

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Efectos psicológicos en pacientes internos que padecen parálisis cerebral en el
Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Alba Marina Berduo Pérez

Chimaltenango, octubre 2014

**Efectos psicológicos en pacientes internos que padecen parálisis cerebral en el
Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Alba Marina Berduo Pérez

Licda. Sonia Magaly Pappa (**Asesora**)

Licda. Floridalma Hernández T. (**Revisora**)

Chimaltenango, octubre 2014

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretario General	EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana	M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Coordinadora de Licenciaturas	Licda. Ana Muñoz
Coordinadora de Egresos	Licda. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Alba Marina Berduo Pérez**

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación.

DICTAMEN: 14 de junio 2,013

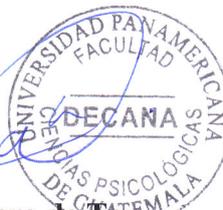
Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está 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 **Alba Marina Berduo Pérez** recibe la aprobación para realizar su Sistematización de Práctica Dirigida.


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

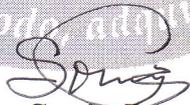
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas.

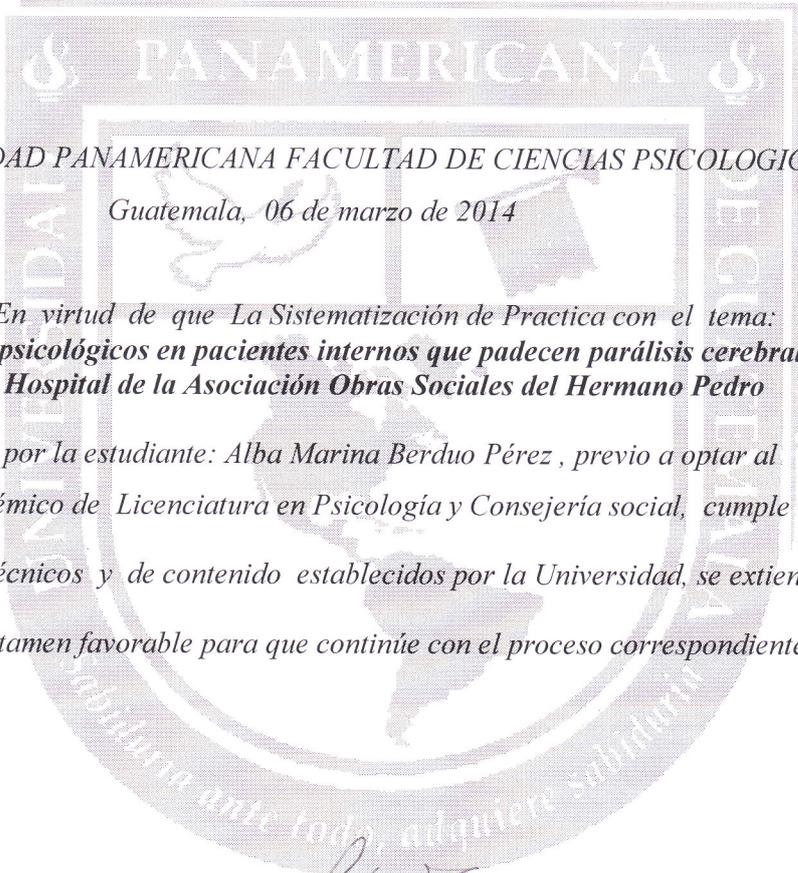


UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala treinta de noviembre de dos mil trece.

En virtud de que *Práctica Profesional Dirigida* con el tema: **“Efectos Psicológicos en pacientes que padecen parálisis cerebral en el Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro”**. Presentada por el estudiante: **Alba Marina Berduo Pérez**, previo a optar al grado Académico de *Licenciatura en Psicología y Consejería Social*, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



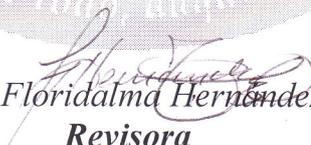
Licda. Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala, 06 de marzo de 2014

*En virtud de que La Sistematización de Practica con el tema:
**Efectos psicológicos en pacientes internos que padecen parálisis cerebral en el
Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro***

*Presentada por la estudiante: Alba Marina Berduo Pérez , previo a optar al
grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería social, cumple con los
requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el
presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Licda. Floridalma Hernández T.
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala a los dos días de octubre del año 2014.

En virtud de que la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema **"Efectos Psicológicos en pacientes internos que padecen parálisis cerebral en el Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro."** Presentado por: **Alba Marina Berduo Pérez** 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 la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida**.

M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan.
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Ubicación de la institución	2
1.3 Organización	3
1.4 Programas establecidos	4
1.5 Organigrama	5
1.6 Planteamiento del problema	6
1.7 Interrogante	6
1.8 Objetivos	6
1.9 Delimitación del estudio	7
1.10 Aporte	7
Capítulo 2	
Referente teórico	
2.1 Parálisis cerebral	8
2.1.1 Causas	8
2.1.2 Tipos de parálisis cerebrales	11
2.1.3 Parálisis cerebral en Guatemala	12
2.1.4 Prevalencia en Guatemala	13
2.2 Efectos psicológicos de la parálisis cerebral	14
2.2.1 Depresión	14
2.2.2 Baja autoestima	16
2.2.3 Ansiedad	17
2.2.4 Problemas familiares	18
2.3 Tratamiento de la parálisis cerebral	24
2.3.1 Tratamiento farmacológico	25

2.3.2 Tratamiento psicológico	26
2.3.3 Prevención	27
2.3.3.1 Prevención en efectos emocionales	28
Capítulo 3	
Referente metodológico	
3.1 Método	29
3.2 Delimitación	29
3.3 Procedimiento	30
Capítulo 4	
Presentación de resultados	
4.1 Logros	31
4.2 Limitaciones	31
4.3 Casos clínicos	32
4.4 Otros casos atendidos	41
4.5 Gráficas	50
4.5.1 Gráfica 1 Patologías atendidas	50
4.5.2 Grafica 2 Rango de edades	51
4.5.3 Grafica 3 Efectos emocionales en negativos por PC	52
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Referencias	55
Anexos	57

Lista de graficas

Grafica 1 Patologías atendidas	50
Grafica 2 Rango de edades	51
Grafica 3 Efectos emocionales en negativos por PC	52

Resumen

La información que a continuación se describe fue desarrollada por el trabajo realizado de la alumna Alba Marina Berduo Pérez, cursante del quinto grado de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la sede de Chimaltenango de la Universidad Panamericana, información que integró en un período de marzo a octubre del presente año, periodo donde se realizó la práctica dirigida en la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro, de La Antigua Guatemala.

Como primera parte de este documento se encuentra el capítulo uno, donde se presenta la descripción sobre la asociación, su funcionamiento y organización. La labor de atención clínica se realizó con pacientes que visitaban el centro y que solicitaron servicio psicológico, por presentar problemas en una o más de las siguientes áreas: afectiva, conductual, cognitiva, relaciones interpersonales, percepción, quejas somáticas, y que solicitaron servicio psicológico, así como a los pacientes internos con necesidades especiales de la sala Febres Cordero.

En el capítulo dos se muestra técnicamente la información teórica recabada sobre el presente informe, desarrollando el tema de efectos psicológicos presentados en pacientes internos, se definen los conceptos básicos, causas, tratamientos, formas de intervención psicológica y tipos de prevención.

En el capítulo número tres, se detallan los métodos utilizados para el proceso terapéutico con los pacientes. Los consultantes fueron atendidos de manera profesional tal como se requiere. Se realizó con cada paciente un proceso Psicodiagnóstico para evaluar el problema que presentaba, posteriormente el diagnóstico para ofrecer un plan de tratamiento.

Durante el período de práctica, se definió la mayoría de los casos más frecuentes de pacientes que presentaban síntomas negativos emocionales por efectos de la parálisis cerebral. Finalmente en el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de práctica

Introducción

Uno de los requisitos para el egreso y culminación de la carrera de la Licenciatura de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, es cumplir con un periodo de práctica, periodo que fue completado en la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro, de Antigua Guatemala, donde se brindó asistencia a pacientes de diferentes departamentos que solicitaron la ayuda psicológica tanto internos como externos.

Los pacientes atendidos durante este proceso fueron casos de índole emocional, conductual y afectivo, sin embargo se marcó una escala de pacientes frecuentes con los casos de problemas emocionales debido a la parálisis cerebral en los pacientes internos de la sala Febres Cordero del centro asistencial.

Es por esta razón que se realiza una investigación específica sobre los efectos emocionales en pacientes internos con parálisis cerebral, lo que perjudica grandemente los avances de estos pacientes, pues en la mayoría de centros asistenciales no se cuenta con personal suficiente, personal capacitado, material o incluso programas de actividades específicas para estimular de manera positiva de los pacientes.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Descripción de la institución

La Asociación de Obras Sociales del “Santo Hermano Pedro” es una institución religiosa, humanitaria, polivalente, no gubernamental ni lucrativa, de servicio y protección social comunitaria a nivel nacional.

