es de varios cientos de sesiones, y éstas de 1 a 2 veces por semana.

Existe una variedad considerable de terapias de corte reeducativo, algunas de ellas son:

- Terapia conductual y condicionada
- Terapia de relación “Postura terapéutica”
- Terapia de actitudes
- Entrevista psicoterapéutica
- Terapia centrada en el cliente
- Terapia directiva
- Análisis distributivo y síntesis (Terapia psicobiológica)
- Asesoramiento terapéutico
- Terapia racional emotiva
- Terapia reeducativa grupal
- Terapia matrimonial
- Terapia familiar (estructural-sistémica)
- Terapia gestalt
- Psicodrama
- Biblioterapia
- Terapia semántica
- Aproximaciones filosóficas (existencial, zen budista, etc.)

Cabe mencionar que las psicoterapias reeducativas pueden tener aplicaciones en grupo, solo que aquí el terapeuta requiere un entrenamiento especializado en el manejo de relaciones interpersonales para poder establecer, modificar o suprimir diferentes aspectos de la transferencia y las resistencias de cada uno de los pacientes. La terapia de grupo con metas reeducativas puede emplearse en alteraciones de actitud y en problemas de patrones de conducta.

Los grupos terapéuticos de tipo reeducativo ofrecen una oportunidad para resolver algunos disturbios emocionales, en las relaciones interpersonales y otras, al acondicionar una atmósfera en la cual ninguna persona es rechazada ni ridiculizada por sus impulsos neuróticos, con lo cual el individuo llega a ser más tolerante y menos defensivo con los demás.

2.7.4.1 Terapia conductual

Para lograr una mejor comprensión del amplio panorama en que la terapia conductual se aplica, es necesario hacer un breve repaso de sus conceptos básicos, los cuales se clasifican en tres categorías:

1. Condicionamiento y aprendizaje.
2. Procesamiento de la información en el organismo humano.
3. La naturaleza de los seres humanos y sus problemas.

Condicionamiento y aprendizaje

El condicionamiento cuenta con dos tipos de paradigmas: El clásico y el instrumental. Dentro del condicionamiento clásico se distinguen dos categorías básicas: La apetitiva y la aversiva. La apetitiva se refiere al famoso experimento de Pavlov donde el estímulo condicionado (EC), que con frecuencia es una campana o un zumbador, provoca salivación en el perro (respuesta incondicionada y condicionada), cuando se aparea con un estímulo incondicionado (EI) que por lo general es alimento; para, y de manera posterior presentarse solo. La aversiva consiste en el experimento un tanto menos famoso realizado por Bechterev en 1932, Yates (1973), donde en un EC apareado a un EI (que por lo común es un choque eléctrico) genera una flexión involuntaria de la pata del perro, cuando se presenta solo. El punto crítico a destacar en este paradigma del condicionamiento clásico es que el EI está bajo el control del experimentador, por lo que el animal no puede escapar del EI ni evitarlo mediante una respuesta anticipatoria.

Los principales constructos teóricos, para los parámetros del condicionamiento y del aprendizaje, son los siguientes:

- Curva de adquisición
- Extinción
- Recuperación espontánea

- Readquisición
- Generalización
- Discriminación
- Condicionamiento de orden superior
- Jerarquía de familias de hábitos
- Pulsión
- Inhibición
- Reforzamiento

Hull (1943, citado en Hilgard y Bownier, 1977) definió al estímulo reforzante como aquel que reduce la pulsión que motiva el comportamiento, lo cual produce el reforzamiento. Skinner eliminó la parte conceptual de la definición anterior, al concebir al estímulo reforzante como aquel que aumenta la probabilidad de que ocurra la respuesta que precedió de inmediato al estímulo reforzante. Ahora se sabe que la fuerza del hábito no aumenta en función del número de ensayos reforzados, sino que la ejecución del hábito es una función del reforzamiento. Para hablar de reforzamiento es necesario distinguir entre:

a) Reforzadores positivos y negativos

Un reforzador positivo es un estímulo cuya presentación aumenta la probabilidad de evocación del comportamiento anterior, mientras que uno negativo es aquél cuya supresión aumenta la probabilidad de evocación del comportamiento anterior.

b) Castigo

Azrin y Holz en 1966 (citados en Yates 1973) definieron de manera empírica al castigo como *una* reducción de la probabilidad futura de una respuesta específica, como resultado de la aplicación inmediata de un estímulo ante esa respuesta.

Reforzamiento primario y secundario

Programas de reforzamiento

2.7.4 Procesamiento de la información en el organismo humano

Con frecuencia, el organismo se ve bombardeado con un gran número de estímulos, de los cuales tiene que atender algunos segmentos apropiados e ignorar el resto (al menos de manera temporal), si ha de mantener una relación significativa con el medio. El problema de la atención selectiva tiene tanto un interés como una importancia considerables para la terapia de comportamiento, puesto que es posible conceptualizar ciertos trastornos en términos de una falla en la atención selectiva o como resultado de un procesamiento erróneo de la información suministrada.

2.7.4.2 Naturaleza de los seres humanos y sus problemas

La terapia conductual depende de un conjunto de aseveraciones fundamentales acerca de la naturaleza de los seres humanos y de sus problemas, entre ellas están: Los trastornos psicológicos representan cierta combinación de determinantes biológicos y factores de aprendizaje.

La conducta anormal, que es un producto de los factores de aprendizaje, se adquiere y mantiene de acuerdo con los mismos principios que la conducta normal.

Las disfunciones atribuibles al aprendizaje deficiente o inadecuado, e incluso las muchas perturbaciones con fuertes entradas de información biológica pueden aliviarse mediante la aplicación de técnicas derivadas de los principios del aprendizaje.

Los problemas presentados se consideran como problemas reales y se investigan por mérito propio, más que ser considerados como síntomas de algún problema o proceso subyacente.

El foco de atención se centra en el presente más que en los antecedentes remotos o en los procesos inconscientes. Se enfatizan los antecedentes inmediatos y los factores actuales que mantienen la conducta, sin embargo, esto no contradice, de ninguna manera, la importancia de las primeras experiencias vitales o la operación de los procesos mentales externos a la conciencia.

El terapeuta es activo e interactivo y con frecuencia asume el rol de un maestro por lo cual sirve como modelo.

2.7.5 Técnicas de terapia conductual grupal

2.7.5.1 Condicionamiento clásico

a) Desensibilización sistemática

Esta técnica de reducción de la ansiedad fue desarrollada por Salter en 1949 y Wolpe en 1958 (citados en Slaikeu, 1992). Se basa en la hipótesis de que la respuesta de angustia puede inhibirse al ser sustituida por una actividad antagónica.

b) Implosión

En 1966, Stampfel (citado en Slaikeu, 1992), fue el primero en desarrollar esta técnica de reducción de ansiedad. Se basa en el supuesto de que la ansiedad puede extinguirse si se logra que el paciente experimente la no ocurrencia de aquello que, como resultado, espera sea muy angustiante.

c) Auto vigilancia

Esta es una de las técnicas más importantes, debido a sus funciones tanto de evaluación como terapéuticas. La observación de la propia conducta (adaptativa y desadaptativa) y el registro de dichas observaciones, constituyen una de las piedras angulares del enfoque conductual.

2.7.5.2 Condicionamiento operante

a) Programa de reforzamiento

Estos programas intentan la modificación de la conducta mediante la manipulación de sus consecuencias, pues el organismo actual y el ambiente responden de una manera que influye sobre la conducta futura. Dentro de estas técnicas se encuentran:

- Reforzamiento
- Castigo
- Reforzamiento diferencial

b) Auto reforzamiento

- Formulación de contratos: es una de las técnicas derivadas del enfoque de manejo de contingencias, y se ha utilizado de manera extensa en varios contextos, de manera particular en ambientes institucionales, en relaciones progenitor-hijo y entre cónyuges.
- Economía de fichas: en general se aplica en sistemas institucionales cerrados y en familias, a través de otorgar fichas a pacientes, niños o internos cuando realizan conductas adaptativas y retirar estas fichas (costo de respuesta). Cuando manifiestan conductas desadaptativas. Las fichas se intercambian, en algún momento por reforzadores de apoyo que pueden tomar la forma de recompensa materiales o de permisos para realizar actividades muy deseadas.

c) Modelamiento

- Ensayo de conducta: consiste en la simulación de situaciones reales en el consultorio con el propósito de entrenar y enseñarle al paciente conductas nuevas más eficaces. El individuo debe superar toda inhibición inicial asociada con la representación de roles, pues tanto esta como la imitación, la instrucción y la realimentación son procedimientos utilizados para modificar no solo el contenido sino también el estilo de sus pautas de comportamiento.
- Resolución de problemas: a menudo la incapacidad para enfrentar situaciones problemáticas con sus consecuencias personales y sociales da por resultado desordenes emocionales o conductuales que requieren de tratamiento psicológico. Es posible aumentar la eficacia de una persona mediante el entrenamiento de las aptitudes.

2.7.6 Aplicación de la terapia conductual al grupo terapéutico

En la terapia conductual de grupo, una persona o personas intentan modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados, mediante la aplicación sistemática de procesos y procedimientos válidos en términos empíricos, donde por lo general se reúnen datos para evaluar el impacto de dichos procedimientos sobre los miembros del grupo.

Se ha hecho una distinción entre la terapia en el grupo y la terapia a través del grupo, en la primera el líder aplicará al grupo la misma terapia que proporciona a los pacientes individuales, ya sea de manera simultánea o en serie. En el segundo caso los miembros representan un papel crítico en la terapia a través de modelar y reforzar procedimientos y otros elementos de la dinámica grupal. La terapia conductual de grupo se desarrolló debido a que puede hacer un uso más eficiente del tiempo y esfuerzo del clínico, además de promover el contrato terapéutico con un gran número de personas que necesitan ayuda.

La psicoterapia consiste, básicamente, en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje, y reaprendizaje, basado en 1) una teoría de la personalidad conocida, 2) un conjunto de hipótesis relacionadas con el desarrollo de la psicopatología, y 3) una serie interrelacionada de proposiciones relativas a una óptima reestructuración. Utilizando una teoría general de la psicología y de la psicopatología, el terapeuta intenta ayudar al paciente a reestructurar sus apercepciones pasadas, desde unas mal adaptativas a unas más adaptativas.

Para los psicoanalistas, las proposiciones guías para tratar de entender una personalidad actual (contemporánea) y sus problemas de adaptación, están centrados en el intento por establecer una continuidad entre niñez y adultez, entre pensamiento vigilia y de sueño, y entre la vida normal y la patológica. El intento completo para entender una personalidad y los problemas en su funcionamiento, está relacionado con el establecimiento de estos continuos, encontrando denominadores comunes en la adquisición de distorsiones perceptivas, y ayudando al paciente a tener mejores configuraciones.

Por ahora, todo esto suena básicamente simple, de hecho, es un proceso simple. Las complicaciones surgen a partir del hecho que los pacientes adultos, especialmente, han tenido años de acumulación de estas distorsiones perceptivas. Estas distorsiones perceptivas interactúan unas con otras de modo que pueden formar configuraciones que son una gestalt, una nueva configuración que necesita ser analizada, por ejemplo, descomponerla en sus componentes previos. Es más, haciéndose a un lado de la complejidad básica de la personalidad, los estribos de la psicoterapia yacen en el hecho que mucho del aprendizaje patológico ha comenzado tempranamente, ha sido por lo general repetido, tiene tanto ganancias primarias como secundarias para el paciente, que puede ser reacio a darse por vencido.

Incluso, el psicoanálisis y la psicoterapia son usualmente, por necesidad, procedimientos de larga duración que duran muchos años.

Muchos de los cultos y terapias alternativas de rápida ayuda, tal como EST o grito primario, o una variada gama de grupos de encuentro, no apuntan a lograr cambios fundamentales. Este aprendizaje y reaprendizaje que proveen, usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de “permiso” para verter el súper yo, permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos, una actuación (*acting-out*). Éstas “terapias” proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

Es entendible, en todo caso, que por un largo período de tiempo la psicoterapia breve, en general, tenía una baja estima, especialmente por parte de psicoanalistas y otros terapeutas entrenados dinámicamente. Los teóricos la acusaban de reduccionista, y planteaban que quienes la ejercían daban un mero apoyo, o que proveía de bandas de ayuda emocional.

La psicoterapia breve considerada desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede, de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en unas pocas cinco a seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben ser cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos. La idea es entender todo, si es posible, para luego hacer sólo un pequeño movimiento que hará una diferencia. Hay una historia muy antigua que

demuestra este punto. El auto de un general se rompió y los mecánicos de la armada fueron llamados para arreglarlo. Cuando fueron incapaces de arreglar el auto, fueron por ayuda donde un artesano de un viejo pueblo. El artesano dio una mirada al auto, le hizo unos arreglos y luego lo afinó a punto. Inmediatamente, el auto comenzó a andar. El general preguntó, “¿Qué le debo?” El artesano replicó, “Cien dólares”. “Cien dólares por un arreglito”, dijo el general. “No”, replicó el artesano, “Un dólar por el arreglito, y noventa y nueve por saber dónde arreglar”. De este modo es como se debe ver la psicoterapia breve y de emergencia. Como una modalidad, la psicoterapia breve relacionada a la terapia tradicional de larga-duración, del modo que una corta historia relata una novela.

El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, como se explica a continuación. Lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo, en la depresión. Esto determina el orden de jerarquía con el que se prestará atención terapéutica a cada variable.

Esta concepción no pide más de la operación psicoterapéutica de lo que pediría cualquier operación médica o quirúrgica. Uno puede esperar que un cirujano que va a realizar una operación específica, tenga un buen conocimiento de lo relacionado con la anatomía, fisiología y patología de esa zona y de sus estructuras adyacentes, y que tenga una noción sobre la secuencia de su intervención; él modificará la operación sólo si ciertas circunstancias del individuo así lo demandan.

De un modo similar, se espera que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: 1) problemas de auto-estima; 2) agresión frente a la presencia de 3) un súper yo severo; 4) un sentimiento de pérdida de amor, del amor de un objeto, o de parte de sí mismo; 5) un sentimiento de desilusión, que Edith Jacobson también refiere como un sentimiento de haber sido engañado; 6) en el concepto de oralidad, se puede hablar del hambre de estímulos, y del hecho que las personalidades depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos que otras personas; 7) la personalidad depresiva, es más

dependiente, específicamente, de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

Teniendo en mente que estos son los factores centrales en todas las depresiones, ellos juegan un rol variable en cada depresión. Por ejemplo, algunas veces los problemas de auto-estima pueden jugar un rol primario, y los insultos a la auto-estima es un factor primario precipitante de la depresión actual. En otros casos, un sentimiento de desilusión o decepción puede haber gatillado agresividad que, en presencia de un súper yo severo, da paso a una intra agresión, y no sólo depresión sino suicidio potencial.

En la terapia breve de la depresión, es importante poner atención a la presencia y rol de estos factores en el paciente individual, y notar los denominadores comunes históricos entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. A través de un trabajo vigoroso a través de los factores relevantes con apropiados métodos de intervención y una secuencia de métodos de intervención, la depresión, en mi experiencia, se resuelve bastante bien ante una psicoterapia breve, en la mayoría de los casos.

Una historia pasada que contenga violencia será crucial, así como también lo será la estructura de personalidad específica. Un nuevo evento será interpretado en términos de la experiencia preexistente y de la estructura de la personalidad. Aquellos que ya tienen un gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco. La experiencia particular que el paciente trae debe aparecer en la relación como insultos tempranos a su integridad, así como violencia infringida por hermanos mayores, un padre, u otros. Las características específicas del ataque, debe ser puestas en la relación como problemas de personalidad específicos preexistentes, que pueden ser miedos de castración, una pobre definición de los atributos personales, u otros factores. Presumiblemente, el impacto de la crisis actual tiene un efecto particular en términos de aquellos problemas preexistentes y produce, en el paciente, un sentimiento de despersonalización, culpa o pánico, dependiendo de las circunstancias.