Cuenta con documentos legales que le confieren calidad de asociación (personería jurídica) y está inscrita en el registro civil de la SAT; es supervisada y auditada por la Contraloría General de Cuentas de la Nación, con licencia sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Ministerio de Educación Pública. Goza de exención de importación por un plazo de 10 años. Da atención general a pacientes internos discapacitados o abandonados, a pacientes externos en consulta general o especializada y realiza procedimientos quirúrgicos en varias especialidades atendiendo la demanda proveniente de todo el país.

En cirugías de ojos se tratan problemas de cataratas, estrabismo y lagrimal, de forma gratuita con personal permanente de la fundación de apoyo y profesionales voluntarios.

Cuenta con una escuela de atención a pacientes especiales, además de coordinar con otros proyectos de similar filosofía, apoyándolos como socios y cooperantes que brindan servicios de salud a nivel comunitario, quienes efectúan referencias hacia los servicios. De igual manera se ha iniciado una coordinación con varias Municipalidades del país, que refieren pacientes hacia la institución para ser atendidos.

Así mismo se integra dentro de la organización la atención de una Guardería para niños menores de 7 años, hijos de madres trabajadoras, un hogar de desintoxicación de fármaco- dependencia en el municipio de Sumpango Sacatepéquez (Hogar Renacer) y un hogar de adultos mayores en el departamento de Jutiapa.

Dentro de la organización se da seguimiento a la formación académica profesional y espiritual del recurso humano, en general en sus diferentes áreas de trabajo. Además existe una población de 250 pacientes internos crónicos permanentes entre: niños/as, jóvenes, adultos, ancianos distribuidos en diferentes ambientes:

- Hogar para niños (as) discapacitados “Santa María Niña” dividido en “Sala Belén” y “Sala Aníbal”
- Hogar para Jóvenes discapacitados “Ana del Carmen Quiñónez”
- Hogar para señoritas con parálisis cerebral “Fray Tulio Maruzzu Rappo”
- Hogar para ancianas “Natalia Vda. De Cuevas”
- Hogar para mujeres limitadas física y mentalmente “San Francisco”
- Hogar para hombres limitados física y mentalmente “San Miguel Febres Cordero” formado en dos salas, “Febres Cordero” y “Anciano Ciego”
- Hogar para ancianos (as) “San Juan Bautista”
- Hogar para alcohólicos y drogadictos “Renacer”
- Guardería Infantil “Sagrado corazón de Jesús”
- Escuela especial “Fray Tomás Zavaleta”
- Centro de recuperación nutricional “San Antonio de Padua” (recién nacidos y niños con labio leporino)

1.2 Ubicación de la Institución

Sede de Obras Sociales del Santo Hermano Pedro e Iglesia de San Pedro Apóstol, en La Antigua Guatemala. Originalmente, en esta edificación se encontraba el antiguo Hospital para Clérigos y Templo del Apóstol San Pedro, y que hasta 1976 ocupara el Hospital Nacional Pedro de Betancourt, desocupado por los daños ocasionados por el terremoto ocurrido en ese año. Posteriormente, y después de varias remodelaciones, la Alcaldía de la ciudad colonial lo cedió en usufructo a la Asociación Obras Sociales del Santo Hermano Pedro, frailes franciscanos OFM, ubicada en la 6ª calle oriente No. 20 de La Antigua Guatemala C.A.

1.3 Organización

Es una institución religiosa, humanitaria, polivalente, no gubernamental, ni lucrativa, de servicio y proyección social comunitaria a nivel nacional.

Es apoyada por grupos profesionales de cirujanos extranjeros provenientes de Canadá, Estados Unidos y España, quienes realizan jornadas de cirugías diversas, de forma programada durante el año en los cinco quirófanos con que cuenta y camas disponibles para post-operados en sala de Convalecientes.

Su estructura funcional de trabajo es apoyada con personal voluntario, (Voluntariado humano de solidaridad), que cotidianamente fortalecen y consolidan el que hacer de la casa favoreciendo con sus dones y virtudes, sumando y multiplicando las donaciones que suplen solidariamente bienes de primera necesidad, medicinas y ayudas económicas voluntarias para la atención de los pacientes. Se organiza de la siguiente manera

Junta directiva

- | | |
|------------------------------|----------------|
| ➤ Fray Edwin Alvarado | Presidente |
| ➤ Fray Damián Muratori | Vicepresidente |
| ➤ Lic. Luis Enrique Gonzalez | Secretario |
| ➤ Lic. Carlos Mayorga | Tesorero |
| ➤ Fray Sergio Fallas | Vocal I |
| ➤ Sor Ana Digna Mejia | Vocal II |
| ➤ Linda McCarty | Vocal III |

Comisión de asesoría interna

- Fray Giuseppe Contran, OFM
- Fray Francisco Solís Melgar, OFM
- Sor Ana Digna Mejía Cañas, HFIC

- Licda. Elizabeth García Oseida
- Enf. Dora Nidia Vela
- Enf. Odra Flores
- Evelyn Xiomara Toledo
- Dr. Carlos Américo López
- Dr. Claudio V. González Mazariegos
- Oscar Rubén Murga

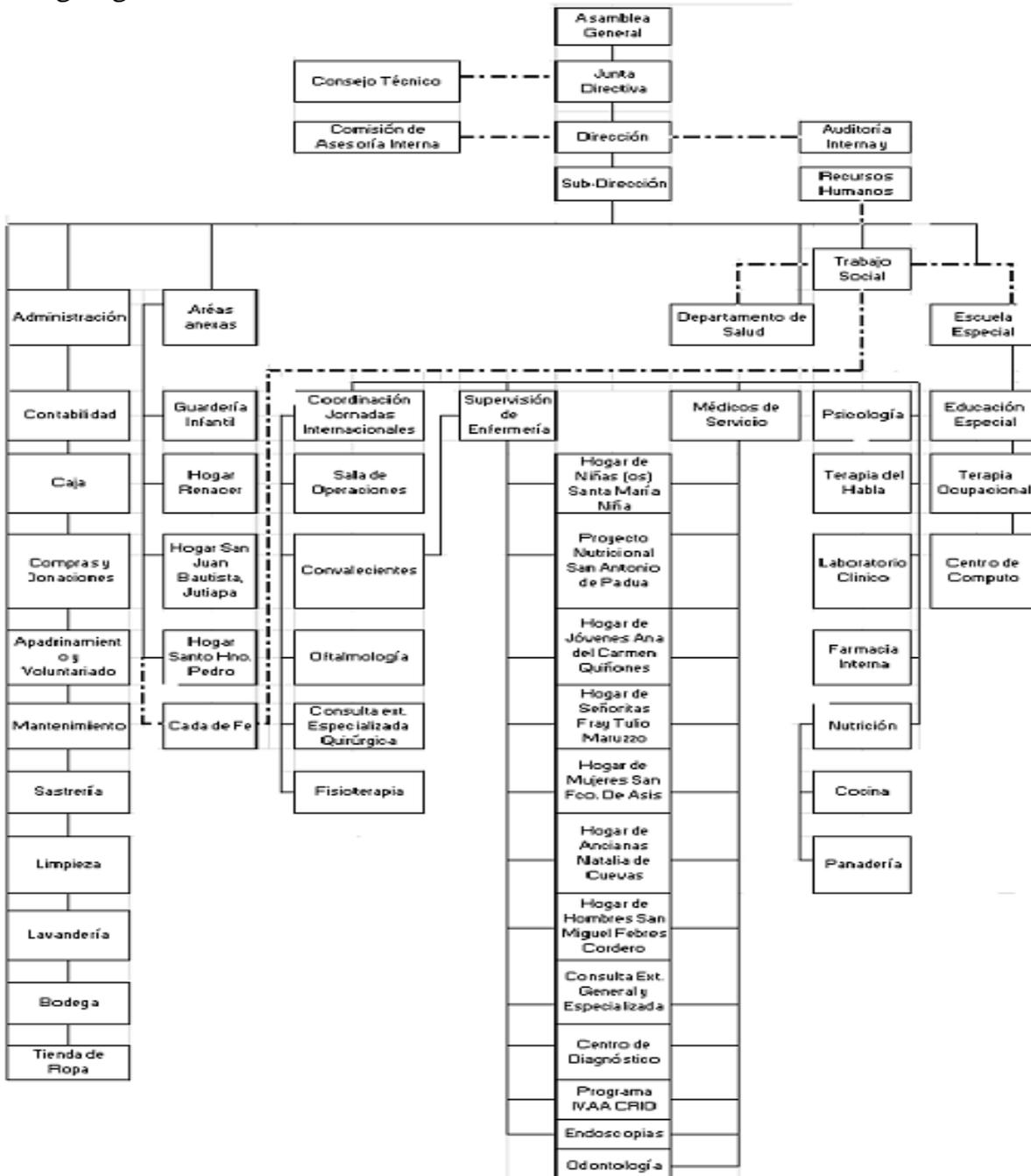
1.4 Programas establecidos

La institución facilita la formación integral de todos sus miembros, tomando en consideración

- Formación humana y profesional al recurso humano la cual es dedicada a los médicos y auxiliares de enfermería de la institución, consiste en capacitarles para brindar el mejor servicio a los pacientes atendidos y se da por medio de profesionales y practicantes.
- Formación humana para el recurso humano y pacientes internos, exclusiva para los pacientes con necesidades especiales que se encuentran internados en alguna sala específica, consiste en capacitar a los pacientes sobre los temas que necesitan informarse.
- Se trabaja con una escuela para padres de los pacientes tanto internos como externos, se trabaja con profesionales de los distintos temas según las necesidades diagnosticadas, tomando en cuenta la participación de sus hijos.
- Existe un club de diabéticos e hipertensos para apacientes externos, donde se les brinda la información necesaria tanto para el tratamiento como para la prevención en los familiares de los pacientes, estas capacitaciones son impartidas por profesionales especializados en las áreas.

- Se programan actividades recreativas para los pacientes internos como retiros espirituales, celebración de aniversarios, excursiones, paseos recreativos, entrega de juguetes y celebraciones religiosas.

1.5 Organigrama



Fuente: Memoria de labores 2,011, Obras Sociales del Hermano Pedro

1.6 Planteamiento del problema

Los efectos psicológicos presentados por pacientes internos que padecen parálisis cerebral en el Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro son comunes tanto en este centro como en cualquier otro cuando no se tiene un programa personalizado para cada paciente, lo cual es dificultoso para estos centros asistenciales por no contar con personal suficiente.

Muchos pacientes que padecen de parálisis cerebral se deprimen en sus hogares porque sus familiares no tiene conocimiento de los cuidados especiales que ellos requieren, existen casos de pacientes a quienes mantienen inmóviles, sin aprender a desarrollar habilidades que serían de gran ayuda para ellos y sus familiares, esto puede ocurrir en los centros sanitarios y no por la falta de conocimiento sino por la falta de tiempo y espacio para los cuidadores.

Cuando en una sala se ve un número grande de pacientes, en el hogar o en un centro esto perjudica la salud del paciente desencadenando efectos psicológicos que son muchas veces los causantes del poco avance en el mejoramiento físico, es por ello que se necesita motivar a los pacientes de modo que logren desarrollar habilidades físicas y alcanzar cierto nivel de dependencia en ellos según sus capacidades.

1.7 Interrogante

¿Cuáles son los principales efectos psicológicos presentados por pacientes internos que padecen de parálisis cerebral en el Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro?

1.8 Objetivos

Objetivo general

- Identificar los principales efectos psicológicos de un grupo de pacientes internos del Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro para contribuir al mejoramiento de atención a los pacientes.

Objetivos específicos

- Contribuir al mejoramiento y calidad de atención brindada a pacientes internos atendidos en el Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro.
- Evaluar los factores que desencadenan los principales efectos psicológicos en los pacientes internos del Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro.
- Favorecer un clima apropiado para el avance y mejoramiento físico de los pacientes del Hospital de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro.

1.9 Delimitación del estudio

- Lugar: Asociación Obras Sociales del Santo Hermano Pedro.
- Tiempo: Del mes de marzo al mes de octubre de 2013, durante los días miércoles jueves y viernes en horarios de 8:00 a 12:00.
- Población: Público del interior y exterior del departamento y personal del Centro de Salud.
- Recursos: Entrevistas, test, escalas, encuestas, capacitaciones, computacional.

1.10 Aporte

Lo que se presenta en este informe es información que puede servir de apoyo para el personal dedicado al cuidado de los pacientes con parálisis cerebral de la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro de Antigua Guatemala, con el objetivo de mejorar el cuidado de los pacientes que están a cargo del personal de las salas afectadas por efectos psicológicos de los pacientes debido a la parálisis cerebral y a la falta de estimulación física de los mismos.

De este modo también pueden ser favorecidos alumnos o profesionales de Psicología de la Universidad Panamericana para promover la participación activa en este u otro centro de asistencia, ya que el normalmente estos centros no cuentan con personal suficiente para cubrir las áreas de actividades especiales de pacientes con parálisis cerebral.

Capítulo 2

Referente teórico

2.1 Parálisis cerebral

La parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo que afecta a la psicomotricidad del paciente.

“La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento” (Belén García Giménez, 2009)

Las lesiones cerebrales de la parálisis cerebral ocurren desde el período fetal hasta la edad de 5 años. Los daños cerebrales después de la edad de 5 años hasta el período adulto pueden manifestarse como parálisis cerebral, pero, por definición, estas lesiones no son parálisis cerebral.

La incidencia de esta condición es de aproximadamente 2 – 2,5 por cada mil nacimientos. Esta incidencia no ha bajado en los últimos 60 años a pesar de los avances médicos como la monitorización de las constantes vitales de los fetos. La parálisis cerebral no tiene cura conocida; la intervención médica aparece como una ayuda. Estos tratamientos para el desarrollo personal del paciente se introducen en su vida diaria hasta su muerte.

2.1.1 Causas

Según algunas investigaciones existen ciertos factores considerados de riesgo y que incrementan la posibilidad de que un niño sea diagnosticado con parálisis cerebral.

Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central.

Teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida, la parálisis cerebral puede producirse tanto en los períodos:

➤ En el período prenatal

La lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Suele ocasionar el 35% de los casos. Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.

➤ En el período perinatal

Las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionan el 55% de los casos, y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.

➤ En el período postnatal

La lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones.

Otras razones

- ✓ Presentación podal en el parto. Muchos bebés con PC parece ser que presentan primero los pies, en lugar de la cabeza, al principio del parto.
- ✓ Parto complicado. Problemas vasculares o respiratorios del bebé durante el parto pueden algunas veces ser el primer síntoma de que el niño ha sufrido una lesión cerebral o de que su cerebro no se ha desarrollado normalmente. Tales complicaciones pueden ser la causa de una lesión cerebral permanente.

- ✓ Malformaciones en el sistema nervioso. Los niños con defectos físicos a su nacimiento (incluyendo insuficiente formación de la columna vertebral, hernia en la ingle, o una mandíbula anormalmente pequeña - incrementan los riesgos para parálisis cerebral.
- ✓ Pobre puntuación Apgar. El Apgar (llamado así por la anestesista Virginia Apgar) es una puntuación que refleja la condición de recién nacido. Para determinar la puntuación Apgar, los médicos revisan periódicamente el corazón del bebé, respiración, tono muscular, reflejos y color de los pies en los primeros minutos después del nacimiento. A todo esto se le asignan puntos; la puntuación más alta es la mejor condición del bebé. Un resultado bajo después de 10-20 minutos después del parto se considera con frecuencia como un signo importante de problemas potenciales.
- ✓ Los médicos suelen decir que los nacidos entre la semana 37 y 41 son de bajo riesgo, si bien este estudio determina que los que nacen en la semana 37 tienen incluso más probabilidades de nacer con parálisis cerebral que los que nacen por encima de las 42 semanas.
- ✓ Recién nacidos con poco peso y nacimiento prematuro. El riesgo de parálisis cerebral es más alto entre bebés cuyo peso es menos de 2500 grs. a su nacimiento y entre niños que nacen con menos de 37 semanas.
- ✓ Embarazos múltiples. Gemelos, trillizos y otros embarazos múltiples están unidos a un alto riesgo de parálisis cerebral.
- ✓ Malformaciones del sistema nervioso. Algunos bebés nacidos con parálisis cerebral tienen signos visibles de malformaciones del sistema nervioso, tales como una cabeza anormalmente pequeña (Esto sugiere que algún problema ocurrió durante el desarrollo del sistema nervioso del niño cuando se encontraba en el seno materno).
- ✓ Pérdida de sangre de la madre o severa proteinuria al final del embarazo. La pérdida de sangre vaginal durante el sexto al noveno mes de embarazo y el exceso de proteínas en la orina están unidas a un alto riesgo de tener un niño con parálisis cerebral.

- ✓ Hipertiroidismo de la madre, retraso mental o convulsiones. Las madres con alguno de esos síntomas deben tener presente que tienen más posibilidades de tener un niño con parálisis cerebral.

- ✓ Convulsiones en el recién nacido. Un niño con ataques convulsivos presenta un alto riesgo de ser diagnosticado con parálisis cerebral.

2.1.2 Tipos de parálisis cerebrales

La parálisis cerebral es un término que agrupa un grupo de diferentes condiciones. Hay que tener en cuenta que no hay dos personas con parálisis cerebral con las mismas características o el mismo diagnóstico. La parálisis cerebral está dividida en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que presentan. Esta división refleja el área del cerebro que está dañada. Las cuatro clasificaciones son: espástica, atetoide, atáxica, mixta.

A. Parálisis cerebral espástica

Este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, hiperreflexia e hiperflexión. La lesión está localizada en el haz piramidal.

B. Parálisis cerebral Atetoide

En esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar.

Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extrapiramidal.

C. Parálisis cerebral atáxica

En esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal, una marcha insegura y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara.

D. Parálisis cerebral mixta

Es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Frecuentemente se presenta alguna combinación, es decir atetosis y espasticidad o cualquier otra combinación

2.1.3 Parálisis cerebral en Guatemala

En Guatemala existen diferentes organizaciones que dan apoyo a los pacientes con parálisis cerebral como por ejemplo:

- Obras Sociales del Hermano Pedro
- Fundabiem
- Asociación para todos
- Asodispro
- Fundación margaritas

La Asociación Para Todos es una organización no lucrativa que al igual que Obras Sociales de Antigua Guatemala ofrece apoyo a las familias que enfrentan enfermedades especiales que no son comunes, padecimientos que generalmente provocan discapacidad. Una de las últimas acciones importantes realizadas por la referida organización fue la presentación en el Congreso de Guatemala de la propuesta de ley sobre Enfermedades Raras, iniciativa que busca visibilizar a quienes por singulares padecimientos no son tomados en cuenta en programas gubernamentales de salud pública.