Incluso, en todas las circunstancias, el tratamiento consiste en ayudar al paciente a entender su sintomatología como un intento de adaptarse a su problema actual en términos del pasado. Por lo

general, este es un anacronismo mal adaptativo, y se ofrece al paciente un mejor método de solución de problemas. Es, de hecho, posible que el paciente requiera de nuevas fuerzas, y reconstituya una mejor capacidad para tolerar determinados tipos de estrés del que tenía antes de esta emergencia en particular. En un sentido amplio, se podría decir que la psicoterapia breve permite un seguir adelante en el trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con él, que el que existía anterior a la enfermedad. En ese sentido, la psicoterapia breve no sólo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general. En otro lugar, se ha descrito un gran número de problemas y condiciones que pueden ser claramente conceptualizadas y el tratamiento de estas se presenta a continuación. Esto no debe dar paso a que uno se adhiera a un programa rígido como si fuera un horario de entrenamiento.

Debe ser considerado como una perspectiva a partir de la cual se logra un acercamiento al paciente y a sus problemas de modo heurístico. Cada psicoterapeuta debe ser flexible para encontrar el mejor arreglo para cada paciente y debe estar preparado para un completo cambio en las hipótesis si las circunstancias así lo piden. En ese sentido, el psicoterapeuta no está en una posición diferente que la del microbiólogo que mira a través del microscopio con un cierto conocimiento de la estructura de la célula y con ciertas expectativas que lo ayudan a ver que lo que está allí. Sin tener una noción preconcebida sobre qué mirar bajo el microscopio, sin embargo, uno sería incapaz de ver nada.

Basado en tales concepciones, es posible escuchar detenidamente una historia en la primera sesión, para formular un plan general de tratamiento, términos de dinámicas generales y estructuras de la condición, y hacer un plan individual para las áreas de intervención y los métodos de intervención requeridos para cada paciente particular. Por áreas de intervención se refiere a: en la depresión, en un paciente se puede elegir dirigirse hacia la pérdida de autoestima y después a la agresión, intra agresión y al severo súper yo. En otro paciente, se puede primariamente, dirigirse hacia el súper yo severo y la intra agresión, y sólo luego dirigirse a la oralidad y otros factores. El método de intervención puede ser la interpretación u otros, en el orden que se presenta a continuación.

2.7.7 Métodos de intervención

- a) Interpretación: este es el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, pero no significa que es el único.
- b) La catarsis: por cierto, tiene un rol que jugar aunque este sea exagerado en algunas terapias como el grito primario. El error se centra en creer que la catarsis en sí misma y sola posee un efecto terapéutico, cuando el hecho consiste en que es una forma de intervención, pero en sí misma probablemente no sea suficiente.
- c) Catarsis mediada: es un término que es muy utilizado cuando se deben expresar proposiciones cargadas emocionalmente al paciente. Por ejemplo, con un paciente deprimido con un súper yo severo pero que lidiaba bien con la agresión, podría decirse: “Ciertamente si el capataz me hubiese hecho eso a mí, lo hubiera pateado”. En este caso, se expresan sentimientos para el paciente, que podrían ser muy fuertes para su sensible súper yo, pero de acuerdo a lo que se está diciendo, el psicoterapeuta toma la responsabilidad del súper yo por él. Se espera que él también entienda que si una autoridad tal como el terapeuta, se puede permitir así mismo una expresión mental de rabia, eso no sería tan inaceptable. La identificación e introyección del terapeuta como una parte benigna del súper yo, juega un papel importante en esta parte del proceso terapéutico. Otras formas de catarsis mediada o indirecta: “Por supuesto, una persona consciente como usted no se habría permitido pensar eso, pero otra persona de seguro hubiera sentido como que quería matar al desgraciado”. A partir de este planteamiento, se le entrega al paciente un doble mensaje: a) Se reafirma que él nunca perderá ese control y que, como consecuencia de eso, él es una persona de una estricta conciencia, y b) Se introduce la idea que en este caso, esos sentimientos agresivos no son apropiados.
- d) Prueba de realidad: es lo más necesario cuanto más perturbado está el paciente, y cuanto más necesita al terapeuta para jugar el rol de un probador de realidad auxiliar, interpretando las distorsiones que el paciente hace de la realidad, y funcionando el terapeuta como un auxiliar para el paciente.

- e) Represión de impulsos: puede jugar un rol si se tiene un paciente que siente que debe ser capaz de actuar como Don Juan, por ejemplo, siendo promiscuo, pero que ha reaccionado con pánico en tal situación. El terapeuta diría, por ejemplo, a una adolescente que siente que debe involucrarse en situaciones promiscuas para tener un alto estándar social en su colegio, que simplemente no debe hacerlo. Luego, se le ayuda a aceptar que no necesita ser promiscua en orden a ser aceptada por sus pares. A partir de esto, se espera lograr sacar esa idea de su mente o por lo menos, que tenga una pausa para que pueda reconstituirse. Con el término inatención selectiva, el terapeuta puede en algunas ocasiones, descubrir ciertas formas de conducta y encubrir otras, por medio de la represión selectiva en el paciente. Se debe tener en mente, en todo caso, que la represión tiene un rol normal que jugar en el funcionamiento diario y que la represión insuficiente es, de hecho, más problemática que la represión excesiva.
- f) Sensibilización a señales: se refiere a hacer notar al paciente que, ciertas conductas de su parte, por ejemplo *acting-out* o pánico, ocurren cuando hay presente una constelación dinámica específica. Puede consistir en nada más sofisticado que hacer notar a la paciente, que siempre tiene una discusión con su marido en los dos ó tres días que preceden su período.
- g) Educación: se refiere a hacer notar al paciente ciertos hechos, por ejemplo acerca de la retención de sodio y la irritabilidad, previniéndolo que reduzca la ingesta de sal. Puede ser posible prescribir un sedante mixto para los dos ó tres días previos al período para evitar un serio problema marital.
- h) Intelectualización: juega un rol más importante en la terapia breve que en las terapias de larga duración. En algunas ocasiones, se usan para incrementar la alianza terapéutica. En otros casos, es útil, por ejemplo, con un paciente muy panicoso, para darle la idea por lo menos de comprensión intelectual de su síntoma y con esto, por lo menos algún control sobre qué otras cosas le parecen totalmente disruptivas y una conducta ego distónica.
- i) Apoyo: en términos de aceptación por parte del terapeuta de ciertos sentimientos expresados por el paciente, sexuales o de agresión, que le hacen más fácil lidiar con la ansiedad.
- j) Sesiones conjuntas y terapia de redes familiares: son técnicas especiales sobre las que no se puede ahondar aquí, a excepción de decir que se deben usar en conexión con terapia breve de un modo muy específico. Se trata de conceptualizar claramente qué se trata de lograr en una

sesión de conjunto, y luego el terapeuta se las arreglo para acordar ciertas metas. En otras palabras, es una de las formas de intervención general, si las sesiones de conjunto resultan ser el método más apropiado y más barato, y si el terapeuta siente que es la mejor forma para hacer que el paciente experimente de mejor modo el aprendizaje y desaprendizaje.

2.7.8 El proceso terapéutico y la relación terapéutica

Desde el punto de vista que la psicoterapia en una forma de desaprendizaje, aprendizaje y reaprendizaje, por medio de *insight*, condicionamiento, e identificación-internalización, es parte de la concepción de la relación terapéutica que debe proveer y crear condiciones óptimas para aprender, desaprender y reaprender. Esta metodología, por cierto, afecta la relación terapéutica definida en términos de 1) relación de transferencia y contra transferencia, 2) alianza terapéutica, y 3) contrato terapéutico. Se discute estas proposiciones dentro del marco de la psicoterapia breve como un proceso cronológico.

La primera sesión

En la primera sesión, se espera una gran cantidad de trabajo. Acerca de esto, la reunión de estos tres aspectos de la relación es una de las tareas.

2.7.9 Relación de transferencia y contra transferencia

Para dar por seguro el significado esencial de la relación de transferencia, el paciente viene programado con algunas distorsiones perceptivas derivadas de su pasado, que las adscribe a su, hasta ese momento, desconocido terapeuta. De este modo, las formas más personales de transferencia / contra transferencia comienzan a darse tan pronto como el terapeuta y paciente se conocen en la sala de espera.

Como una parte íntegra del establecimiento de la relación en la primera sesión, se espera escuchar de parte del paciente una historia, lo más completa posible, una cuenta exhaustiva de los

problemas actuales del paciente, su contexto y la situación de vida en la que se presentan. Se considera la recepción de la historia razonablemente completa sólo si se puede ver a la persona, sentada en oposición al terapeuta, en varias etapas de su desarrollo, en el encuadre concreto donde lo vivió y en cuanto a su cultura general, etnia y geografía, y que puede de modo razonable relatar bien su queja actual central y la situación dinámica que la rodea, y el encuadre en términos de su historia pasada. En relación a los eventos precipitantes, también se debe preguntar por qué el paciente está aquí hoy. Incluir en las preguntas casi como una rutina, un sueño que el paciente haya tenido en relación a su problema antes de la cita, esto, con el fin de que el terapeuta se haga una idea acerca de las expectativas transferenciales preformadas.

En el curso de la recepción de la historia, se establece una relación interpersonal significativa, que incluye aspectos de la contra transferencia positiva o negativa. Para el paciente, el intensivo interés en la historia es, a menudo, una forma de gratificación narcisista. En este sentido, el genuino interés del entrevistador, contribuye al establecimiento de una transferencia positiva.

Al final de la primera sesión, se revisan los aspectos importantes de la historia, y el suceso o problema que trajo al paciente a terapia. Se intenta apuntar algunos comunes denominadores que uno pueden fácilmente percibir entre la historia y el problema actual, y la relación de estos factores hacia el terapeuta, expresados por el paciente.

Se considera importante entregar al paciente una comprensión, al menos intelectual acerca de cuál podría ser su problema, esto disminuye su sentimiento de necesidad de ayuda y le entrega un sentimiento que, sin importar lo que le ocurra será entendido y que el terapeuta puede entenderlo. Esto además contribuye al desarrollo de una relación interpersonal entre el paciente y el entrevistador.

En orden a obtener una historia significativa, no debe ser inactivo en solicitarla; dejar que el paciente hable tanto hasta que sienta que la información es inmediatamente relevante y luego redirigir la entrevista. Es parte de la hipótesis en relación a una conceptualización cercana, que formula el terapeuta, una noción general acerca de cómo podría ser la dinámica y la estructura, se

intenta seguir estas claves heurísticas. El terapeuta permanece, en lo posible, flexible para alternar sus nociones con otra información planteada.

Con la cuidadosa recepción de la historia y la revisión por parte del terapeuta de los aspectos abstraídos, se crea una atmósfera de empatía compasiva. Se percibe el trabajo del terapeuta como un modo de ayudar al paciente a alcanzar un mejor nivel de adaptación del que tenía antes.

También debe crearse un sentimiento de esperanza predicado sobre el entendimiento por parte de los terapeutas de los problemas del paciente, mezclado con sus limitaciones realistas considerando los acuerdos establecidos en la alianza y el contrato terapéutico.

Para estar seguro, parte de la relación terapéutica involucra una apropiada identificación de la transferencia negativa y positiva, así como en psicoanálisis o terapia analítica, pero esto debe ser adaptado a las necesidades de la psicoterapia breve: esto es, en esencia, un problema de estilo, donde las formulaciones claras y a veces concretas, juegan un rol muy importante.

2.7.10 La alianza terapéutica

Introducirá la idea de alianza terapéutica a partir de una fórmula específica: “Tu parte racional e inteligente necesita sentarse junto a tu parte irracional e inconsciente, que es la que causa tus problemas”. Se explica brevemente la naturaleza del proceso terapéutico, como lo ve el terapeuta, en la primera o segunda sesión, con el fin de incrementar la alianza. Brevemente, se convenga en ciertas ideas básicas:

La primera idea es que se puede entender la conducta si se entiende que existe una continuidad entre niñez y adultez, entre pensamiento diurno y dormido, y entre la conducta normal y patológica. Se ilustra esto con un ejemplo o dos en el lenguaje del paciente. Los sueños, por supuesto, son especiales para este propósito pues muestran una relación entre los restos diurnos, el sueño, y la historia pasada, y posiblemente algo sobre la relación transferencial.

La segunda explicación central acerca del proceso terapéutico involucra una cuenta de las dinámicas y estructuras por medio de la apercepción y las distorsiones perceptivas, y la identificación del rol. Comparará el proceso experiencial con la presentación de miles y miles de transparencias, por ejemplo, la alimentación materna, la limpieza materna, fusionado con imágenes de otros significativos en la vida del paciente, y se sugerirá que su apercepción actual de muchas figuras, es estructurada hacia un mayor o menor grado de gestalt adquirida en el pasado.

En ocasiones, se utilizará una lámina del Test de Apercepción Temática (TAT) para intentar demostrar este fenómeno, especialmente desde que se utiliza el TAT, como un instrumento para ayudar en los procesos de comunicación, interpretación e *insight*, dentro de la psicoterapia breve; esto suele ocurrir en la segunda o tercera sesión. El procedimiento es, por supuesto, que se le pide al paciente que cuente una historia acerca de lo que está ocurriendo en la lámina del TAT, qué llevó a esto y cómo será el final; luego el terapeuta notará los denominadores comunes en sus respuestas y las características altamente específicas.

Se explica al paciente que el éxito de la terapia depende en gran manera, de la habilidad por parte de él de trabajar en alianza con el terapeuta. De este modo, con el fin de no hacer sentir al paciente exigido, se le dice al paciente que su trabajo principal es sólo hablar y que el trabajo del terapeuta consiste principalmente en facilitar el resto del proceso de entendimiento. Muchas personas no están acostumbradas al proceso disociativo que está involucrado en un buen reporte analítico, otorgando lo que se llama un “diálogo en un viaje al interior de uno mismo”. También se tiene un conjunto estándar de preguntas que ayudan a los pacientes a reportar y contribuir con su parte de la alianza terapéutica. Se les pregunta acerca de qué estaban pensando mientras estaban involucrados en labores como manejar, afeitarse, o mientras se maquillaban. Se puede preguntar a los pacientes cuál fue el último pensamiento que tuvieron antes de quedarse dormidos, y cuál fue el primer pensamiento que tuvieron al levantarse en la mañana.

En este sentido, el terapeuta hace responsable de facilitar el proceso terapéutico, lo cual no sólo significa hacer que avance. Por el contrario, se considera la regulación de la fluidez de la

entrevista una de las tareas cruciales, análogo a poner bencina y poner los frenos cuando se maneja un auto. La inatención selectiva a cierto material, la dilución en una conversación más bien general, silencio e interpretación de defensas, son algunos de los instrumentos centrales que se emplean para controlar el proceso terapéutico como parte en la alianza terapéutica.

2.7.11 El contrato terapéutico

Durante la primera sesión, junto a conversar acerca de historia extensa y establecer los elementos básicos para la relación de transferencia y la alianza terapéutica, el terapeuta comienza la formulación del contrato terapéutico. Así como en muchos otros aspectos, el contrato terapéutico en la psicoterapia breve es establecida de un modo mucho más claro y específico, que en las terapias de larga duración. Se explica a los pacientes que ellos sean capaces de lidiar con sus problemas en cinco sesiones, cada una de 50 minutos de duración, y que esperaría saber de ellos un mes después de la quinta sesión, por teléfono, por carta o en persona, contando cómo les ha ido. Se incluye que se tiene razón al creer que cinco sesiones serán suficientes y exitosas, pero que si resultan no ser suficientes, será responsabilidad del terapeuta darle al paciente más terapia ya sea de su parte, o por parte de otro terapeuta. Se agrega a esto que si se necesita derivar al paciente a otra persona, esa persona verá al paciente a través de la terapia, y que el terapeuta personalmente introducirá al paciente al terapeuta, incluso dándole una cuenta de lo realizado, en una primera sesión en presencia del paciente. Por supuesto, también se menciona que si existe alguna necesidad de ver al terapeuta antes del mes después de la quinta sesión, puede hacerlo si tiene una buena razón.