El día sábado 3 de agosto 2,013, en la sede de Asociación Para Todos, su Directora Dra. María Ofelina González y Jaime Urías Representante Legal y Presidente de la Junta Directiva, tuvieron a bien recibir a directivos de Asodispro, Mónica Figueroa Secretaria de Relaciones Publicas, Byron Pernilla Director y Jorge M. Ortega voluntario; esto en la primera reunión entre las dos entidades en busca de una alianza en beneficio de sus miembros. En la reunión los representantes ilustraron el área de acción de ambas organizaciones, llegándose a identificar aspectos comunes en los que la colaboración será fundamental. Jaime Urías hizo entrega de un lote de medicamentos al Director de Asodispro Byron Pernilla, quien agradeció esta primera colaboración y garantizó la distribución de la medicina entre personas con discapacidad y bajos recursos económicos. Los directivos de Asodispro refirieron que darán apoyo a las iniciativas de Asociación Para Todos y a los proyectos que se trataron en la reunión.

El día 4 de Julio, se transmitió en el canal Guatevisión, el programa Un Show con Tuti, en donde fueron entrevistados los directivos de Asodispro: Byron L. Pernilla, Joyce Gonzales, Carlos Arana, Mónica I. Figueroa, Corina M. López, D. Elizabeth Quisque y L. Lissette Veliz. La entrevista fue realizada por la reconocida presentadora de televisión Tuti Furlan, siendo el tema central de la entrevista la Inclusión Laboral de personas con discapacidad. Durante el programa, los directivos de Asodispro tuvieron la oportunidad de compartir aspectos personales y profesionales.

La integración social al ámbito laboral de las personas con discapacidades, es una problemática latente en el contexto actual de la sociedad Guatemalteca, en donde hay mucho camino por recorrer, por lo que es importante educar y dar a conocer estos temas, como la importancia de una accesibilidad adecuada, incluyendo aquí la accesibilidad arquitectónica y en el transporte, ya que es un aspecto crucial para la inclusión de personas con discapacidad, y para el bienestar de la sociedad en conjunto, pues las mejoras benefician a toda la población.

2.1.4 Prevalencia en Guatemala

En la actualidad, en Guatemala existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, que son causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la

época fetal o primeros años. Con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia. La prevalencia global de PC es aproximadamente de 3 a 5 por cada 1000 nacidos vivos. Donde es más común el nacimiento de un niño con parálisis cerebral es en las aéreas rurales del país.

2.2 Efectos psicológicos de la parálisis cerebral

Las personas que tienen Parálisis Cerebral no pueden controlar algunos o todos sus movimientos. Unas pueden estar muy afectadas en todo su cuerpo, otras pueden tener dificultades para hablar, caminar o para usar sus manos y/o serán incapaces de sentarse sin apoyo, necesitarán ayuda para la mayoría de las tareas diarias. Esto causa muchas veces que los pacientes se mantengan estáticos cuando no tienen atención personalizada o bien las personas que están a su alrededor se ocupan en otras actividades y no en motivar o estimular las capacidades en el paciente. Esto afecta psicológicamente al paciente con algunas enfermedades que a continuación se presentan.

- Depresión
- Baja autoestima
- Ansiedad
- Problemas familiares

2.2.1 Depresión

El término genérico sobre depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse de forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquicas, somática y conductual del paciente.

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de apetito o intereses y la angustia o la agitación en el paciente tanto externo como interno.

En cuanto a la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autoevaluación. Es frecuente que el paciente experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche.

En la esfera somática son muy frecuentes las pérdidas de apetito, la baja de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño. Que característicamente consiste en su interrupción prematura. El paciente se despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas complementan el cuadro en la esfera somática. La presencia de síntomas de la constelación neurótica, tales como fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondrías, son comunes y en las formas más severas como son las psicosis depresivas, hay delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor.

Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismos y del mundo y de sus intentos de superar su aflicción, la vida de los pacientes deprimidos se altera profundamente en la esfera familiar y social (con sus compañeros de sala o cuidadores). La depresión es un estado que afecta siempre a los que conviven con el paciente que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones de los cambios dramáticos del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo.

Los temas de salud mental también son una preocupación a medida que crece alguien con parálisis cerebral. La tasa de depresión es tres a cuatro veces mayor en las personas con incapacidades como la parálisis cerebral. Parece estar relacionada no tanto con la gravedad de sus incapacidades como con lo bien que las enfrentan. Tienen un significativo impacto sobre la salud mental la cantidad de apoyo emocional que tiene una persona, el éxito que tiene para enfrentar la desilusión y el estrés, y si tiene o no una perspectiva optimista sobre el futuro.

2.2.2 Baja autoestima

Autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Es decir, es la percepción evaluativa de sí mismo. Esta se divide en dos tipos:

Autoestima baja

Un paciente paralizado con síntomas de baja autoestima está expuesto a todo tipo de inseguridades, le surgen así dificultades a la hora de relacionarse con su entorno, tendencias a ocultar lo que se siente, temores, inestabilidad emocional y un pensamiento pesimista que sólo parece aceptar que el destino reserva únicamente fracasos para su vida y su recuperación.

Una enfermedad crónica o terminal, disminuye la autoestima del paciente porque afecta la identidad y en ocasiones el autoimagen, puede reducir la sensación de control y seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad aún más de lo que normalmente sostienen por el encierro o por sus dificultades físicas.

En ocasiones los pacientes se sienten vulnerables o incapaces de controlar algún dolor, la enfermedad en sí o los aspectos de su vida que es alterado por ella. Cuando su incapacidad es crónica su autoestima disminuye significativamente, sobre todo si no reciben estimulación con actividades que los entretengan o los mantenga activos, por otro lado la falta de atención del personal y sobre todo de los familiares si se encuentran ausentes de manera prolongada. Una enfermedad crónica, es aquella que dura un período de tiempo muy largo o durante toda la vida, en algunos casos, existen tratamientos para controlarla y en ocasiones, sólo se puede alargar la vida y disminuir las molestias y el dolor. Sin embargo, en ambos casos, la actitud de los acompañantes o cuidadores del paciente paralizado así como su autoestima pueden hacer una gran diferencia.

2.2.3 Ansiedad

La ansiedad es una reacción humana natural que afecta a la mente y al cuerpo. Tiene una importante función básica de supervivencia: la ansiedad es un sistema de alarma que se activa cuando una persona percibe un peligro o una amenaza. Cuando el cuerpo y la mente reaccionan al peligro o la amenaza, el paciente siente sensaciones físicas de ansiedad. Un paciente con parálisis cerebral se enfrenta a este síntoma por la presencia de situaciones desconocidas o amenazantes en su entorno, los síntomas que puede presentar un paciente con parálisis cerebral sobre la ansiedad pueden ser los siguientes:

- Aceleración del ritmo cardíaco
- Aceleración de ritmo respiratorio
- tensión muscular
- Sudoración en las palmas
- Malestar en el estómago
- Temblor en las manos y las piernas

Estas sensaciones son parte de la respuesta del cuerpo de "huir o luchar" tanto en personas con parálisis cerebral como para una persona que no la padezca. Estas respuestas están provocadas por un aumento de la producción de adrenalina y otras sustancias químicas que preparan al cuerpo para escapar rápidamente del peligro. Pueden presentarse como síntomas leves o extremos.

La respuesta de lucha o huida ocurre instantáneamente cuando una persona siente una amenaza. Pocos segundos después, la parte del cerebro encargada de pensar (la corteza) empieza a procesar la situación y a evaluar si la amenaza es real, y en tal caso, cómo manejarla. Si la corteza envía la señal de no hay peligro, la respuesta de lucha o huida se desactiva y el sistema nervioso puede relajarse. Si la mente razona que una amenaza puede durar, los sentimientos de ansiedad se prolongan, manteniendo alerta a la persona. Las sensaciones físicas, como la respiración rápida u superficial, las palpitations, la tensión muscular y el sudor en las palmas pueden continuar también.

Cuando un paciente con parálisis cerebral presenta un cuadro de ansiedad, está experimentando problemas de salud mental, esto se relaciona con experimentar en exceso ansiedad, miedo, nerviosismo, preocupación o terror. La ansiedad demasiado constante o demasiado intensa puede hacer que una persona se sienta preocupada, distraída, tensa y siempre alerta, que incluso tenga rechazo por los cuidadores de su sala.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más comunes y estos afectan los pacientes internos de todas las edades, incluidos los adultos, niños y adolescentes. Hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, con síntomas diferentes. Sin embargo, todos tienen una cosa en común: la ansiedad se presenta con demasiada frecuencia, es demasiado intensa, es desproporcionada respecto a la situación del momento e interfiere en la vida diaria de la persona y en su felicidad.

Los síntomas del trastorno de ansiedad pueden presentarse de repente o aumentar poco a poco y persistir hasta que los cuidadores de los pacientes notan que no está bien. A veces la ansiedad crea una sensación de fatalidad y aprensión que parece producirse sin ninguna razón. Son habituales en los que sufren de trastorno de ansiedad no saber qué está causando las emociones, preocupaciones y sensaciones que tienen.

2.2.4 Problemas familiares

Los problemas que se van creando en la familia por la discapacidad de sus hijos, tienen un proceso gradual que va “desde el rechazo, negación, culpabilidad, hasta llegar a aceptar el problema y la ayuda especializada. Dentro de las preocupaciones más importantes están:

- Ordenación del empleo del tiempo y de las energías de los miembros de la familia.
- Dificultades en las relaciones entre los padres.
- Complicaciones para atender las demandas de los hermanos del incapacitado.
- Consecuencias para la salud mental.
- Dificultad para atender las necesidades y demandas del discapacitado físico

La presencia de un niño/a con PC altera, en mayor o menor medida, la vida familiar dependiendo del grado de dependencia que tenga el niño (Mackie et al, 1998), por la sencilla razón de cuando éste (nivel de independencia) es elevado, requieren grandes cuidados y ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, cuidados que recaen en la familia, la mayoría de las veces, en la madre. Como ejemplo, bañarlo, cambiarlo, llevarlos de un lugar a otro cuando ya está de buen tamaño y peso, además, la presencia de un hijo/a con discapacidad, como ocurre con estos niños, supone una quiebra en el proyecto vital compartido por la familia, no sólo por el desgaste físico originado por su cuidado, sino también por las repercusiones psicológicas y sociales que implica enfrentarse a una realidad que desmiente las expectativas iniciales (Gómez González y Alonso Torres, 1999).

A continuación se dan a conocer las etapas por las que pasan los padres o familiares del niño con parálisis cerebral

A. Primera impresión

La madre y/o el padre suelen ser los primeros en detectar que hay una anomalía en el curso del desarrollo de su hijo/a, lo que les lleva a consultar al pediatra del niño/a. Se puede decir casi con seguridad que el momento más difícil para la familia abarca desde que surge la sospecha de que algo va mal hasta la comunicación del diagnóstico; nadie está preparado para tener un hijo/a con PC por lo que se sentirán desbordados por la información recibida y los sentimientos que ésta suscita.

Es muy posible que el momento en que se informa del diagnóstico sea la culminación de un proceso percibido como interminable en el que el niño/a ha pasado por distintos especialistas sin que ninguno de ellos haya dado una respuesta satisfactoria a los interrogantes planteados por la familia. Tal peregrinación crea sentimientos ambiguos (confusión, temor, negación...) y conflictos que anticipan el proceso de duelo, cuyo inicio viene a coincidir con el momento en que se tiene la certeza de la PC (Gómez González y Alonso Torres, 1999).

El futuro del niño/a depende en gran medida de la forma en que la familia más cercana percibe y afronta la discapacidad. Los primeros momentos, tras la confirmación del diagnóstico, se viven con

gran confusión de sentimientos, a veces contradictorios, que oscilan entre la esperanza de que haya un error, hasta la desesperación. Los padres señalan que la comunicación del diagnóstico supone un golpe de gran envergadura que trastoca sus vidas (Lambrenos, et al. 1996); experimentan una verdadera pérdida, la del hijo/a que esperaban, que estaba revestido en su imaginación de un completo paquete de características físicas y psicológicas, y con un futuro esbozado, a menudo, con muchos detalles: escuela, universidad, trabajo, juegos, deporte, etc. La familia debe movilizar sus recursos psicológicos para renunciar a este hijo/a (sentimientos de pérdida) y acoger al nuevo que trae unas demandas específicas (asimilación y aceptación), es decir, debe elaborar el duelo.

La forma en que los profesionales la comunican tiene una influencia importante en las impresiones y reacciones iniciales. Hay padres que expresan quejas por la falta de sensibilidad, la insuficiencia de información o los diagnósticos contradictorios, circunstancias que aumentan los sentimientos de confusión, temor e incertidumbre.

B. Proceso de duelo

En este proceso la familia podría reaccionar de varias maneras

- Confusión: La comunicación del diagnóstico crea un estado de shock que impide a los padres del paciente comprender lo que les están diciendo.
- Pérdida: Cuando una pareja tiene un hijo o hija, espera que este sea él o la niña ideal, lo que hace que en esta etapa los padres sientan que han perdido al hijo perfecto.
- Negación: Los padres se niegan a aceptar que su hijo tenga una dolencia crónica como la parálisis cerebral. Aparecen pensamientos del estilo “no es verdad” “esto no me puede pasar a mi” “tiene que haber un error” “el diagnostico se ha confundido”
- Enfado, cólera, resentimiento, culpa: Los padres se rebelan ante el destino, si tienen creencias religiosas la ira se dirige hacia Dios con preguntas del estilo ¿Por qué yo?. También pueden aparecer sentimientos de culpabilidad o de sensación que se ha hecho algo mal.

➤ Asimilación o aceptación: La familia es capaz de enfrentarse a la situación, encarar los problemas con realismo y buscar soluciones eficaces.

C. Negación: La negación de la realidad puede llevar a los padres a consultar a otros médicos y especialistas que les den otro diagnóstico distinto. La búsqueda de una solución mágica puede conducir a la familia a otro peregrinaje por distintos profesionales que desmienta el diagnóstico o proporcionen la cura. Este recorrido les puede llevar, incluso, a probar terapias alternativas y caer en manos de incautos que prometen el desenlace deseado sin ninguna garantía científica.

Una vez asumida la PC, la familia entra en un proceso de normalización que varía de unos casos a otros. Tal proceso puede desembocar en la aceptación de la discapacidad, la resignación o el rechazo. Si nos atenemos a las aportaciones del estudio Necesidades, Demandas y Situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados, elaborado por EDIS, Equipo de Investigación Sociológica, para el inmerso, la respuesta de los distintos miembros de la familia dependerá de múltiples factores, como los rasgos de la personalidad y el estado de ánimo de cada uno de sus miembros o la gravedad del diagnóstico y pronóstico (Gómez González y Alonso Torres, 1999).

En cuanto a las relaciones entre el padre y la madre, éstas atraviesan por altibajos y diversos ajustes hasta que se adaptan a la nueva situación. Cada uno resuelve su duelo de una manera distinta y las discrepancias en la manera de afrontarlo generan sentimientos contradictorios y pueden ser fuente de conflictos en la pareja. Cuando esto sucede, se producen e menudo discusiones ocasionadas por afrontar de forma diferente la discapacidad del hijo/a; sentimientos de frustración cuando la madre no puede disfrutar de los momentos de intimidad por sobrecarga de trabajo o celos del padre porque aquélla dedique más tiempo al cuidado del hijo/a enfermo que a disfrutar de momentos en común.

Otras veces se manifiestan actitudes escapistas en uno de los progenitores, el deseo de huir de la situación ante el rechazo suscitado por la discapacidad. Si se logran superar conflictos, las relaciones entre el padre y a madre saldrán beneficiadas. En cualquier caso, la PC actúa de catalizador en las relaciones entre los padres. Sólo si se parte de un conflicto inicial puede

desembocar en ruptura. Si por el contrario mantienen una relación satisfactoria, la pareja saldrá reforzada.

D. El papel de los hermanos

Los hermanos/as, cuando son pequeños, no comprenden por qué sus padres no les dedican más tiempo y presta buena parte de su atención a un hermano/a que, en muchos casos, es mayor que ellos/as. Hay que explicarles en un lenguaje comprensible, de acuerdo con sus edades, el significado de la parálisis cerebral y responder a todas las preguntas que vayan surgiendo, para, así, evitar que sientan abandonados o crean que les relegan a un segundo plano por haber hecho algo malo. No es bueno ocultarles lo que ocurre a su alrededor con la intención de protegerlos, sobre todo si ven que su padre y su madre están preocupados.

Es preciso estar atentos para detectar los cambios de comportamiento y en el estado de ánimo y, así, eliminar conductas inapropiadas (hiperactividad, agresividad, disminución del rendimiento escolar, etc.) o estados de ánimo negativos.

Las relaciones entre los hermanos mejoran cuando comparten juegos, por lo que es beneficioso animarles a ello, aunque sin forzarles a llevar a cabo actividades que les produzcan angustia. Si desde el principio perciben un ambiente acogedor, será más fácil que acepten a su hermano, perciban el desarrollo de sus vidas con normalidad y se prevengan sentimientos de angustia y depresión.

En ocasiones, ante el afán de favorecer la participación de todos, existe el peligro de abrumar a los hermanos con tareas y responsabilidades por encima de las capacidades de sus edades, implicándoles en el cuidado del hermano/a con discapacidad.

Cuando el nivel de dependencia es elevado, entre los padres son frecuentes la ansiedad y depresión ante la incertidumbre que surge por no saber quién se va a ocupar del hijo con PC cuando ellos falten. Existe el riesgo de transmitir a los otros hijos/as el desasosiego que les suscita el futuro, haciéndoles responsables del mismo y que sientan que su porvenir está hipotecado. Por ello, es de

vital importancia saber deslindar hasta dónde es bueno que ayuden en casa y cuándo una demanda excesiva les impide desarrollar su propio proyecto vital.

La promoción de la autonomía y actitudes independientes no sólo debe dirigirse al hijo/a con PC, sino también al resto de sus hermanos/as.