Sin embargo, en orden a interferir la ganancia secundaria de los sentimientos continuos de transferencia y dependencia, se agrega que es mejor darle al proceso de tratamiento una oportunidad; se cree, realmente, que muchas veces el proceso de tratamiento abre áreas dolorosas que son sólo parcialmente tocadas para cuando la terapia termina. Convenir con el paciente que es mejor permitir al proceso terapéutico que vaya hacia su propia conclusión de modo espontáneo y que es mejor para el paciente tratar de dar a los resultados del paciente una opción para que se

solidifiquen, más que llame cuando se le presente el primer problema o una perturbación, posiblemente porque sólo se siente abandonado.

De este modo se intenta convenir como parte del contrato que continuará estando interesado y en hacer todo lo necesario para crear una situación en la que el paciente se sienta motivado para tratar de lograr óptimos resultados en las cinco sesiones en esencia, a partir del convencimiento que los buenos pacientes dejan de lado la ganancia secundaria y la pasividad.

En esencia, esto cubre el establecimiento de los tres aspectos del proceso terapéutico en la primera sesión de terapia.

2.7.12 La segunda sesión

En la segunda sesión se explora más, se debe acercarse más y reexaminar las bases para escoger áreas y métodos de intervención.

Se intenta fortalecer la relación terapéutica positiva incluyendo transferencia y alianza e interpretar la transferencia negativa, observando desacuerdos y transferencias negativas hacia el terapeuta así como excesivo celo. Si es posible, se pregunta al paciente al comienzo de la segunda sesión acerca de lo que pensó después que dejó la clínica en la primera sesión. Usualmente se debe referir al “*esprit d’escalier*”: a medida que el terapeuta baja las escaleras, piensa en cosas que debió haber dicho y en cosas que debió haber contestado.

Más adelante, a modo de rutina, se le pregunta al paciente qué soñó la primera noche después de la entrevista inicial y qué soñó la noche antes de ésta sesión, y se atiende especialmente a las claves que se refieren a la relación terapéutica.

Además de otras operaciones terapéuticas, se intenta modificar el súper yo, el yo ideal e introyecciones por medio de prestarse como un modificador. El terapeuta puede contar anécdotas acerca de su persona u ofrecer opiniones, contrario a todas las reglas establecidas en psicoanálisis o en terapias prolongadas. Utilizar historias vívidas y concretas para plantear ciertas ideas con una imaginación coloreada, que es mejor para entender.

Esto debe considerarse como parte de la técnica de psicoterapia breve para tener un estilo apropiado y que facilite un aprendizaje óptimo.

2.7.13 Las sesiones tercera y cuarta

En estas sesiones, se continúa con más de la misma metodología. Desde la tercera sesión se comienza a referir sobre la inminente separación, mencionando al paciente que sólo habrá dos sesiones más. Por lo general se pronostica en orden a estar mal que en respuesta a esta esperada separación, el paciente podría sentirse peor la próxima vez y que esto podría deberse al miedo que le produce la separación y el temor al abandono. Nuevamente, se trata de hacer esto aceptable hablando al paciente sobre el hecho que mucha gente llama al doctor tarde en la noche, siendo que han tenido una queja durante todo el día, porque de repente se asustan que la mañana próxima podría ser muy tarde o que no podrían conseguir una cita con el doctor.

2.7.14 La quinta sesión

En la quinta sesión, se revisa con el paciente lo que ha aprendido, y el terapeuta se permite atar los cabos para el final. Muchas veces el terapeuta aprende algunos nuevos aspectos, a pesar de todos los intentos por conceptualizar por adelantado que se han realizado. Todo trabajo, en todo caso, está dirigido a aspectos específicos de la alianza terapéutica y la transferencia y a la reafirmación del contrato como ha sido establecido previamente.

Al finalizar, debe apuntarse a terminar con una relación positiva. Como fue mencionado previamente, también se le pide al paciente que tome contacto con el terapeuta en un mes más y que le cuente cómo le está yendo. Esto va acompañado del acuerdo que, de todas maneras, si el paciente tuviese dificultades antes del tiempo acordado, debe tratar lo antes posible de contactarlo. Al mismo tiempo, sin embargo, se le advierte al paciente que el deseo de no ser abandonado podría hacerlo realizar una llamada más dentro de un plano de amistad que de necesidad. Existe un cierto beneficio en el esfuerzo por seguir solo más que de modo dependiente. El paciente, nuevamente, es reasegurado en el hecho que, si se hace necesaria más terapia, será tomada por el propio terapeuta o por otro terapeuta, al que introducirá al paciente.

2.7.15 Condiciones favorecedoras

En algunos momentos, se debe proveer de condiciones que permitan a la gente seguir adelante, dentro de las cuales la psicoterapia se puede llevar a cabo. Las drogas psicotrópicas, pueden cumplir un rol esencial en estos casos. Se debe saber sobre los variados roles que las drogas pueden jugar por motivos clínicos, para consideraciones meta psicológicas, y en algunos casos, por motivos fisiológicos. Por motivos clínicos, se refiere que si un paciente está tan impedido por una agorafobia que no puede venir a la clínica, cuando no hay una persona que pueda venir con él, puede ser partidario de prescribirle suficiente medicación para disminuir su ansiedad, de modo que el paciente pueda, por lo menos, llegar a la sesión sin un acompañante.

Entre las consideraciones meta psicológicas, se considera la prescripción de clorpromazina si se siente que ese impulso que logra control y si necesita ser mejorado en orden a permitir mejor el despliegue de la intervención psicoterapéutica. Esto se cumple en el caso de los psicóticos. Con ellos, a veces, una intervención ambiental en la situación de vida, se hace necesaria: si la única vía de contacto del paciente con la realidad es a través de una TV, si esta se arruina, veo el modo más rápido para arreglarla.

Volviendo al tema específico de las drogas: se puede pensar en ellas como permisivas de las condiciones para la psicoterapia, muy similar al rol que la anestesia juega en la cirugía. Muchas veces hacen intervenciones soportables y crean un campo dentro del cual se puede intervenir psicoterapéuticamente. El terapeuta puede parar las drogas tan pronto como ya no sean necesarias para llevar a cabo la intervención psicodinámica.

Naturalmente, el rol de la prescripción de drogas debe ser considerado dinámicamente y especialmente en términos del rol de la transferencia, pero generalmente juegan un rol en la regulación del proceso terapéutico y del psicoanálisis. Para los psicóticos, esto ha sido bien descrito por Ostow.

2.8 Terapia humanista

2.8.1 Antecedentes

Este movimiento nació alrededor de los años 50, en respuesta a la psicología predominante que se centraba excesivamente en el estudio de la psicopatología, sobrevalorando la metodología científica para el estudio del ser humano y reduciendo las conductas a impulsos o a respuestas frente a estímulos.

Ya desde sus comienzos intentaba apartarse de esta visión un tanto reduccionista y mecanicista, revalorizando aspectos plenamente humanos que hasta ese momento no habían sido objeto de atención.

Es un modelo que deviene en muchos aspectos de la tarea pionera de C.G.Jung y es retomada, desde la psicología transpersonal por Ken Wilber, Stanislav Groft, Virginia Satir, Andrew Samuels y el propio Maslow, egresado del Instituto C.G.Jung de San Francisco.

Maslow (1954) define el movimiento así: “gente que está interesada en el estudio científico de la creatividad el amor, los valores superiores, la autonomía, el crecimiento, la autorrealización, la gratificación de las necesidades humanas, etc.”.

Otros representantes destacados de esta corriente fueron personajes como Fromm, Pearls, Rogers, Allport, Berne.

El movimiento de la psicología humanista, puesto que engloba una gran cantidad de escuelas, se caracteriza por su capacidad receptiva y su espíritu tolerante, a la vez que por un eclecticismo pragmático que da lugar en su seno a distintas teorías.

Estas son, en general, parcialmente compatibles entre sí, no son del todo coincidentes ni en cuanto a sus afirmaciones últimas ni tampoco a sus metodologías, pero por otra parte, toman al ser humano como una totalidad.

La psicología humanista se nutrió tanto de modelos occidentales como de la filosofía oriental (el zen, yoga, meditación, etc.) manteniendo siempre la apertura frente a lo nuevo y atenta al enriquecimiento intercultural.

2.8.2 Principios

La psicología humanista indica que existe algo más que la dualidad mente-cuerpo y que ese algo más se denomina espíritu.

Esta psicología humanista y transpersonal se caracteriza por algunos presupuestos metas teóricas, teóricas, psicoterapéuticas y metodológicas, entre ellos:

1. La psicoterapia integradora humanista es epistemológicamente constructivista, es decir, parte de la concepción de la existencia de una realidad externa ajena a la propia conciencia cuyo conocimiento no se da en forma directa, sino a través de la mediación de la propia subjetividad.
2. La psicología humanista concibe, al igual que la psicología analítica, la realidad en forma sistémica, aspecto que comparte con los diferentes enfoques de la orientación humanista-experiencial y con la denominada terapia sistémica.
3. Entiende al ser humano como parcialmente libre, es decir que no es meramente reactivo a unos estímulos concretos dentro de los condicionamientos, ambientales, sociales, laborales, económicos y políticos a los cuales, sin duda, está sometido- sino también posee un relativo margen de libertad de elección del cual es responsable y coadyuva

conjuntamente con lo anterior en la conformación del individuo como persona única e irrepetible.

4. Concede una gran importancia al proyecto vital de la persona y a la búsqueda de sentido, coincidiendo así con el enfoque existencial, y asumiendo las líneas básicas del pensamiento de Rollo May y Víctor Frankl.
5. Se interesa de modo especial por los temas específicamente humanos, que diferencian la especie animal de las otras (amor, creatividad, metas, motivaciones, o búsqueda de sentido, por ejemplo).
6. Admite la presencia de procesos no conscientes en el comportamiento humano, a pesar de que se distancia del psicoanálisis. Los procesos no conscientes asumen las posiciones del análisis transaccional de Berne y de la psicoterapia de la gestalt de Perls que lo contemplan más en términos formales que de contenidos, y no le atribuyen un carácter caótico ni destructivo necesariamente, ni tan rígidamente separado de las instancias conscientes.
7. Acepta la variabilidad de las motivaciones, es decir que supone que la persona amplía intereses y motivaciones que no son necesariamente los diferentes disfraces de una o dos pulsiones originarias.
8. Acepta también la distinción entre motivaciones y meta motivaciones propuesta por Maslow.
9. Considera que los valores éticos constituyen un núcleo importante de la personalidad y que en torno a ellos se aglutina el sentido de identidad y facilitan la evolución personal hacia la autonomía.

La psicología humanista es un modelo de psicoterapia desarrollado por Carl Rogers, que valora a la persona como sujeto individual, resalta su carácter único, y está en contra por tanto de las clasificaciones.

Un psicólogo humanista nunca pondrá una etiqueta como por ejemplo ser maniaco depresivo, primero porque no lo considera un enfermo, y segundo porque no considera que sea clasificable dentro de un grupo, sino único.

Si cada sujeto es particular, la percepción es distinta, y por tanto su comportamiento es diferente.

Es un modelo positivo porque considera que nacemos con un potencial de desarrollo que tiende a madurar, y con capacidad de tomar las riendas de su propia vida.

Se puede definir el crecimiento personal como “el proceso por el cual se va logrando el desarrollo del conjunto singular e irreplicable de potencialidades de todo el ser humano, en armonía con un proyecto existencial flexible, elegido en forma lúcida, libre y nutricia en concordancia con los valores nucleares de la persona, y abierto a la posibilidad de una realidad transindividual o transpersonal”. Rechaza el concepto de enfermedad y el de paciente y lo sustituye por el de cliente.

Esta terapia se basa en la empatía, en la conexión psicólogo-paciente.

El trabajo del psicólogo no es pues tratar, sino hacer crecer el carácter personal. Le importa el presente, y no el pasado.

Actúa cuando ese proceso de maduración se para porque es ahí cuando surgen los enfrentamientos psicológicos.

Es parte de su forma de trabajo el considerar positivamente y aceptar todo cuanto diga el "cliente" sin condiciones de valor, evitando corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos.

El objetivo terapéutico no es suprimir un síntoma, sino que la persona pueda reconstruir su realidad en forma creativa, es decir, que logre una ampliación y un aprovechamiento de opciones que contiene en sí misma, mediante una re estructuración del sistema y por lo tanto una nueva lectura de la realidad.

Entre estas corrientes están: La gestalt, el análisis transaccional, la terapia centrada en el cliente, el psicodrama y el existencialismo.

Se aplica principalmente a los trastornos del desarrollo psicológico.

2.8.3 Terapia gestalt

La terapia *gestalt*, más que una teoría de la *psiquis*, es un eficaz abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la conciencia, la propia responsabilidad de los procesos en curso y la fe en la sabiduría intrínseca del organismo (la persona total que somos) para auto-regularse de forma adecuada con un medio cambiante.

Antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos.

Hay tres premisas que fundamentan la gestalt como una terapia con sus aplicaciones en el campo de la psicología clínica.

1ª. El darse cuenta: Sólo cuando el individuo se da cuenta de lo que hace y de cómo lo hace podrá cambiar su conducta.

2ª. La homeostasis: Proceso mediante el cual el organismo interactúa con el ambiente para mantener el equilibrio.

3ª. El contacto: Es imprescindible para el crecimiento y el desarrollo del ser humano.

2.8.3.1 Darse cuenta

El darse cuenta es la capacidad que tiene cada ser humano para percibir lo que está sucediendo, aquí y ahora, dentro de sí mismo y del mundo que le rodea.

Dentro de esta experiencia en el aquí y el ahora, se pueden distinguir tres tipos de darse cuenta, que se denominan como "áreas del darse cuenta" o "zonas de contacto".

a) El darse cuenta del mundo o zona externa

Se relaciona con el contacto sensorial. Permite ponerse en contacto con los objetos y acontecimientos del mundo que le rodea, de todo aquello que está fuera y de lo que ocurre más allá de la piel.

Fórmulas: "Yo veo, toco, oigo, huelo"; "yo percibo, aquí y ahora."

2.8.3.2 El darse cuenta de sí mismo o zona interna

Comprende todas aquellas sensaciones y sentimientos que ocurren dentro.

Permite ponerse en contacto con uno mismo.

Fórmulas: "Yo siento, me siento..."; "yo siento, aquí y ahora,...".

Para ponerse en contacto con uno mismo es conveniente hacerse las siguientes preguntas: ¿qué estoy sintiendo?, ¿dónde lo estoy sintiendo?, ¿cómo lo estoy sintiendo?

El darse cuenta de la fantasía o zona intermedia

Incluye toda la actividad mental (pensar, imaginar, recordar, planificar,...). Permite ponerse en contacto con las fantasías.

Fórmulas: "Yo pienso, imagino, recuerdo, deseo,..."; "yo pienso, aquí y ahora,...".

2.8.3.3 Homeostasis

Ningún organismo es autosuficiente, sino que en todo momento forma parte de un campo que lo incluye tanto a él como a su ambiente.

Este equilibrio homeostático (o proceso de autorregulación) es sinónimo de salud, puesto que si el organismo permanece en estado de desequilibrio con su entorno durante mucho tiempo enferma, al no poder satisfacer sus necesidades.

2.8.3.4 Contacto

Cada persona tiene su espacio vital dentro del cual, y dependiendo del momento, puede recibir o abrirse a determinadas personas, pero nadie puede invadir su espacio. Si esto ocurre, se siente amenazado en la integridad e individualidad.

Cuando se hace demasiado hincapié en sostener rígidamente ese espacio vital, se corre el riesgo de reducir el contacto con los demás. Esta reducción del contacto conduce al hombre a la soledad que, sin embargo, elige como opción más segura y menos generadora de angustia. La mayoría de las veces esta reducción del contacto se realiza por temor o miedo y, aunque el deseo de contactar con los demás sea grande, ese temor que siente cuando alguien se acerca e impide retirar los límites y abrirse.

Cuando sucede lo contrario, es decir, cuando el yo está en continuo contacto con el mundo, mostrando una extraversion compulsiva, se pierde esa intimidad creativa y de concentración, diluyéndose los límites del yo, haciéndose a veces difícil distinguir entre el ambiente y el yo.

2.8.3.5 El trabajo gestáltico

El objetivo de un encuentro gestáltico es descubrir e incrementar el darse cuenta; no está diseñado para lograr una catarsis, aunque si la expresión es honesta no se interfiere con ella.

El terapeuta se centra en el "qué" y "cómo". Qué y cómo proceden de la observación exacta, por qué conduce a la especulación.

Pasos por los que atraviesa un experimento o trabajo gestáltico:

1) Preparación del campo de trabajo

- a) Tener la voluntad de explorar la perspectiva de la otra persona.
- b) No interrumpir a la persona, sino permitirle que desarrolle los sentimientos e ideas que espontáneamente surjan en él, en ese momento, con el propósito de entender más plenamente que está sucediendo con el paciente.

2) Negociación o consenso entre el terapeuta y el paciente

- a) Hacer saber al paciente que la terapia gestáltica implica experimentación.
- b) Que el paciente acceda a llevar a cabo la experimentación.
- c) Hacer notar al paciente que no está solo en este proceso, sino que el terapeuta lo acompaña en su aventura.

3) Generación de auto apoyo tanto para el paciente como para el terapeuta

El terapeuta debe establecer las condiciones tanto en su cuerpo como en el ambiente, que den un apoyo óptimo para él y para el paciente (cuidar su posición, su respiración, así como los distractores potenciales; de tal manera que todo lo que de él emane esté bien fundamentado y plenamente basado en su organismo total).

4) Exploración del nivel del darse cuenta

Sólo cuando el terapeuta puede atender a la conducta no verbal del paciente y, casi en forma simultánea, a sus propias sensaciones, será capaz de tener una figura clara de lo que está sucediendo con él y con el paciente.

5) Graduación y selección del experimento

- a) Focalización (da el proceso y la dirección de la sesión terapéutica) y tema (da el contenido de la misma). Un tema traerá a colación otro y otro, de entre los que el terapeuta escogerá el que considere más importante.
- b) Graduar el nivel de dificultad del experimento, para alcanzar el nivel óptimo de ejecución para el paciente en ese momento.

6) Localizar y movilizar la energía congelada en el paciente

Encontrar dónde está activada la energía del paciente o dónde está estancada (por lo general, una persona va a tener la necesidad de sacar a flote áreas de su vida en las que ha invertido grandes cantidades de energía o donde, por el contrario, siente una carencia de ésta).

7) Focalización

Para poder desarrollar un experimento o trabajo terapéutico se necesita encontrar un suceso que necesite seguimiento o ser trabajado. La focalización será la que defina el proceso a llevar a cabo y la dirección que este tendrá durante la sesión terapéutica.

8) Actuación

Actuar la situación inconclusa que está emergiendo en la conciencia generalmente conlleva un alto grado de ansiedad, que tiene la posibilidad de expresarse libremente dentro de la actuación, lo que favorece que la energía antes bloqueada pueda al fin expresarse.

9) Relajación

- a) En posición cómoda, respirar profunda y lentamente hasta lograr un estado de serenidad interior.
- b) Enfocar la atención en cada una de las partes del cuerpo.

10) Asimilación de lo sucedido

- a) Preguntarle al paciente cuál fue su experiencia
- b) Facilitar que integre esa vivencia en su vida diaria.

2.8.3.6 Trabajo con las polaridades

Todo evento se relaciona con un punto cero a partir del cual se realiza una diferenciación de opuestos. Estos opuestos manifiestan, en su concepto específico, una gran afinidad entre sí. Al permanecer atentos al centro, podemos adquirir una capacidad creativa para ver ambas partes de un suceso y completar una mitad incompleta. Al evitar una visión unilateral logramos una comprensión mucho más profunda de la estructura y función del organismo.

En términos de polaridades, los sentimientos negativos suelen coincidir con el opuesto que no logra emerger como figura y desequilibra la percepción de su otra polaridad (la aceptada y aceptable).

Las emociones negativas son ciertamente esenciales para la dicotomía de la personalidad. No sólo tenemos el deber de exponerlas, sino también el de transformarlas en energías cooperadoras.

2.8.3.7 Trabajo con los sueños

Los sueños ocupan un lugar especial en la terapia gestalt por la inmediatez con que pueden ser vividos y experimentados por el soñante.

La técnica que se utiliza para trabajar los sueños y llegar a darse cuenta de su significado para la persona que sueña, consiste en pedirle primeramente al soñante que relate el sueño en primera persona y en presente; es decir, que lo relate como si estuviera pasando en este mismo momento.

Mediante este sencillo mecanismo, la persona se compenetra más íntimamente con su sueño que si habla simplemente de él.

A continuación, se trata de localizar el sueño en el espacio, distribuyendo las distintas partes de que se compone como si se estuviera representando en un escenario. Así, el sueño se convierte en una experiencia nueva y viva que hace que la persona adquiera un mayor compromiso con lo que está sucediendo en su sueño.

Se trata de que la persona se dé cuenta de aquellas partes suyas que están proyectadas, ya sea en personas, en objetos o conceptos.

La mayoría de las veces la persona logra descifrar sus proyecciones y a medida que las visualiza más frecuentemente, logra crear una especie de *insight* dentro de sí, lo que le ayuda a entender mejor su dinámica personal y su forma de interactuar con el mundo.

Conclusiones

1. Las diferentes técnicas psicoterapéuticas, son de mucha ayuda para la resolución de los problemas que pudiera presentar un paciente, ellas permiten el restablecimiento de la normalidad en el individuo.
2. Las diferentes corrientes y escuelas psicológicas, han enfocado la psicopatología de las personas en distintos fundamentos, ello ha generado, como resultado, una serie de técnicas y procedimientos diferentes, mismos que no conllevan la cura absoluta de la *psique* humana, ninguna guarda preeminencia absoluta.
3. En el medio actual, se hace necesaria una mezcla de las diferentes corrientes, dando como respuesta, una nueva corriente que, si bien no es empírica, conserva elementos importantes de varias o algunas de las corrientes anteriores más sobresalientes, esta corriente ecléctica, es una de las más aceptadas hoy en día.
4. Por medio de la profundización de estas técnicas, se obtiene un conocimiento adecuado de las sintomatologías de los pacientes, base fundamental para el desarrollo del curso terapéutico a seguir en cada caso.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

La metodología usada en la práctica profesional dirigida, es el resultado de una planificación cuidadosa con respecto a las actividades profesionales que debe desarrollar todo profesional de la psicología.

La planificación se sustenta sobre bases específicas del conocimiento clínico y de la institución en particular de cada caso, de esa manera, se analiza cada centro de práctica y se propone una serie de actividades que respondan a las necesidades de los centros, de los pacientes y a las capacidades del terapeuta practicante.

Se presenta un cronograma específico que sirva de guía para el desarrollo de las actividades a lo largo de toda la práctica, que en este caso suma nueve meses en el centro asignado.

3.1. Programa de práctica profesional dirigida

3.1.1 Propósito del curso

La Práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico -clínico y psicológico - social, por lo que 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.

3.1.2 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.

3.1.3 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.

3.1.4 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
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de resiliencia
7. Creación de programas y proyectos
8. Planificación de actividades

3.1.5 Criterios para el desarrollo del curso o metodología

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

3.1.6 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.

3.1.7 Cronograma de actividades

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

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

3.1.8 Planificación general de práctica profesional dirigida

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

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

Agosto	<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. -Computador -Cuaderno -Lapiceros -Centro de practica 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.
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"> -Informa 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.

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

A continuación se dan a conocer todos los logros y las limitaciones que se tuvieron a lo largo de este proceso en el centro de Práctica Profesional Dirigida. Así mismo también las conclusiones y recomendaciones de cada uno de los programas que se trabajaron con la población de la Liga Guatemalteca de la Higiene Mental.

4.1. Logros

- Durante el tiempo que se estuvo trabajando con cada caso referido por la directora del centro de práctica.
- Hubo un cambio en el comportamiento y en las relaciones interpersonales de cada uno de los pacientes atendidos.
- El estado anímico de los adolescentes y niñas, atendidos mejoró durante el tiempo de terapia por medio de actividades como las entrevistas abiertas y dinámicas de grupo; durante este tiempo de terapia se pudo lograr que el cliente pudiera valorarse y aceptarse como tal a pesar de todos sus conflictos internos, lo cual ha sido de beneficio tanto para ellos a nivel personal como para la comunicación efectiva en el centro de práctica Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

4.2. Limitaciones

- Uno de los mayores problemas que se dieron dentro del lugar de práctica fue el espacio tan reducido y por lo tanto no apropiado para la atención de tantos niños y adolescentes.
- No existe privacidad para que los niños (as) y adolescentes pudieran abrirse y ser más espontáneos. Algunas de las sesiones se llevaban a cabo en el patio debajo de los árboles del centro y otras en un salón abierto.

4.3. Muestra de casos atendidos

Caso 1

Historia clínica

Datos Generales

Nombre: M O G P

Edad: 43 años

Escolaridad: 6to Grado de Primaria

Estado Civil: Casada

Dirección: Aldea El Llano Zaragoza

Sexo: Femenino

Religión: Cristiana Evangélica

Nacionalidad: Guatemalteca

Motivo de consulta

Refiere “no puedo dormir me siento triste y no tengo motivo para vivir”.

Historia del Problema

Refiere la paciente que cuando era muy joven se enamoró de un joven y que sus padres cuando se dieron cuenta de su noviazgo con el muchacho los separaron con el argumento que era un irresponsable que no trabajaba ni estudiaba, qué clase de futuro le podía esperar al lado del joven. Poco después la forzaron a casarse con un señor 11 años mas grande que ella que tiene muchos bienes, tierras, vacas, carros. Pero dice que con el tiempo se quedaron en la pobreza, que ahora para poder cultivar su maíz tiene que alquilar terreno. Tienen 6 hijos, tres varones y tres mujeres, 3 solteros y 3 casados, todos del mismo padre, el último hijo de 18 años tuvo problemas al poco tiempo de nacido le crecía la cabeza y lo llevó al hospital y los médicos le diagnosticaron Hidrocefalea le dijeron que lo tenía que operar pero ella sintió mucho miedo de perderlo, motivo por el cual no permitió que lo operaran, dice que con el pasar del tiempo lo operaron y que los médicos le dijeron que con la operación serían menos las convulsiones refiere la madre que no

ha sido así, nuevamente lo llevó al hospital y ahora dicen los médicos que quieren operar nuevamente al joven pero ella no quiere que lo operen por temor de perder a su hijo.

Impacto del trastorno del sujeto y su familia

Refiere la paciente que a causa que la casaron en contra de su voluntad no siente amor por su esposo el cual no le da muestra de amor. Que a pesar de vivir años con él no ha podido quererlo pero que siempre lo ha respetado él no se involucra con sus hijos dice que todo el cargo le ha quedado a ella. Tiene que ver que hace para comprar la medicina cuenta que le cuesta la relación con su hijo porque está en la etapa de la adolescencia.

Historia clínica o antecedentes

- a) Personales patológicos: No tiene
- b) Personales no patológicos:

Historia Familiar

M O es la primera hija del matrimonio tiene 3 hermanos menores que ella y por ser la única mujer la cuidaban mucho.

Examen Mental

- a) Apariencia Limpia.
- b) Actitud: Positiva
- c) Conducta: Adecuada
- d) Lenguaje: Adecuado
- e) Curso de pensamiento: Adecuado
- f) Contenido del pensamiento: Adecuado
- g) Percepción: Adecuada
- h) Humor: Adecuado
- i) Memoria: Adecuada
- j) Afecto: Adecuado
- k) Control de impulso: Adecuado

- l) Orientación: Adecuado
- m) Capacidad de insight: Adecuado
- n) Confiabilidad: Confiable
- o) Inteligencia: Abstracta

Evaluación Multiaxial

Eje I problemas conyugales

Eje: II sin diagnóstico

Eje: III No posee enfermedades médicas

Eje: IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje: V 51 - 60

Plan Terapéutico

Charlas de autoestima

Terapia ocupacional

Terapia de Relajación

Caso 2

Historia clínica

Nombre: F. B. F.

Edad: 19 años

Escolaridad: 6to Grado de Primaria

Estado Civil: Soltera

Dirección: Aldea Buena Vista Kilometro por la pedrera

Sexo: Femenino

Religión: Cristiana Evangélica

Nacionalidad: Guatemalteca

Motivo de Consulta

Unos hombres me violaron

Historia de problema:

Prefiere Fabiola que fue violada por dos hombres frente a su novio.

Historia del problema

Refiere que fue violada por dos hombres frente a su novio a quien tres individuos le sujetaron para que apreciara el abuso de los otros dos sujetos que después de lo sucedido los lanzaron a un pozo y pasaron un tiempo en ese lugar, después gracias a la súplica de ellos los sacaron del pozo. Fabiola aduce que fue por venganza, pues ella días antes tuvo una discusión con la hermana de uno de los agresores él le dijo que no sabía con quien se estaba metiendo, por temor no los denunció pues tiene miedo de que vuelvan a abusar de ella. impacto del trastorno del sujeto y su familia: Refiere F que a raíz del suceso ha tenido problemas con su mamá, sus hermanos y los padres de su novio y que ella siente mucho temor de que vuelvan a abusar de ella.

Historia Clínica

- a) Personales patológicos
- b) Personales no patológicos

Historia Familiar

Fabiola es la 3ra hija de sus padres pero solo vive con su mamá y dos hermanas mayores, su relación con su mamá es un tanto conflictiva por que Fabiola tiene mal carácter ella es muy dominante con sus hermanos no tiene buena relación con su mamá es muy rebelde y con su novio es muy celosa y posesiva pues siente muchos celos cuando lo ve platicando con alguien, le reclama lo insulta y a raíz de lo que pasó su novio se siente culpable.

Examen mental

- a) Apariencia :limpia
- b) Actitud: negativa
- c) Conducta: inadecuada
- d) Lenguaje: inadecuado
- e) Curso de pensamiento: adecuado
- f) Contenido del pensamiento: adecuado
- g) Percepción:
- h) Humor: inadecuado
- i) Memoria: adecuada
- j) Afecto: inadecuado

Evaluación Multiaxial

Eje: I abuso sexual del adulto.

Eje: II Sin diagnóstico.

Eje: III No posee enfermedades médicas

Eje: IV problemas de vivienda

Eje: V 51 - 60

Plan Terapéutico

- Trabajar con su autoestima
- Terapia constructiva conducta.

Caso 3

Historia Clínica

Datos generales

Nombre: T. M. P. M.

Edad: 37 años

Escolaridad: 2° Primaria

Estado Civil: Casada

Dirección: 7ma calle 3av Z 1 satélite

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Nacionalidad: Guatemalteca

Motivo de Consulta

Refiere la paciente llegó al centro para que le den ayuda a su hijo porque dice que tiene problemas de comunicación .

Historia del problema

Refiere la paciente que cuando esperaba a su quinto hijo ella y su esposo ya no querían mas hijos y los dos rechazaban el embarazo pero que con el tiempo lo aceptaron cuando el bebe era de brazos de 18 meses tuvieron una discusión muy fuerte y se agredieron frente a todos sus hijas y a todos sus hijos temblaban y lloraban al presenciar el problema de sus padres y ella piensa que por ese motivo su niño el mas pequeño no le gusta hablar en público y con sus hermanos lo molestan. El habla solo con sus padres y sus hermanos pero en público no se comunica con nadie más. Nada más con gestos.

Impacto del trastorno del sujeto y su familia refiere la madre que cuando los invitan a una fiesta a él no le gusta participar, una vez cuenta que tuvo que comer afuera de la fiesta para que el pudiera comer, la relación con su padres no es muy buena ya que no le hacen caso.

Historia clínica o antecedente

- a) Personales patológicos: no tiene
- b) Personales no patológicos: no tiene

Historia Familiar

Refiere la paciente que es la 3er hija de matrimonio que su relación con sus padres fue buena y con sus hermanos siempre discutía. Porque decían que era la preferida.