E. Relación entre las actitudes de la familia y el desarrollo infantil

Las actitudes que adoptan los padres ante la experiencia de tener un hijo/a con PC dependen de múltiples factores personales y sociales.

Partiendo de la teoría de Hovland y Rosenberg (1960), que concibe la actitud como la congruencia entre el afecto y las creencias ante un objeto o evento, Romero y Celli, de la Universidad de Zulia (Venezuela) realizaron, en 2004, una investigación que describe las actitudes de las madres ante la experiencia de vivir la PC de su hijo, teniendo en cuenta los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de cada actitud.

La autora aplicó la “Escala de Actitud para Parálisis Cerebral” (Celli y Romero, 2000) a una muestra formada por 50 madres de niños con esta afección y edades comprendidas entre 3 y 70 meses, que, en 2002, estaban asistiendo a instituciones de Educación Especial en el estado venezolano de Zulia.

Los resultados confirmaron la teoría en virtud de la cual la congruencia entre las creencias y el afecto predice una conducta más estable que, a su vez, favorece el desarrollo integral en el niño/a con PC, es decir, las actitudes positivas hacia el niño/a y su futuro mejora su evolución. Por el contrario, este desarrollo del niño/a puede verse entorpecido por las actitudes proteccionistas de las familias y de las propias instituciones (Gómez González y Alonso Torres, 1999).

A menudo, a los padres les cuesta asumir que su hijo/a crece, siendo la adolescencia la etapa más difícil de asimilar. Tienen que ser conscientes de que su hijo/a debe ir asumiendo las responsabilidades propias de su edad y capacidades. Se observa que cuanto mayor es la

dependencia y necesidad de cuidados personales, mayor es, también, el peligro de que el padre y/o la madre vayan asumiendo tareas y responsabilidades que les corresponderían al hijo/a con PC. Es preciso que todos y cada uno de los miembros de la familia aprendan a negociar roles y que vayan viviendo cada etapa de la vida con los cambios naturales y sociales propios de cada una de ellas.

2.3 Tratamiento de la parálisis cerebral

Generalmente un paciente con depresión, angustia, o baja autoestima, acude primero a la consulta del médico general. Si el médico no omite la exploración sistemática del humor y es capaz de reconocer las características del cuadro, puede darle tratamiento juntamente con un especialista. Un paciente con estos síntomas se presenta con alteraciones cognitivas, basadas en su propia devaluación y la devaluación del mundo, y su talante ansioso y desesperado de nutren el uno al otro.

Freud comparó la melancolía con el duelo (aceptación de la parálisis cerebral) que sigue a la pérdida de un ser querido. Indudablemente existen relaciones y semejanzas entre el duelo patológico y la depresión, particularmente las formas melancólicas que concentraron el interés de Freud. Los intentos de defensa y recuperación tienden a la recuperación del equilibrio: las autoacusaciones, la devaluación personal, las actitudes hipocondriacas y las actitudes paranoides dan sentido a lo que racionalmente no lo tiene, culpándose a uno mismo, al propio cuerpo o a los demás. El sufrimiento es tan inmenso, que el enfermo está impotente ante él, y necesita ayuda de un profesional especializado.

El manejo correcto del enfermo se basa en la comprensión de la naturaleza del trastorno que padece el paciente, el manejo afectivo de la relación con el paciente y el uso adecuado de los medicamentos específicos.

Ciertas medidas generales son importantes:

- Evitar exámenes y consultas innecesarias.
- Ayudar al paciente a aceptar su situación y a mantener una esperanza de vida.

- Inquirir en cada entrevista acerca de los matices de su experiencia como algo individualizado.
- Lograr la cooperación de los familiares (si tuviera) o cuidadores.
- Eliminar en lo más posible más cargas y tensiones brindándole un mejor ambiente en su contexto.
- Verlo periódicamente hasta su total recuperación.
- Estar accesible al paciente para que pueda consultar sus dudas.
- Cuidar de la dosis de medicamentos que este ingiriendo el paciente.

2.3.1 Tratamiento farmacológico

Los programas de tratamiento deben ser individualizados y estar sujetos modificaciones a la vez dependiendo de los siguientes resultados.

Durante los primeros 2 años de vida se debe hacer énfasis en el mejoramiento del déficit motor, alentando la interacción de los padres con el niño. Durante los 2 a los 5 años de edad, es la etapa en la cual se lleva a cabo ya sea el desarrollo ó la atrofia del músculo, permitiendo el desarrollo de contracturas musculares que disminuyen la movilidad.

Entre los 5 y 10 años de edad el niño estará alcanzando la edad adulta, siendo la etapa en la cual, se llevan a cabo las intervenciones ortopédicas definitivas.

Los tipos de intervención incluyen:

- Terapia Física
- Cirugía Ortopédica
- Manejo del Tono muscular
- Ortesis

Los padres y la familia tienen la mayor responsabilidad en atender y criar a sus hijos, incluyendo al hijo con capacidades diferentes; pero el médico debe desempeñar un papel directo y de apoyo junto con otros, ayudando a la familia aceptar sus responsabilidades para identificar, encontrar y aportar cuanto sea necesario para un desarrollo óptimo.

2.3.2 Tratamiento psicológico

Es importante conocer que para cuidar a un niño con parálisis cerebral se debe tomar en cuenta que el cuerpo puede ponerse rígido, cuando carga algo, cuando lo visten, juega, lo bañan, el niño no aprende a valerse por sí mismo, esto puede deberse a que su cuerpo se pone rígido o su tono muscular es flácido, que no tenga control del cuello, que no pueda controlar su reflejo de extensión, de tal manera que el encargado no es capaz de controlarlo.

Para el tratamiento, manejo y cuidados del niño con parálisis cerebral se necesita mucho de la cooperación, atención y dedicación de los padres, hermanos y otras personas que rodean al niño, ya que el ambiente hogareño es indispensable para el manejo en casa, para que el niño se mantenga en un alineamiento, porque si se mantiene en una postura inadecuada a la larga puede provocarle deformidades.

Se refiere como concepto global de procesos sociales y psicoterapéuticos cuyo objetivo es tratar problemas de comunicación familiar y desajustes emocionales dentro de la familia. La comunicación problemática dentro de la familia está considerada como una de las causas más frecuentes de problemas psíquicos y especialmente de desviación de conducta en los niños. La familia resulta ser un factor decisivo para el éxito final del tratamiento, por lo que se debe establecer al comienzo un diagnóstico cuidadoso. El objetivo es mejorar la estructura de comunicación y el ambiente emocional.

Los conflictos entre hermanos son uno de los principales problemas familiares y a menudo los padres no logran entender sus causas, por lo que no cabe esperar gran ayuda por su parte para la resolución. Al contrario, la situación familiar puede empeorar por reacciones inadecuadas frente a

las rivalidades entre hermanos, dando lugar al agravamiento de los problemas e incluso a la aparición de conflictos entre los padres.

Por lo tanto, es importante que todos los miembros de la familia tengan la oportunidad de trabajar en terapias de grupo bajo la dirección de profesionales en Trabajo Social, a manera de aprender a crear un ambiente familiar abierto desde el punto de vista de la comunicación y positivo desde el punto de vista emocional, en el que resulte posible entender y solucionar los posibles conflictos.

2.3.3 Prevención

Se han identificado algunas de las causas de la parálisis cerebral y, a menudo, se han logrado prevenir los casos resultantes de ellas. La intolerancia de Rh y el síndrome de rubéola congénita solían ser causas importantes de parálisis cerebral. Actualmente, la intolerancia de Rh por lo general puede prevenirse aplicando a las mujeres Rh- negativo embarazadas la terapia adecuada.

- Puede probarse la inmunidad de las mujeres a la rubéola antes del embarazo y, si no son inmunes, se las puede vacunar. Los bebés con ictericia grave pueden tratarse con luces especiales (fototerapia).
- Las lesiones en la cabeza del bebé son una causa importante de parálisis cerebral en los primeros meses de vida y, las cuales, pueden evitarse transportando a los bebés en sillas especiales que se fijan al asiento trasero del auto.
- vacunación periódica de los bebés ayuda a prevenir muchos casos de meningitis, otra causa de daño cerebral en los primeros meses.
- La mujer puede ayudar a reducir el riesgo de parto prematuro si recibe atención prenatal de forma temprana y periódica y si se abstiene de fumar, beber alcohol y consumir drogas ilegales tanto ella como el padre antes de concebir.

2.3.3.1 Prevención de efectos emocionales

Cuando existe un niño con parálisis cerebral en una familia o en una institución se mencionó anteriormente que se sufren de distintos efectos emocionales negativos para el niño como paciente como ansiedad, baja autoestima, depresión e incluso esto afecta de manera significativa la evolución en el desarrollo del niño paralítico, por lo que se recomienda lo siguiente para poder prevenirlo

- Asistir juntamente con el niño a terapias especiales según sus necesidades a centros especializados.
- Programar actividades recreativas que estimulen el desarrollo físico y mental del paciente.
- Dedicarle tiempo al paciente para su alimentación y aseo personal de manera adecuada.
- Realizar ejercicios físicos adecuados al paciente para desgastar energías.
- Permitir al niño compartir con niños como él y con niños de su edad, como vecinos, amigos, hermanos o familiares para mejorar su vida social.
- Adecuar tareas según la edad y capacidades del niño para mantenerlo ocupado y a su vez estimular su desarrollo psicomotor como pintar, tejer mantas sencillas, elaboración de manualidades, decorar algún objeto, armar piezas como legos, entre otras actividades.
- Dedicar un tiempo especial para compartir en familia y hacer que se sienta integrado al entorno familiar como ver televisión, paseo familiar, compartir una refacción, una cena especial, celebración de cumpleaños, o algún festejo familiar.