Examen mental

- a) Apariencia: limpia
- b) Actitud: positiva
- c) Conducta: adecuada
- d) Lenguaje: adecuado
- e) Curso de Pensamiento: adecuado
- f) Contenido del pensamiento: adecuado
- g) Percepción: adecuado
- h) Humor: adecuado
- i) Memoria: adecuada
- j) Afecto: adecuado
- k) Control de impulsos: adecuado
- l) Orientación: adecuado
- m) Capacidad de insight: adecuado

Caso 4

Historia Clínica

Datos generales

Nombre: G. L. C. H.

Edad: 21 años

Escolaridad: Diversificado

Estado Civil: Casada

Dirección: 5 av. 1-47 Z. 4 Chimaltenango

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Nacionalidad: Guatemalteca

Motivo de Consulta

“Mi esposo me engaño me maltrata y me humilla, a causa de esto tuve un aborto”.

Historia del Problema

Refiere la paciente que su es esposo infiel que a raíz de todo, le practicaron un legrado porque supo que su esposo le contó que tenia una amante; su hijo el menor de siete años presencio una pelea que tuvieron y ella piensa que por esta razón su hijo se orina en la cama, tiene once años de casada con su esposo.

Impacto del trastorno del sujeto y su familia a raíz de todos los problemas el menor de sus hijos de orina en la cama, no se comunica con los demás.

Historia clínica o antecedente

- a) Personales patológicos
- b) Personales no patológicos

Historia Familiar

Gladis es la segunda hija de matrimonio que tiene buena relación con su hermana mayor, tiene también buena relación con sus padres. Siempre fue aplicada durante estuvo estudiando.

Examen Mental

- a) Apariencia: limpia
- b) Actitud: decuada
- c) Conducta: adecuada
- d) Lenguaje: adecuado
- e) Curso de pensamiento: adecuado
- f) Contenido del pensamiento: adecuado
- g) Percepción: adecuado
- h) Humor: adecuado
- i) Memoria: adecuada
- j) Afecto: adecuado
- k) Control de impulsos: adecuado
- l) Orientación: adecuado
- m) Capacidad de insight: adecuado
- n) Confiabilidad: confiable
- o) Inteligencia: adecuado

Evaluación Multiaxial

Eje I problemas conyugales

Eje II sin diagnóstico

Eje III no posee enfermedades médicas

Eje IV problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V 71 – 80

Plan Terapéutico

Charla de autoestima

Terapia Confrontiva

Terapia Confrontiva Conductual

Caso 5

Historia clínica

Datos generales

Nombre: C. E. H.

Edad: 7 años

Escolaridad: 1ro Primaria

Estado Civil: Soltero

Dirección: 5 av. 1-47 Z. 4 Chimaltenango

Sexo: Masculino

Religión: Católico

Nacionalidad: Guatemalteca

Motivo de Consulta

Refiere la madre que se orina en la cama todos los días.

Historia del Problema

Refiere la madre del paciente que su hijo de 7 años tiene como cuatro meses que se orina en la cama todos los días y ella cuenta que todo paso a raíz de que el niño fue testigo de una discusión con su esposo quien la agredió verbal y físicamente, la tenia por el cuello ahorcándola y su hijo lo vio todo y se asustó, lloró y le gritó a su papá que dejara a su mamá. Desde entonces el niño se orina en la cama.

Impacto del trastorno del sujeto y su familia.

A causa de todo lo experimentado el paciente tiene pesadillas nocturnas, llora con facilidad se orina en la cama existe una mala relación con su mamá y con su hermano mayor.

Historia Clínica o Antecedentes

- a) Personales no patológicos: no tiene
- b) Personales no patológicos:

Historia Familiar

Carlos es el segundo hijo de matrimonio tiene dos hermanos el primer hermano tiene diez años su hermanita menor tiene cuatro años.

Impacto del Trastorno del Sujeto y su Familia

Refiere el paciente que una noche el estaba durmiendo y su papá llegó tomado después le pegó a su mamá y la estaba ahorcando y él tiene miedo que su papá le pegue a su mamá y que los abandone. Después de todo lo sucedido tiene problemas con su hermano mayor y con su mamá: antes era un buen estudiante pero ahora se distrae mucho en clase.

Historia clínica o antecedente

- a) Personales patológicos: no tiene
- b) Personales patológicos: no tiene

Examen mental

- a) Apariencia: limpia
- b) Actitud: inadecuada
- c) Conducta: inadecuada
- d) Lenguaje: adecuado
- e) Curso de pensamiento: adecuado
- f) Contenido del pensamiento: adecuado
- g) Percepción: adecuado
- h) Humor: adecuado
- i) Memoria: adecuada
- j) Afecto: inadecuada
- k) Control de impulsos: inadecuados
- l) Orientación: adecuado
- m) Capacidad de insight: adecuado
- n) Confiabilidad: adecuado
- o) Inteligencia: adecuado

Evaluación Multiaxial

Eje: I enuresis.

Eje: II sin diagnóstico

Eje: III no posee enfermedades médicas.

Eje: IV problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje: V 51 - 60

Plan Terapéutico

Terapia Conflictiva

Terapia Conflictivo Conductual

Charla de autoestima.

4.4. Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Introducción

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

a) Objetivos

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

b) Actividades

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

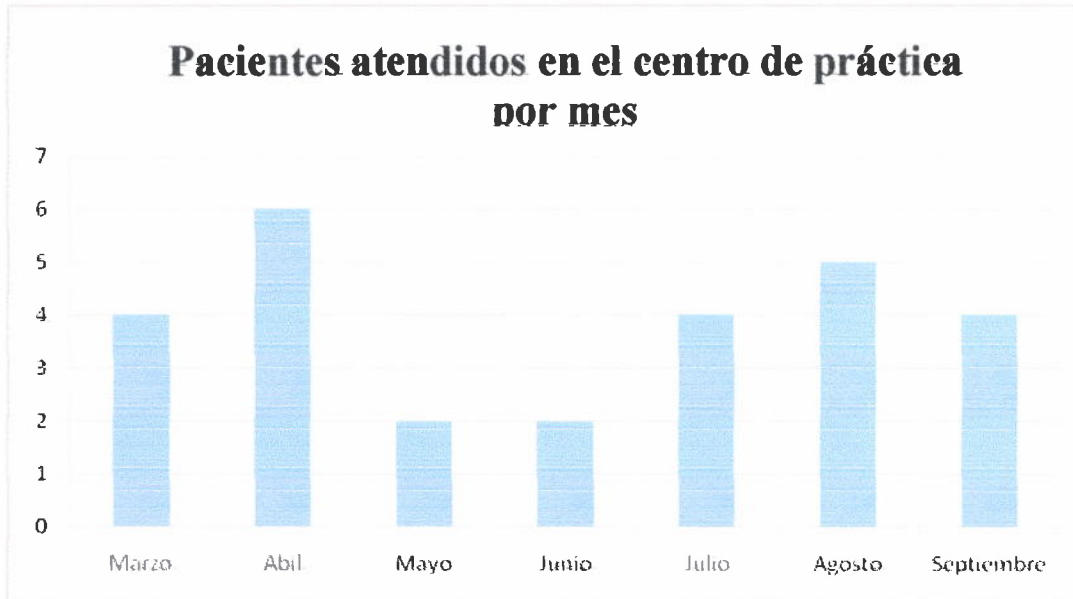
c) Cronograma de actividades

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

4.5. Presentación de gráficas

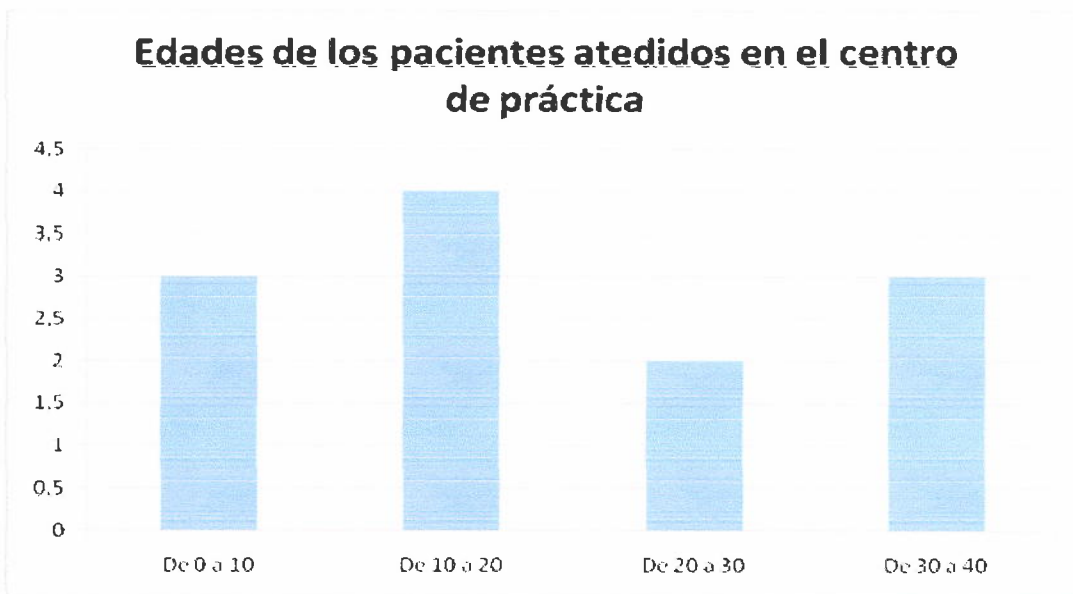
Programa de casos atendidos

Gráfica 1



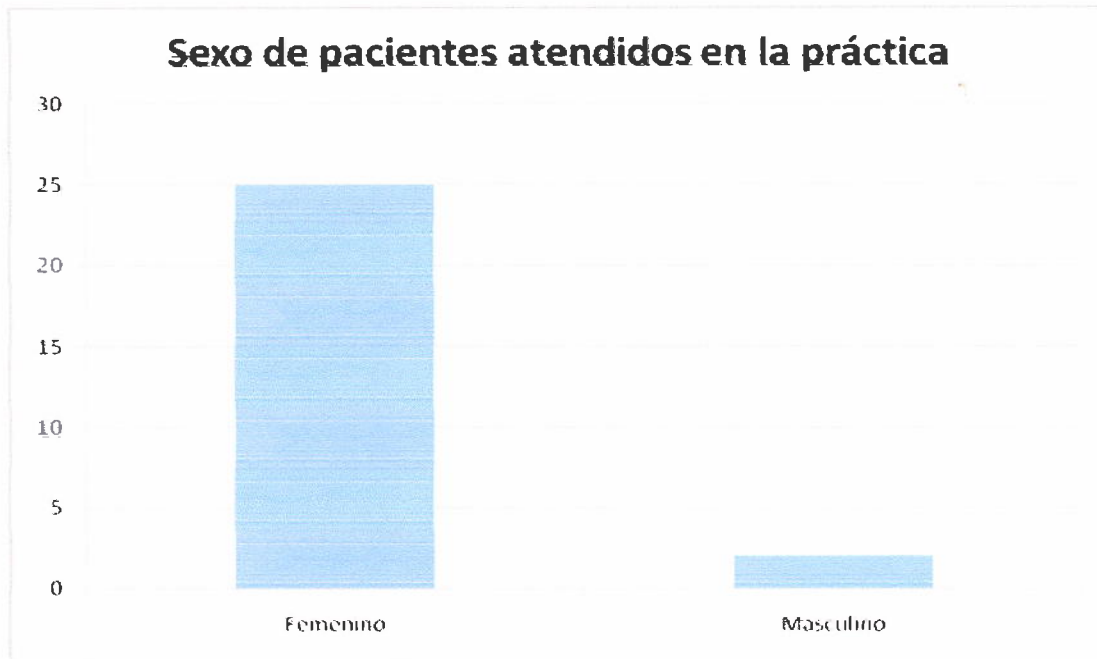
Fuente: propia

Gráfica 2



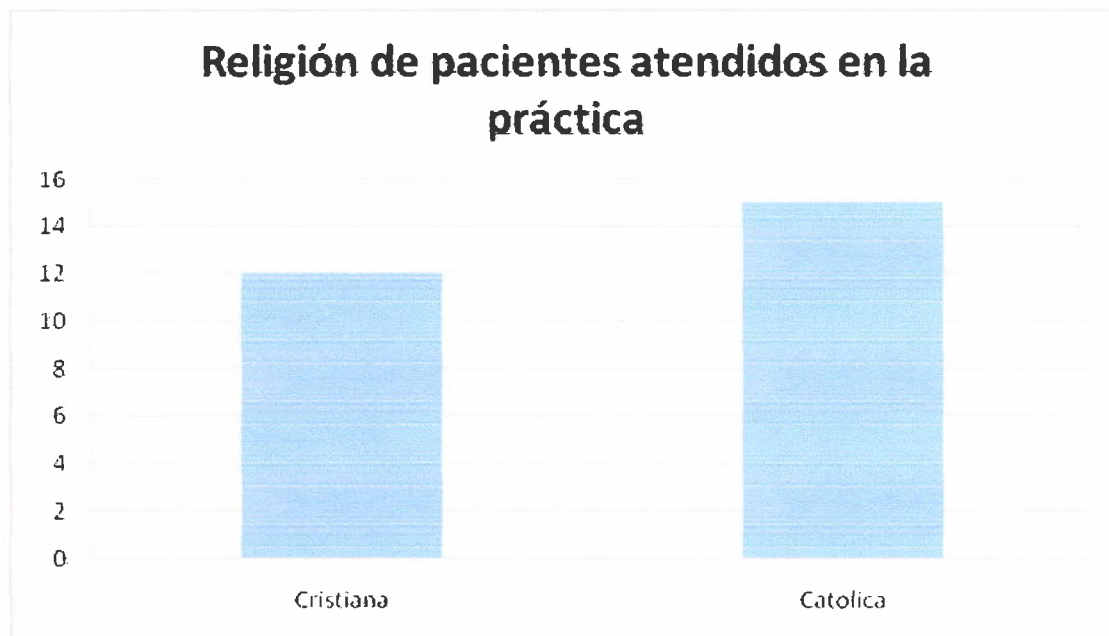
Fuente: propia

Gráfica 3



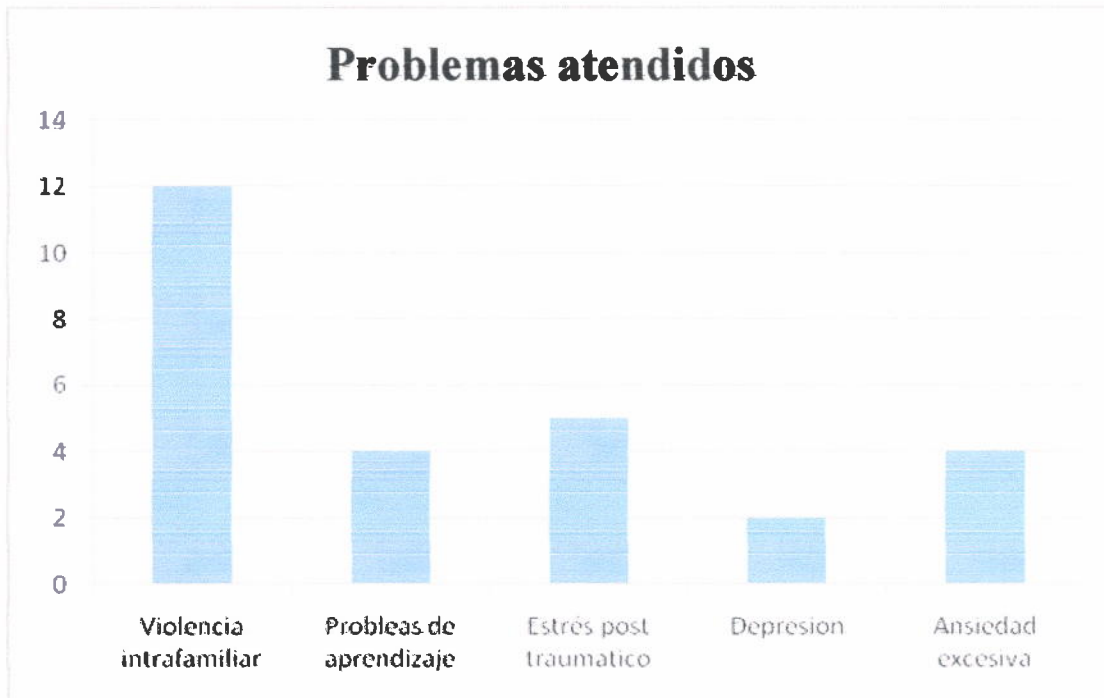
Fuente: propia

Gráfica 4



Fuente: propia

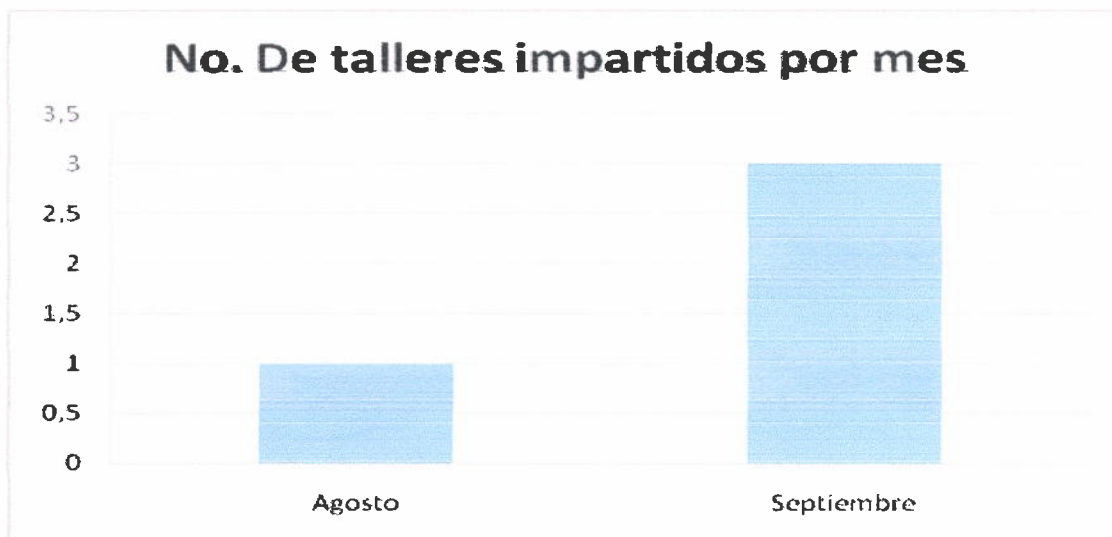
Gráfica 5



Fuente: propia

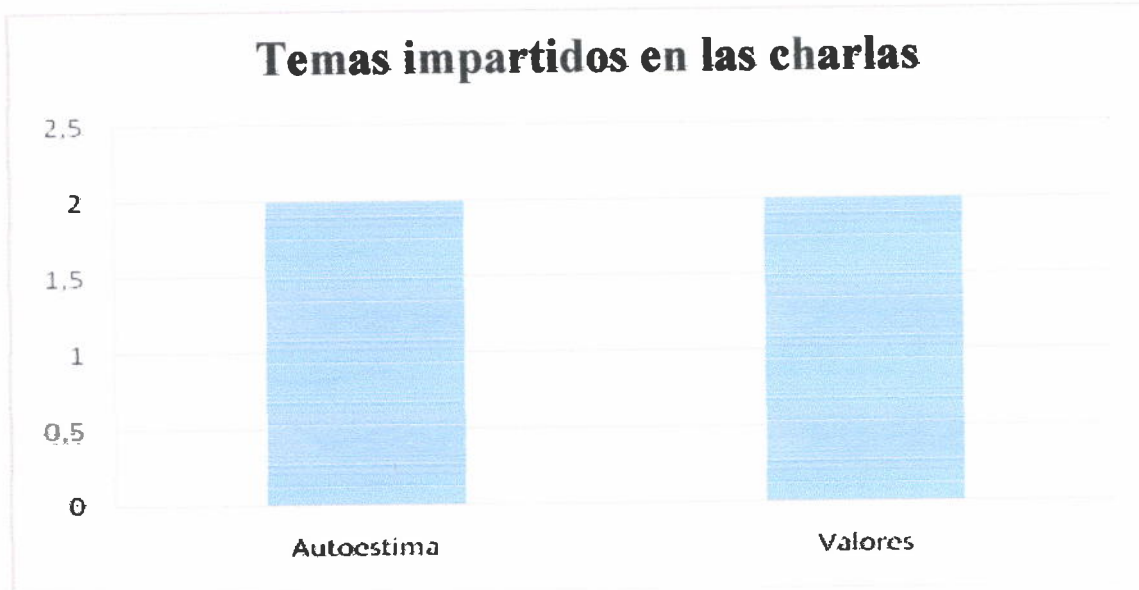
Programa de capacitación

Gráfica 6



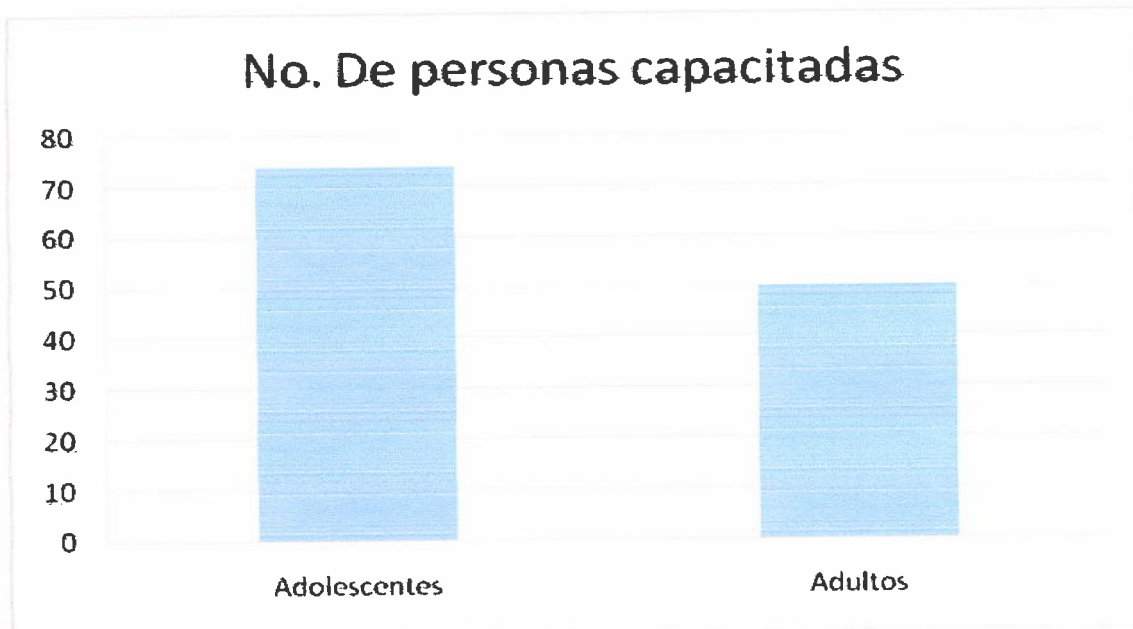
Fuente: propia

Gráfica 7



Fuente: propia

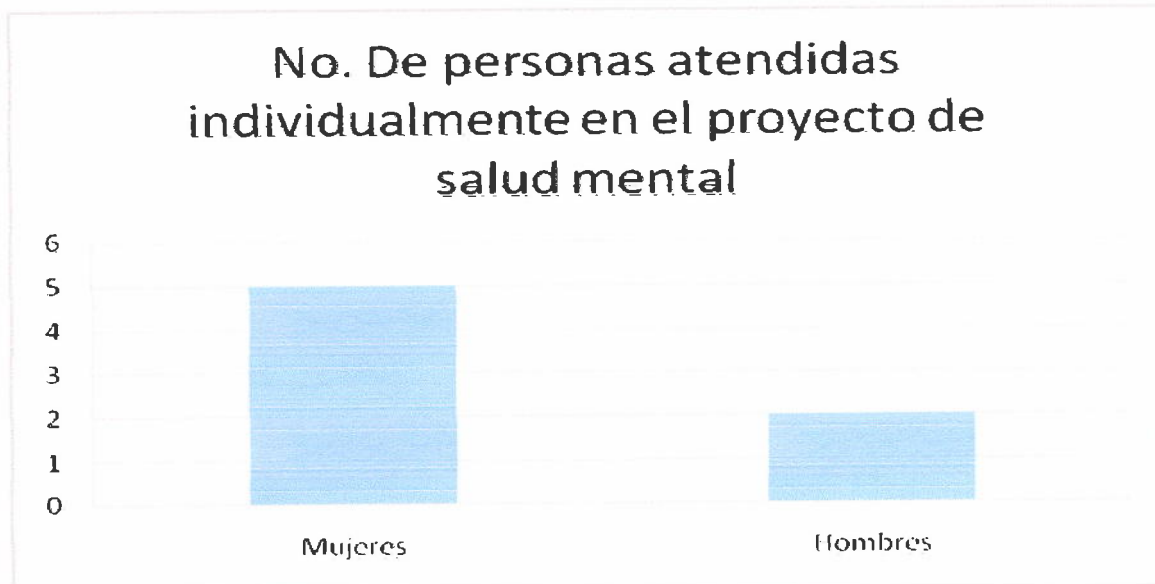
Gráfica 8



Fuente: propia

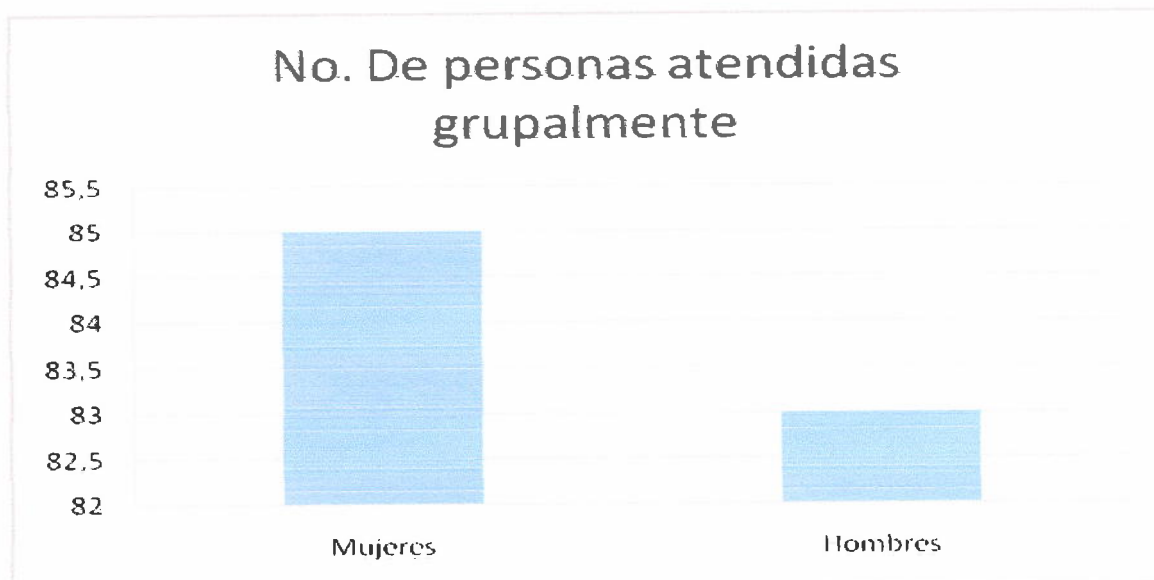
Proyecto de salud mental

Gráfica 9



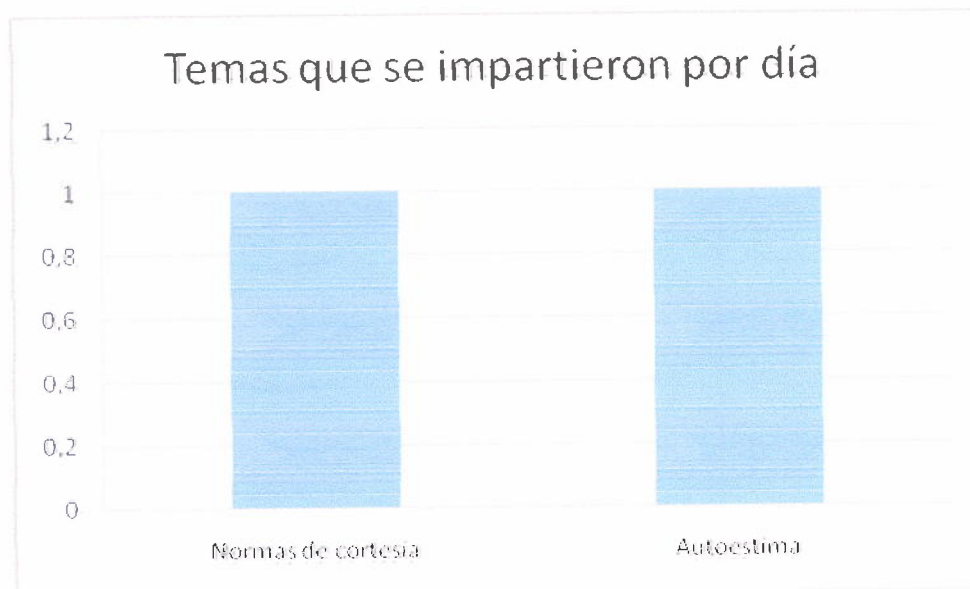
Fuente: propia

Gráfica 10



Fuente: propia

Gráfica 11



Fuente: propia

Conclusiones

1. La Práctica Profesional Dirigida se utiliza para que las personas le encuentren la solución a sus problemas mentales.
2. Por medio de la Práctica Profesional Dirigida se puede llegar a conocer los diversos trastornos que presenta una persona.
3. La Práctica Profesional Dirigida es un medio para que las personas tengan un equilibrio entre sus pensamientos y sus emociones.
4. Por medio de las capacitaciones y proyectos de salud mental se puede lograr que las personas comprendan la importancia del equilibrio entre el cuerpo y la mente.
5. La forma de enfrentar a las personas con sus problemas emocionales es por medio del proceso de psicoterapia.

Recomendaciones

1. Guiar a las personas para que ellas mismas le encuentren la solución a sus problemas.
2. Informarse sobre los diferentes trastornos existentes para poder dar un diagnóstico correcto.
3. Promover en la población guatemalteca métodos y técnicas para lograr un equilibrio entre la mente y el cuerpo.
4. Aplicar proyectos para promover en las personas la salud mental.
5. A la hora de la psicoterapia utilizar un método adecuado para cada trastorno.

Referencias

1. Barlow D. y Durand M. *Psicología Anormal*. Thomson Learning México.
2. Enciclopedia Ilustrada Encarta 2007.
3. Kleinke, C (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. (4ª. ed.) Editorial Desclée de Brouwer.
4. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMIV* México. Editorial Masson.
5. www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=278 - 40k - En caché - [Páginas similares](#)
6. www.kinema.8m.com/trastorno.htm - 25k - En caché - [Páginas similares](#)
7. www.psicologoinfantil.com/trasdesapsicom.htm - 70k - En caché - [Páginas similares](#)

ANEXOS

Anexo 1

Glosario de términos psicológicos

AFECTO PLANO: 1. Falta de expresión emocional incluso frente a estímulos de cualquier índole.

ALUCINACIONES: 1. Desvariar. Sensación subjetiva que no va precedida de impresión en los sentidos.
2. Percepción ilusoria que no corresponde a un estímulo exterior. Pueden aparecer percepciones semejantes a toda clase de percepciones reales: auditivas, visuales, táctiles, cenestésicas, del sentido del equilibrio, gustativas, de sensibilidad profunda.