Todas estas actividades deben realizarse de acuerdo a las habilidades y necesidades del paciente y de la familia, pueden programarse en centros de atención a pacientes con parálisis cerebral o bien dentro del hogar del paciente, es necesario que los cuidadores estén al pendiente de cualquier efecto emocional del paciente para tratarlo a tiempo.

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1 Método

En el proceso de este trabajo fue necesario utilizar el método de investigación dual juntamente con el cualitativo, aplicando de manera profesional la técnica de observación, las entrevistas estructuradas y no estructuradas, las cuales fueron muy importantes para la unificación de esta información así como la investigación de la problemática.

La observación es muy importante para realizar cualquier tipo de investigación, por medio de esta se logra la integración de datos reales. Está técnica es una base muy importante para las demás técnicas de investigación puesto que establece la relación entre el sujeto a observar y el observador; por ejemplo la practicante y el sujeto a observar equivalen a los pacientes afectados por las emociones negativas producto de una parálisis cerebral.

Para realizar una investigación efectiva, es importante hacerla de manera cualitativa, esta necesita un entendimiento detallado del comportamiento humano así como de la razón que lo gobierna. Esta información se permite tomar muestras relativas, como por ejemplo los pacientes internos a quienes se les asistió de manera clínica. Y para finalizar esta investigación se utilizaron entrevistas estructuradas y no estructuradas para determinar la afluencia de pacientes con los síntomas de efectos emocionales por la parálisis cerebral a lo que se le llama enfoque cuantitativo y de este modo es como fue recabada toda la información que se ha expuesto en este documento.

3.2 Delimitación

Área geográfica: La recolección de información fue en la Asociación Obras Sociales del Hermano Pedro, centro donde fue completado el periodo de práctica profesional dirigida.

Población: intervinieron para la muestra, pacientes desde 20 a 40 años de edad, todos con diagnóstico de parálisis cerebral, ubicados en la sala Febres Cordero de la Asociación Obras

Sociales del Hermano Pedro, para la competición de esta investigación se realizaron entrevistas con los enfermeros y cuidadores de esta sala.

Tiempo: La recolección de esta información se realizó durante el proceso de práctica profesional dirigida la cual dio inicio en el mes de marzo culminando en el mes de octubre del presente año 2,013.

3.3 Procedimiento

La investigación fue realizada durante el periodo de práctica profesional dirigida con los pacientes internos de la sala del centro de asistencia a quienes se les evalúa realizando el respectivo diagnóstico por medio de las herramientas dadas por la universidad, se completó el proceso de la terapia según las necesidades de cada paciente, durante este proceso se pudieron identificar algunos síntomas en los pacientes atendidos como depresión, baja autoestima, ansiedad y problemas relativos a la familia del paciente.

Las técnicas psicoterapéuticas utilizadas para mejorar los efectos emocionales que padecen los pacientes fueron musicoterapia, los pacientes son muy activos y la música los anima en gran manera, en raras ocasiones ellos pueden escuchar música por medio de los cuidadores, por lo que para ellos fue una técnica que les impacto, esta se utilizó de manera dinámica, se trabajaron técnicas de relajación pues ellos normalmente se encuentran tensos por el encierro en el que se encuentran, se utilizaron técnicas catárticas en manera de juego para que pudieran expresarse de manera dinámica lo cual según los enfermeros les permitió descansar mejor durante la noche. Se realizó una serie de actividades recreativas para mantener a los pacientes en constante actividad y a su vez estimular sus habilidades de psicomotricidad fina como realización de manualidades y juegos específicos.

La siguiente fase cumple con las charlas para los enfermeros y cuidadores de estos pacientes, donde se les da a conocer sobre la investigación realizada y cuál es la mejor manera de prevenir los efectos emocionales que afectan al paciente con parálisis cerebral.

Capítulo 4

Presentación de resultados

Para continuar con este capítulo, se muestran informes psicológicos de los pacientes atendidos de la sala de Febres Cordero del Hospital Hermano Pedro. De la misma manera se incluyen los logros y limitaciones presentados durante el proceso, así mismo los resultados de las gráficas analizadas.

4.1 Logros

- Apoyo en la atención de pacientes necesitados de los servicios psicológicos.
- Atención psicológica a pacientes internos como externos para mejorar la calidad del servicio.
- Informar a los enfermeros y cuidadores de los pacientes internos y los encargados de las salas del centro asistencial.
- Se alcanzó un aprendizaje profesional por medio de la práctica y de la teoría adquirida durante los años de la carrera de psicología.

4.2 Limitaciones

- El centro no cuenta con profesionales especializados en la salud mental y psicológica suficiente para la atención externa.
- Dentro de las salas para los pacientes internos no se cuenta con personal.
- En el centro no se establece un programa de actividades dinámicas para los pacientes internos de cada sala.
- La falta de comunicación con los familiares de los pacientes internos interfiere en la evolución de los mismos.

4.3 Casos clínicos

Informe de cierre de caso

Datos generales

Nombre: R. X.X Fecha de Nacimiento: 2/2/1980 Estado Civil: soltero Escolaridad: Ninguna Referido por: Su mamá Dirección: Escuintla	Edad: 33 años Sexo: Masculino Religión: Católica Ocupación: Ninguna Etnia: indígena
---	---

Motivo de consulta

El encargado de sala manifiesta: “Actualmente R. X.X. se nota como muy cansado, no quiere comer y en ocasiones se comporta de manera agresiva con sus compañeros, además no colabora con su aseo personal”

Historia del problema actual

Paciente de 33 años de edad, interno de la Sala Febres cordero, presenta cambios conductuales de agresividad y desinterés por sus actividades diarias, se muestra irritado ante cualquier situación. Dichas actitudes han evolucionado y cada vez progresa más, los síntomas se presentaron aproximadamente en un periodo anterior de 4 meses.

Impacto del trastorno en el paciente y la familia

Actualmente el paciente se muestra sin ánimos de realizar ninguna actividad, se molesta cuando alguien se dirige a dictarle una tarea o para simplemente con tener contacto. Al momento de realizar su aseo personal o bien a la hora de alimentarlo en ocasiones se torna una tarea muy compleja por falta de colaboración de R. X.X y eventualmente muestra llanto incontrolable. Estas actitudes alteran a sus compañeros de sala y como es evidente el trabajo de los enfermeros se torna más difícil.

Historia personal

El paciente de 33 años de edad, presenta parálisis cerebral infantil, permanece como paciente permanente, y presenta síndrome de abandono. Su madre lo interno cuando este tenía 3 años de edad, lo visitaba eventualmente colaborando con el centro con una cuota de Q100 al mes en ocasiones, tienen problemas económicos para sostener al paciente en su hogar y no cuentan con recursos para darle el tratamiento necesario. De su padre no se tiene información alguna. El paciente se moviliza con la ayuda de una silla de ruedas donada por la institución.

La madre de R.X.X. tiene alrededor de 6 meses de no visitarlo y no se ha logrado comunicación con ningún familiar. Cuando se recibió la última visita la madre indico que estaban pasando por problemas económicos graves. Cuando su madre lo visitaba él se mostraba muy feliz y le contaba por más de una semana a todos los cuidadores que su madre lo había visitado.

Antes del este reporte, el comportamiento del paciente era tranquilo, se mostraba cariñoso con sus compañeros, colaborador con las tareas de la sala como por ejemplo ayudar a poner la mesa, llevar las sabanas de un lugar a otro y participaba en las actividades que se le solicitaba aunque le fueran dificultosas.

Antecedentes médicos

El paciente mantiene un tratamiento por parálisis cerebral con el doctor de medicina interna, asiste a fisioterapia, escuela especial, terapia ocupacional y sobre todo mantiene el tratamiento farmacéutico. El paciente presenta síndrome de colon irritable.

Síntomas	Signos
Llanto silencioso	Tristeza
Bruxismo	Baja autoestima
Poco interés en actividades	Agresividad
Gritos	Timidez
Sueño constante	

Diagnóstico

Eje I:

Ningún diagnóstico

Eje II:

Retraso mental

Eje III:

Ningún diagnóstico

Eje IV:

Problemas del grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG 50 (actual)

Paciente presenta cambios en su conducta por falta de vista de sus familiares y apoyo emocional.

Plan terapéutico

Terapia Cognitivo – Conductual

Terapia Ocupacional

Técnicas utilizadas

- Trabajar Autoestima
- Técnicas de relajación
- Técnicas para Catarsis
- Evaluación de actividades
- Programa de tareas dentro de la psicoterapia
- Programa para tareas dentro de la sala

Cierre o seguimiento

Caso cerrado por mejora de conducta del paciente, se logró contactar a uno de sus hermanos quien ha estado visitándolo constantemente, su madre se encuentra enferma y por esa razón no está dispuesta a viajar.