COMPULSIONES: 1. Inclínación, pasión vehemente y contumaz por algo o alguien.
2. En psicología y psiquiatría significa una fuerza interior que determina o domina el pensamiento y la acción de una persona en contra de su voluntad. El individuo se siente coaccionado. El contenido puede ser muy diverso: contar las casas de una calle, o los peldaños de una escalera, lavarse repetidamente las manos, comprobar repetidamente si se ha cerrado la puerta, etc.

DESPERSONALIZACIÓN:

1. Quitar el carácter o atributos a alguien; hacerle perder la identidad. Quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación.
2. Pérdida o deteriorización de la conciencia personal, proceso en virtud del que aparecen envueltos en una irrealidad onírica el yo y el mundo circundante; en la acción se elimina la conciencia del yo. Según Meyer, se observa la despersonalización como manifestación asociada a la pubertad (crisis puberal, neurosis puberal), a las neurosis, como síntoma anancástico o histérico y como reacción vivencial aguda. Es síntoma psicótico en la esquizofrenia.

FOBIAS:

1. Aversión obsesiva a alguien o algo. Temor irracional compulsivo.
2. Violenta angustia que aparece compulsivamente ante determinados objetos o situaciones exteriores que realmente no presentan peligro. Según la concepción psicoanalítica, este miedo a un objeto o a una situación es en su origen miedo a un impulso instintivo interior peligroso, es un miedo a la irrupción del instinto en la conciencia y a su satisfacción. Este miedo fue desplazado a una cosa exterior sustitutiva.

GESTICULACIÓN:

1. Acción o efecto de gesticular. 1.1 Gesticular: Hacer gestos. 1.2 Gesto: Movimiento del rostro, de las manos o de otras partes del cuerpo con que se expresan diversos afectos del ánimo. Movimiento exagerado del rostro por hábito o enfermedad. Contorsión burlesca del rostro. Rasgo notable de carácter o conducta.
2. Movimientos expresivos, especialmente de las manos. La psicología toma en consideración los gestos y la actitud corporal en cuanto son expresión de lo psíquico. Pueden ser voluntarios o involuntarios. Se incluyen entre los primeros los que constituyen la mímica y la pantomima. Wundt distingue las siguientes clases de gestos: Demostrativos, imitativos, indicativos y simbólicos.

HIPOCONDRIÁSIS:

1. Afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso con tristeza habitual y preocupación constante y angustiosa por la salud.
2. Estado de depresión con exagerada preocupación por la salud propia y aprensión, sin fundamento, de hallarse aquejado por una enfermedad. En la mayoría de casos es una forma de neurosis.

IDEAS DE REFERENCIA:

1. Idea directriz: en la psicología individual de Adler, la idea concreta que guía al individuo en sus actos, vivencias y creaciones.

ILUSIONES:

1. Concepto, imagen o representación sin verdadera realidad, sugeridos por la imaginación o causados por engaño de los sentidos. Esperanza cuyo cumplimiento parece especialmente atractivo.
2. Mala interpretación de impresiones sensoriales, generalmente con gran participación de la fantasía. Diferente a la alucinación, que no se basa en realidades objetivas. Interpretación subjetiva, distanciada de la realidad, del mundo o de las circunstancias exteriores. Esperanza infundada.

INSIGHT:

1. Idea, luz en el sentido figurado sobre el descubrimiento del curso del pensamiento.
2. Aprendizaje que ocurre repentinamente al comprender todos los elementos de un problema.

LABILIDAD:

1. Que resbala o desliza fácilmente. Frágil, caduco o débil. Poco estable, poco firme en sus resoluciones. Inestable que se transforma fácilmente en otro.
2. Inestabilidad, corporal o psíquica, cualidad de ser fácilmente afectado. Labilidad vegetativa, aumento de la excitabilidad del sistema nervioso vegetativo, que fácilmente pierde su equilibrio. Se dice habitualmente en este caso, que hay nerviosismo o sensibilidad exagerada con repercusiones orgánicas.

MANIERISMO:

1. Estilo artístico difundido por Europa en el siglo XVI, caracterizado, por la expresividad y la artificiosidad.

2. Dicho de los modos de conducta (en el lenguaje, los gestos, la mímica, la marcha, etc.), carentes de autenticidad, afectados, no naturales, desplazados, raros, especialmente observados en enfermedades mentales o psicopatías. En personas de mente sana y en forma menos rara se llama amaneramiento. La característica fundamental es la falta de autenticidad, debida a no poder conseguir el individuo el modo de ser que pretende.

MUTISMO:

1. Silencio voluntario o impuesto.
2. Ausencia del lenguaje hablando a pesar de que se conserva la capacidad de hablar. Se observa principalmente en depresivos o esquizofrénicos, pero también a veces en neuróticos, histéricos y en niños (como síntoma neurótico).

OBSERVACIONES:

1. Acto y efecto de observar.
2. Proceso de percepción conducido sistemáticamente siguiendo directrices metódicas, (lógicas) y con atención, dirigido a un objeto determinado con la intención de obtener el conocimiento más amplio y exacto posible sobre él. Es base esencial de toda ciencia experimental. Condiciones: Presencia de un objeto, concepción de lo que ha de ser el objetivo y mantenimiento del mismo durante la observación, dirección de la atención, esfuerzo voluntario, aprehensión de lo esencial y empleo de categorías de descripción adecuadas. En psicología la observación es la base de toda investigación.

PERSEVERACIONES:

1. Tendencia patológica a continuar, mantener o repetir una determinada actividad, sin que ello se deba a motivos fisiológicos o mecánicos.
2. Persistencia o continua reaparición de vivencias o de contenidos de la memoria. Rígido mantenimiento de modos de conducta y posiciones.

Ej.: Continúa reaparición en el pensamiento de una melodía. Kretschmer considera la perseveración como característica determinante en la clasificación en tipos psicológicos constitucionales. En el tipo atlético hay una perseveración más intensa. En psicopatología, rígida repetición o persistencia de un mismo pensamiento, reiteración de una misma respuesta a las más variadas preguntas o estímulos; también, análoga repetición morbosa de una mismo gesto o un mismo acto.

VERBORREA: 1. Abundancia (en exceso) de palabras en la elocución. O sea en la manera de expresar los conceptos por medio del habla en el discurso.

Nota: Todas las definiciones con numeral 1. son del Diccionario RAE y todas las definiciones con el numeral 2. son del Diccionario de Psicología.

día Dios la coloca como reina de un pueblo, la reina es la que debe mostrar cuan valiosa es ante el rey y los demás, así son ustedes reinas de su casa, reinas del lugar donde Dios las ha colocado, su vida vale mucho, y tiene un precio inigualable.

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

La confianza es importante

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

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

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

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

Como se forma la autoestima:

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

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

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

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

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

1 Samuel 1-2-3.

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

Ester 1-2-3

También aprendemos de Ester una joven que creció con su tío Mardoqueo la cual creció sin sus padres, pero sabia su identidad, sabía que tenía un valor especial para Dios, tal vez al principio fue difícil para ella poder vivir sin sus padres pero su tío le enseñó a que ella tenía un valor para Dios y para él, aprendió a apreciarse tal y como era, aprendió a aceptar a ella y a su pueblo y un

ella, tal vez se miraba como que esos sueños no iban a cumplirse, pero al final se vio que el alcanzo con la gracia de Dios ese sueño.

Todos podemos lograr esos sueños, requiere un esfuerzo grande, sacrificio, perseverancia, ánimo, etc.

Puedes lograr ese sueño que tienes, de ser alguien en la vida, puedes traer a tu memoria que pasara de aquí a unos cinco años donde estarás, como estarás, etc., para que se cumplan debes de comenzar a caminar hacia ellos y perseverar.

Se enfatizó el hecho de que somos los responsables de nuestro éxito o fracaso y se les recomendó que reflexionen más acerca de sus sueños.

La autoestima enfocada a las mujeres de la biblia

Que es la autoestima:

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

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

Importancia de la autoestima:

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

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

Anexo 2

Los valores

Mejorando tú autoestima

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

La alegría

El cariño

La inteligente

El ser amigable, etc.

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

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

Todos tenemos la capacidad de poder mejorar nuestra autoestima si nos lo proponemos día con día.

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

Mis sueños

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

Hubo un Joven llamado José que Dios le dio un sueño, era un joven el tubo que pasar un proceso muy duro para que ese sueño se cumpliera, aun su familia no creyó en ese sueño, sus hermanos lo vendieron, imagínate que sintió en ese momento, o cuando una mujer dijo que él quería abusar de

ella, tal vez se miraba como que esos sueños no iban a cumplirse, pero al final se vio que el alcanzo con la gracia de Dios ese sueño.

Todos podemos lograr esos sueños, requiere un esfuerzo grande, sacrificio, perseverancia, ánimo, etc.

Puedes lograr ese sueño que tienes, de ser alguien en la vida, puedes traer a tu memoria que pasara de aquí a unos cinco años donde estarás, como estarás, etc., para que se cumplan debes de comenzar a caminar hacia ellos y perseverar.

Se enfatizó el hecho de que somos los responsables de nuestro éxito o fracaso y se les recomendó que reflexionen más acerca de sus sueños.

La autoestima enfocada a las mujeres de la biblia

Que es la autoestima:

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

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

Importancia de la autoestima:

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

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

Como se forma la autoestima:

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

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

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

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

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

1 Samuel 1-2-3.

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

Ester 1-2-3

También aprendemos de Ester una joven que creció con su tío Mardoqueo la cual creció sin sus padres, pero sabia su identidad, sabía que tenía un valor especial para Dios, tal vez al principio

fue difícil para ella poder vivir sin sus padres pero su tío le enseñó a que ella tenía un valor para Dios y para él, aprendió a apreciarse tal y como era, aprendió a aceptar a ella y a su pueblo y un día Dios la coloca como reina de un pueblo, la reina es la que debe mostrar cuán valiosa es ante el rey y los demás, así son ustedes reinas de su casa, reinas del lugar donde Dios las ha colocado, su vida vale mucho, y tiene un precio inigualable.

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

La confianza es importante

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

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

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

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

Anexo 3 Fotografías

Centro de Salud Mental Comunitaria

Chimaltenango



Liga Guatemalteca
de Higiene Mental









Anexo 4 Constancias de horas de práctica



INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango.


Fecha: Mes de enero.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 06 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
22/01/2008	3	
29/01/2008	3	

Vo.Bo. _____


Licda. Sonia Pappa.

Supervisora de Practica Profesional Dirigida.



**INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango.

Fecha: Mes de febrero.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 06 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
12/02/2008	3	
20/02/2008	3	

Vo.Bo. _____


Licda. Sonia Pappa.

Supervisora de Practica Profesional Dirigida.



INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango.

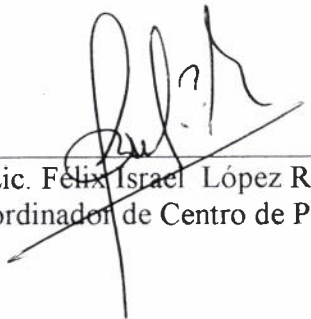
Fecha: Mes de marzo.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 18 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
03/03/08	3	
04/03/08	3	
10/03/08	3	
11/03/08	2	
13/03/08	2	
24/03/08	2	
26/03/08	3	

Vo.Bo.


Lic. Félix Israel López Ramos
Coordinador de Centro de Práctica





**INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango.

Fecha: Mes de abril.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 27 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
02/04/08	3	
03/04/08	3	
09/04/08	3	
10/04/08	3	
16/04/08	3	
17/04/08	3	
23/04/08	3	
24-04-08	3	
30-04-08	3	

Vo.Bo. _____

Lic. Félix Israel López Ramos
Coordinador de Centro de Práctica





INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango.

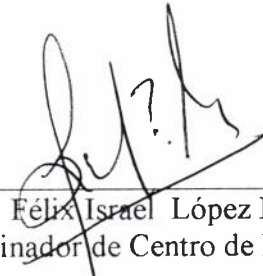
Fecha: Mes de mayo.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 27 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
07-05-08	3	
08-05-08	3	
14-05-08	3	
15-05-08	3	
21-05-08	3	
22-05-08	3	
28-05-08	3	
29-05-08	3	

Vo.Bo. _____


Lic. Félix Israel López Ramos
Coordinador de Centro de Práctica





INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango.

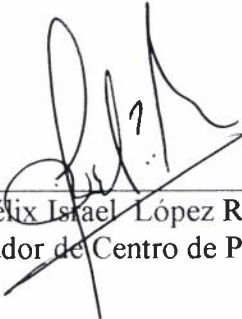
Fecha: Mes de junio.

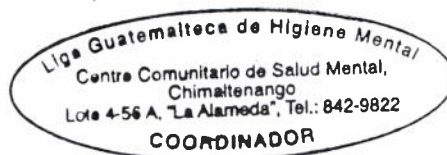
Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 20 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
04-06-08	4	
05-06-08	4	
11-06-08	4	
12-06-08	4	
18-06-08	4	

Vo.Bo.


Lic. Félix Israel López Ramos
Coordinador de Centro de Práctica





INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango.

Fecha: Mes de julio.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 24 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
16-07-08	4	
17-07-08	4	
23-07-08	4	
24-07-08	4	
30-07-08	4	
31-06-08	4	

Vo.Bo. _____

Lic. Félix Israel Lopez Ramos
Coordinador de Centro de Práctica





INFORME MENSUAL DE HORAS
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango.


Fecha: Mes de agosto.

Nombre del alumno(A) Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al centro de práctica: 32 horas.

FECHA	No. De HORAS	FIRMA
06-08-08	4	
07-08-08	4	
13-08-08	4	
14-08-08	4	
20-08-08	4	
21-08-08	4	
27-08-08	4	
28-08-08	4	

Vo.Bo. _____


Lic. Félix Israel López Ramos
Coordinador de Centro de Práctica



Anexo 5 Cartas firmadas y selladas



LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

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

Guatemala, 10 de marzo del año 2008.

Licenciado:

Ramiro Bolaños.

DECANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION

Universidad Panamericana

Guatemala, Ciudad

Respetable Licenciado:

Por medio de la presente, manifiesto que se autoriza a la estudiante PATRICIA YANIRA PORTAN SAAVEDRA, con carné: E1-20047015, quien cursa el 5to. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social, a que realice la Práctica Profesional Dirigida; en este Centro.

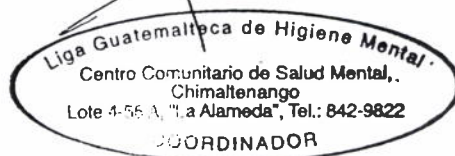
Manifiesto además mi disposición en contribuir con la estudiante, en el proceso de su formación profesional.

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

Atentamente,

Lic. Israel F. López Ramos.

Psicólogo Clínico



Asamblea de Dios Bethlehem

Asambleas de Dios



Cuerpo
Administrativo.

Pastor.
Artemio Silva.

Juan José Saput .
Diacono.

Rafael Tuyuc.
Diacono.

Jorge Hernández.
Diacono

Tereso Sarazua.
Diacono

German Suyuc.
Diacono

Miguel Tol
Diacono.

Israel García
Diacono.

Victor Texaj.
Diacono.

Rene Suyuc.
Diacono

Mateo Sutuj.
Diacono

Flavio Girón.
Diacono

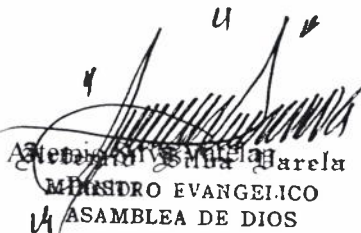
Luis Ramirez
Secretario

Chimaltenango, 23 de septiembre de 2008

Licenciada
Sonia Pappa
Supervisora Práctica Profesional Dirigida

Por medio de la presente hago constar que **PATRICIA YANIRA PORTAN SAAVEDRA** estudiante del Quinto Año de la Carrera de Psicología y Consejería Social impartió la charla de **AUTOESTIMA** al Grupo de Concilio Misionero Femenil que pertenece a la Iglesia evangélica Asamblea de Dios Bethlehem ubicada en la 2ª. Calle 6-96 Zona 2 de esta ciudad de Chimaltenango.

Atentamente,


Ministro Evangélico
ASAMBLEA DE DIOS





**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 23 de Enero de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 15 horas.

Licda. Sonia Pappa

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS ATENDIDOS	OBSTACULOS
Enero	Se realizó una reunión para un conocimiento de un cronograma de actividades de la práctica profesional dirigida.	Cuaderno, Lapicero Mesa Sillas Salón.	Ninguno	Ninguno	Cronograma de actividades para la práctica profesional dirigida.	Lugar para reunión de práctica, porque no es un lugar apropiado, mucho ruido.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULO
22/01/08	Se realizó una reunión para hacer la planificación de las actividades para la práctica profesional dirigida.	Cronograma hojas, Lapicero Sillas Mesa Salón.	Ninguno	Ninguno	Planificación de práctica profesional.	Lugar para reunión de práctica.
23/01/08	Se hizo una carta de solicitud de autorización para realizar la práctica profesional dirigida, a la que se le presento al Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación.	Hojas Computadora.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Lugar para reunión de la práctica.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULO
29/01/08	Se realizo una reunión en donde la Catedrática dio a conocer las instrucciones sobre la metodología que debemos utilizar para la práctica profesional dirigida, los que se detallaron por mes, a partir de enero a noviembre del año 2008.	Cuaderno, Lapicero Mesa Sillas Salón.	Ninguno	Ninguno	Planificación de práctica profesional dirigida.	Lugar de reunión de práctica.

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
Licda. Sonia Pappa

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



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 23 de Febrero de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 15 horas.

Licda. Sonia Pappa.

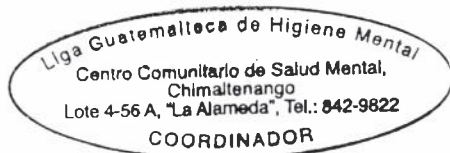
FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
12/02/08	Se asistió a la Universidad donde se elaboro una guía de observación que se deberá presentar a las instituciones que prestan servicio psicológico.	Cuaderno Lapicero Hojas.	Ninguno	Ninguno	Elaboración de una guía de Observación.	Limitación de Horario.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	PROBLEMA PRINCIPALES QUE LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULO
12/02/08	Se realizo una investigación sobre la Observación que fue presentada a la Catedrática, para que tengamos mas conocimiento, y una base para poder iniciar la practica profesional dirigida.	Computadora Hojas.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULO
21/02/08	Se realizo una visita al Juzgado de Menores de Chimaltenango, para obtener información acerca de la guía de observación estructurada con la Catedrática de la práctica profesional dirigida.	Formulario de guía. Lapicero Sello Almohadilla Psicóloga del Juzgado de Menores.	Ninguno	Ninguno	Guía de Observación	Ninguno

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
Licda. Sonia Pappa





**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 31 de marzo de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 18 horas.

Licda. Sonia Pappa.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
03-03-08	Presentación al centro de práctica para iniciar la guía de observación y fijar fecha para empezar de lleno con lo que era la practica profesional dirigida.	Cuaderno Lapicero Hojas Centro de práctica.	Ninguno	Ninguno ya que no se atendió ningún caso individual.	Guía de Observación.	No se encontraba el encargado del centro de practica para podernos dar información.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	PROBLEMA PRINCIPALES QUE LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULO
04/03/08	Asistencia a la sede de la Universidad para tratar asuntos respecto a los días y horas y aspectos relacionados con la práctica. Orientación sobre lineamientos para la entrega de trabajos y sobre el uso del manual. Actividades de relajación.	Hojas, cuadernos, manual de trabajo académico, lapiceros, aula, escritorios, sede de la Universidad.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Lineamientos sobre entrega de trabajos. Análisis de manual para la entrega de trabajos.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	PROBLEMA PRINCIPALES QUE LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS
10/03/08	Se realizo la presentación al Centro de Práctica para establecer los primeros contactos con el director del centro de práctica, por medio de las pláticas sobre situaciones que se han dado en el centro.	Centro de practicas, sillones cuadernos, lapiceros.	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Primeros contactos con el encargado del centro de práctica.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
11/03/08	Entrega de carta al director de la Escuela Oficial Mixta Santa Teresita, para promover la atención psicológica que se prestara en la Liga de la Higiene Mental.	Carta, buses, dinero, mesas, silla lapicero, escuela.	Ninguno	Ninguno.	Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestara en el centro de practica.	
24/03/08	Entrega de carta al director del Colegio Mixto Santa Teresita, para promover la atención psicológica que se prestara en la Liga de la Higiene Mental.	Carta, buses, dinero, mesas, silla lapicero, escuela.			Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestara en el centro de practica.	

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
26/03/08	Entrega de carta al director de la Escuela Oficial de Párvulos Pedro Molina, para promover la atención psicológica que se prestara en la Liga de la Higiene Mental.	Carta, buses, dinero, mesas, silla lapicero, escuela.	Ninguno	Ninguno.	Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestara en el centro de practica.	
28/03/08	Entrega de carta al director de la Escuela Centro América, para promover la atención psicológica que se prestara en la Liga de la Higiene Mental.	Carta, buses, dinero, mesas, silla lapicero, escuela.			Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestara en la liga de Higiene.	

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
28/03/08	Entrega de carta al director de la Escuela Centro América, para promover la atención psicológica que se prestara en la Liga de la Higiene Mental.	Carta, buses, dinero, mesas, silla lapicero, escuela.	Ninguno	Ninguno.	Entrega de carta para promover la atención psicológica que se prestara en el centro de practica.	

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica



Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
 Licda. Sonia Pappa



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 31 de abril de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 27 horas.

Licda. Sonia Pappa.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
02-04-08	Asistencia al Centro de Práctica, inicio de caso de María Olimpia Girón llegó porque padecer de insomnio y sin motivo para vivir, se trabajo en forma individual.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica.	Uno	El no querer vivir.	Síntomas depresivos.	Ninguno.

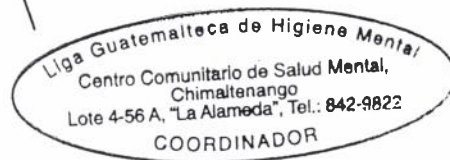
FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
03-04-08	Presentación al Centro de Práctica para la atención de pacientes que pudieran presentarse en ese día, no hubo ningún paciente.	Centro de Práctica.	Ninguno	Ninguno.	Ninguno	Ninguno
09-04-08	Asistencia al Centro de Práctica, inicio de caso de Liseth Hernández.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica.	Uno	Problema de comunicación con su esposo	El autoestima.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
10/04/08	Asistencia al Centro de Práctica, inicio de caso de Fabiola Bran la refiere KATORI.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Violación.	Abuso sexual.	Inseguridad y temor del paciente.
16/04/08	Asistencia al Centro de Práctica, inicio de caso de Carlos Hernández lo refiere la madre.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	No puede controlar su esfínter.	Falta de control esfínter.	La poca comunicación del paciente.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
17-04-08	Asistencia al Centro de Práctica, continuación de caso de Fabiola Bran en forma individual.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Depresión	Falta de Valores, hacia la mujer.	Inseguridad y temor del paciente.
23-04-08	Asistencia al Centro de Práctica, continuación de caso de Carlos Hernández Test de la figura familia.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Le contestaba a su papá. Mala conducta en el colegio.	Enuresis	La inquietud del niño.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
24-04-08	Asistencia al Centro de Práctica, continuación de caso de Fabiola Bran, en forma individual.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	La rebeldía del paciente.	Trabajar con adolescentes	La inseguridad del paciente.
30-04-08	Asistencia al Centro de Práctica, para realizar una evaluación del mes de junto con el Encargado del Centro de Practica y los demás compañeros.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	No se trabajó con pacientes ese día.	Evaluación de actividades realizadas durante el mes de abril.	El no empezar la reunión a la hora prevista.

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica



Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
Licda. Sonia Pappa



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 07 de mayo de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 27 horas.

Licda. Sonia Pappa.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
07-05-08	Asistencia al Centro de Práctica, se siguió trabajando con María Olimpia Girón test de la figura humana.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica.	Uno	Depresión	Falta de Autoestima.	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
08-05-08	Asistencia al Centro de Práctica, se siguió trabajando con Carlos Hernández se le aplicó el test de la figura humana.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	La mala relación de Carlos Hernández con el papá.	Test de la figura humana, estimulación del aprendizaje.	Falta de comunicación del niño.
12-05-08	Asistencia del Centro de Práctica para planificar la actividad del día de la madre.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron pacientes.	Planificación de actividades.	La inasistencia de los pacientes.
14-05-08	Asistencia al Centro de Práctica, se siguió trabajando con Liseth Hernández en forma individual.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Baja autoestima	La autoestima	

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
15-05-08	Asistencia al centro de práctica a la actividad de la celebración del día de la madre.	Centro de práctica Sillas, grabadora, bocinas, papel arco iris, papel crepe, goma, tijeras, pañuelo, micrófono, trastes, Magdalenas, Agua, Vejigas, pino, flores.	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron pacientes.	Coordinación de actividades.	Ninguno
20-05-08	Asistencia ala sede de la Universidad se trabajó sobre los temas como historia clínica y técnicas de relajación.	Pizarrón, marcador, almohadilla, cuadernos, lapicero y escritorio.	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron casos.	Elaboración de una historia clínica. Técnicas de relajación	El horario.
21-05-08	Asistencia al Centro de Práctica se inicio con Thelma Pérez.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	La dificultad que tiene la señora con su pareja.	Problemas en las parejas.	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
22-05-08	Asistencia al Centro de Práctica, se siguió trabajando con María Olimpia Girón, de forma individual la terapia de relajación.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Poca Iniciativa	Técnica de relajación	Ninguno
28-05-08	Asistencia al Centro de práctica, Carlos Hernández, el tema sobre como respetar a nuestros padres.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Falta de respeto hacia su padre.	Problemas de conducta de los niños.	La inquietud del paciente.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
29-05-08	Asistencia al Centro de Práctica, el inicio del caso del niño Cristian Alejandro Pérez.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Le ha afectado el maltrato que el padre le ha dado a la madre. Mala conducta en el colegio.	Rebeldía	La inquietud del niño.

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
Licda. Sonia Pappa





INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 04 de junio de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 12 horas.

Licda. Sonia Pappa.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
04-06-08	Asistencia al Centro de Práctica, se trabajo con Carlos Hernández, técnica del autoestima.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica.	uno	Baja autoestima	La autoestima	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
05-06-08	Asistencia al Centro de Práctica lectura del tema problemas del aprendizaje.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	Ninguno ya que no asintieron pacientes.	Problemas del aprendizaje.	Las condiciones del clima.
11-06-08	Asistencia al Centro de Práctica para corregir volantes y entregarlos.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	Ninguno ya que no asistieron pacientes.	Ayudar al Centro de practica para tener propaganda.	Las condiciones del clima.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
12-06-08	Asistencia al Centro de Práctica, se siguió trabajando con Liseth Hernández.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Falta de comunicación, el maltrato de su esposo.	Violencia Intrafamiliar.	Ninguno
18-06-08	Asistencia al Centro de Práctica, se inicio el caso de la señora Brenda Díaz.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Baja Autoestima	Autoestima	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
24-06-08	Asistencia a la sede de la Universidad, se trabajo con el DSMIV, se asignaron los temas y fechas para las exposiciones.	Pizarrón, almohadilla, lapiceros, DSMIV, fotocopias, cuadernos, escritorios.	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron casos	El uso del DSMIV	Ninguno

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica



Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
 Licda. Sonia Pappa



**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 16 de julio de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 12 horas.

Licda. Sonia Pappa.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
16-07-08	Asistencia al Centro de Práctica se trabajo con Liseth Hernández el tema las cualidades de ella misma.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica.	Uno	Dificultad para valorizarse.	Los valores y las cualidades.	Ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
17-07-08	Asistencia al Centro de Práctica, se trabajo el control de asistencia de pacientes atendidos, solicitado por el encargado del centro de práctica.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron pacientes.	Llevar el control de los pacientes de una forma ordenada.	Ninguno.
23-07-08	Asistencia al Centro de práctica no se atendieron pacientes porque no asistieron, se investigo sobre el tema Enuresis y Encopresis.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron pacientes	Enuresis y Encopresis.	Las condiciones climáticas.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
24-07-08	Asistencia al Centro de práctica seguimiento con el niño Carlos Hernández, según refiere la mamá que tiene miedo a dormir solo.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	El niño tiene miedo a dormir solo y quiere dormir con la madre.	Desensibilización Sistemática.	Ninguno
30-07-08	Asistencia al Centro de practica se trabajo con Brenda Díaz, el respeto a las personas mayores en especial a su madre.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	La falta de respeto hacia la madre.	Terapia conductiva conductual.	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
31-07-08	Asistencia al Centro de Práctica, se trabajo con Brenda Díaz, una hoja de trabajo sobre las conductas positivas y negativas.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Uno	Problemas de Conductas	Modificación de conductas.	Ninguno

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
Licda. Sonia Pappa





**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

Lugar: Chimaltenango

Fecha: 06 de agosto de 2008.

Nombre del Alumno Practicante: Patricia Yanira Portan Saavedra.

Total de horas que asistió al Centro de Práctica: 27 horas.

Licda. Sonia Pappa.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
05-08-08	Asistencia a la sede de la Universidad se trabajaron historias clínicas también se dieron parámetros sobre la realización del proyecto de salud mental.	Cuaderno Lapicero Hojas escritorios	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron casos	Parámetros para llevar acabo un proyecto de salud mental	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
06-08-08	Asistencia al Centro de Practica se llenaron unas hojas de evaluación del proceso de practica	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron casos	Evaluar una actividad	Ninguno
07-08-08	Asistencia al Centro de Practica, Cristian Alejandro Pérez reforzamiento escolar y estimulando su motricidad fina con trabajos manuales	Aguja, hilo, papel de china, pegamento, plásticina, hojas.	Uno	La motricidad fina	Estimulación de la motricidad fina.	Ninguno.
13-08-08	Asistencia al Centro de práctica, se realizó una reunión con el encargado del centro para realizar un análisis de la practica	Sillones, sillas, hojas y lapiceros.	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron pacientes.	Evaluación de una actividad	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
14-08-08	Asistencia al Centro de práctica, se siguió trabajando con Carlos Hernández la motricidad gruesa.	Obstáculos, campo de fútbol.	Uno	La motricidad gruesa	Estimulación de la motricidad gruesa.	Ninguna
20-08-08	Asistencia al centro de práctica, se trabajo la última sesión con Carlos Hernández ejercicios de coordinación vasomotora.	Lapicero, cuaderno, papel iris, Tijera.	Uno	La motricidad fina	La estimulación de la motricidad fina.	ninguno

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
21-08-08	Asistencia al Centro de Práctica se trabajo la última sesión con Cristian Alejandro Pérez, sobre ejercicios de motricidad gruesa.	Centro de práctica Campo de fútbol, obstáculos.	Uno	La motricidad gruesa.	Estimulación de la motricidad gruesa.	Ninguno.
27-08-08	Reunión grupal para elaborar el plan de trabajo para el proyecto e salud mental.	Cuadernos y lapiceros.	Ninguno	Ninguno porque no se atendieron casos.	Planificar un proyecto de salud mental.	Ninguno.

FECHA	ACTIVIDADES	RECURSOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	No. DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS	PROBLEMAS PRINCIPALES QUE PRESENTARON LAS PERSONAS ATENDIDAS	TEMAS O CONTENIDOS APRENDIDOS	OBSTACULOS
28-08-08	Asistencia al Centro de Práctica, para la última reunión con los pacientes.	Cuaderno Lapicero Hojas Mesas sillas Centro de práctica	Seis	Violencia intrafamiliar, depresión, autoestima, problemas de aprendizaje.	Terapia cognitiva conductual, terapia de relajación, el autoestima.	Ninguno

Vo.Bo. Coordinador de Centro de Práctica

Vo.Bo. Coordinadora de Práctica
Licda. Sonia Pappa