Informe de cierre de caso

Datos generales

Nombre: M.G.H. Fecha de Nacimiento: 19/2/1983 Estado Civil: soltero Escolaridad: Ninguna Referido por: Encargado de sala "Febres Cordero" Dirección: Jutiapa	Edad: 30 años Sexo: Masculino Religión: Católica Ocupación: Ninguna Etnia: No indígena
---	--

Motivo de consulta

El encargado de sala reporta que M.G.H presenta cambios en el estado de ánimo, agrede a los demás pacientes que se encuentran a su alrededor, así como a los enfermeros. Ya no asiste a la escuela especial. No colabora en las actividades que normalmente se tenían de rutina.

Historia del problema actual

El paciente normalmente es activo, participa en todas las actividades, apoya en las tareas de la sala como recoger la mesa, hacer su cama, bañarse solo, cambiarse y alimentarse sin ayuda, actualmente no ha asistido a ninguna actividad.

El paciente tenía una relación muy afectuosa con un compañero que falleció unos meses atrás, a él no se le informó de la pérdida sin embargo, el menciona que su compañero se enfermó mucho y que ya no está en el hospital.

Impacto del trastorno en el paciente y la familia

M.G.H se muestra de ánimo distinto al que normalmente mantenía, no salir y no participar a ninguna actividad recreativa mantiene al paciente en mal estado. Se afecta emocionalmente el paciente y afecta la labor de los enfermeros así mismo la disciplina con sus compañeros de sala, sobre todo en los momentos que se propone destruir los objetos o golpearse contra la pared.

Historia personal

El paciente fue internado a sus ocho años de edad por sus padres, procedentes del departamento de Jutiapa, quienes son comerciantes de ganado. Sus padres aportan la cuota mensual en el hospital y tienen a bien visitarle frecuentemente turnándose las visitas, en ocasiones viene su madre y en otras su padre. M.G.H reconoce a sus padres y se muestra feliz en las visitas de sus familiares, sin embargo él está adaptado al ambiente del hospital, se ha dado a querer por el personal del mismo y por los mismos pacientes, el paciente tiene capacidad de hacer amistades duraderas. M.G.H Es el tercer hijo de esta familia

Antecedentes médicos

Paciente diagnosticado con parálisis cerebral infantil y pie quino, tiene problemas de colon irritable. En el hospital se le mantiene el tratamiento farmacológico para lo anterior, así como tratamiento psicológico.

Criterios de diagnóstico (síntomas y signos)

Síntomas	Signos
Poco interés en actividades	Poco interés por actividades
Gritos	Agresividad
Insomnio	Timidez
Pelear	Tristeza

Diagnóstico

Eje I:
F06.32 Trastorno del estado de ánimo con síntomas depresivos [293.83]
Eje II:
Retraso mental
Eje III:
Ningún diagnóstico
Eje IV:
Problemas del grupo primario de apoyo
Eje V: EEAG 50 (actual)
Paciente se muestra con cambios del estado de ánimo por ausencia de un compañero, para lo cual se requiere terapia ocupacional.

Plan terapéutico

Terapia Ocupacional

Técnicas utilizadas

- Técnicas de relajación
- Evaluación de actividades
- Programa de tareas dentro de la psicoterapia
- Programa para tareas dentro de la sala
- Dinámicas y juegos para promover el compañerismo

Cierre o seguimiento

El caso se cerró al término de tres meses donde el paciente se mostró con un comportamiento adecuado, los encargados de sala ya no tienen queja del paciente.

Informe de cierre de caso

Datos generales

Nombre: D. M Fecha de Nacimiento: 19/2/1964 Estado Civil: soltero Escolaridad: Ninguna Referido por: Encargado de sala "Febres Cordero" Dirección: Ciudad Capital	Edad: 51 años Sexo: Masculino Religión: Católica Ocupación: Ninguna Etnia: No indígena
--	--

Motivo de consulta

Su enfermero refiere que en ocasiones lo encuentra llorando, no quiere comer, y se aísla, el paciente es nuevo en esta sala sin embargo se preocupan por su estado de salud emocional.

Historia del problema actual

Paciente recientemente ingresado con aproximadamente tres semanas de ingreso, se integró al grupo de manera insatisfactoria pues él mismo lo menciona, frecuentemente lo sorprenden llorando, muestra falta de apetito, y tiene baja de peso significativa. Fue ingresado por una su vecina quien informa que su madre falleció y no tiene quien cuide de él.

Impacto del trastorno en el paciente y la familia

El paciente ha bajado aproximadamente 8 libras de peso en tres semanas desde que ingresó al hospital, se le ha brindado una dieta adecuada y sin embargo no tiene apetito, los enfermeros solicitan apoyo psicológico para el paciente pues consideran que si continúa así empeorará su estado físico.

Historia personal

El paciente se moviliza en silla de ruedas, lo cual dice que le es molesto, menciona que vivía con su madre hasta hace un par de meses, ella falleció por enfermedad médica, su madre se encargaba de todos los cuidados que él necesitaba, por ahora cuenta con dos hermanas que lo sacaron de su casa y que lo llevaron a casa de una vecina, quien lo vio crecer pues era amiga de su madre. Esta vecina no puede hacerse cargo económicamente y tampoco puede darle cuidados pues ella es de edad avanzada por lo que decidió internarlo. D.M. no tiene más familia.

Antecedentes médicos

El paciente ha sido diagnosticado con parálisis cerebral leve, pues una de sus dificultades es no moverse pues conversa sin dificultad y moviliza sus manos. Hasta este momento no se ha diagnosticado ningún otro antecedente médico.

Criterios de diagnóstico (síntomas y signos)

Síntomas	Signos
Poco interés en actividades	Aislamiento
Tristeza	Actitud antisocial
Insomnio	Ansiedad
Falta de apetito	Baja autoestima

Diagnóstico

Eje I:
F06.32 Trastorno del estado de ánimo con síntomas depresivos [293.83]
Eje II:
Retraso mental
Eje III:
Ningún diagnóstico
Eje IV:
Problemas del grupo primario de apoyo
Eje V: EEAG 70 (actual)
Paciente muestra problemas en su estado de ánimo que están afectando su salud física y que requieren de atención inmediata.

Plan terapéutico

Terapia cognitiva - conductual

Terapia Ocupacional

Técnicas utilizadas

- Técnicas de autoestima
- Técnicas de relajación
- Programa de actividades
- Programa para tareas dentro de la sala
- Dinámicas y juegos para promover el compañerismo

Cierre o seguimiento

El caso se cerró a los tres meses, aunque sigue siendo caso de atención en cuanto a programas de actividades para mantenerlo ocupado el paciente ha evolucionado de manera adecuada.

4.4. Otros casos atendidos

Informe de cierre de caso

Datos generales

Nombre: M F R L	Edad: 13
Fecha de Nacimiento: 16/febrero/2000	Sexo: Masculino
Estado Civil: Soltero	Religión: Católico
Escolaridad: 1ro Básico	Ocupación: Estudiante
Referido por: Padres refieren que tiene bajo rendimiento académico	Etnia: No indígena
Dirección: Ciudad Vieja	

Motivo de consulta

“Soy muy distraído en clases, y este año he bajado mucho mis notas, por pensar en situaciones que se viven en mi casa con mis padres, aunque son exagerados porque mis notas menores están entre 60s y 70s”

Historia del problema actual

Paciente refiere que se distrae principalmente en el curso de Inglés, por pensar en porque sus padres a veces están contentos y de repente están peleando.

Tiene temor de que sus padres se peleen si él deja clases o si él se porta mal. No le gusta que sus padres discutan puesto que lo hacen frente a él y sus demás hermanos, principalmente en la hora de la cena siendo los temas de discusión “Cosas raras” con esto el paciente quiere decir que sus padres discuten por cualquier cosa sin sentido.

Impacto del trastorno en el paciente y la familia

El paciente es repitente del primer año de básico, él parece no darle importancia, lo que le preocupa es que sus padres tengan dificultades en su relación conyugal, y lleguen a una separación, mientras que en la familia se discute constantemente por el rendimiento académico del paciente, el padre reclamando a su madre su manera de corregirlo, y su madre a su padre, lo que es tema de discusión en el hogar.

Historia personal

El referido estudia en un colegio privado “nuestra señora de Lourdes”, únicamente tiene amigos en el colegio, menciona que quiere estudiar mucho, no pretende tener novia por el momento puesto que le interesan más sus estudios y cree que tendrá una relación más o menos a sus 17 o 18 años. No tiene ningún propósito a futuro solo estudiar, aun no sabe que le gusta hacer o si tuviera algún talento para algo.

Le gustaría participar en actividades deportivas siempre y cuando su mama no tenga temores como el hecho de que él vaya a lastimarse. Lo que es muy frecuente y por lo cual él no desarrolla actividades sociales.

Antecedentes médicos

El paciente refiere no padecer de ninguna enfermedad y según recuerda únicamente fue al médico una vez que se cortó la lengua, de manera accidental en un juego infantil.

Criterios de diagnóstico

Síntomas	Signos
Bajo rendimiento escolar	Distraído con facilidad
No entrega tareas	Pensamientos constantes en problemas familiares
Se muestra ansioso	Olvida con facilidad lo que ha estudiado
Falta de atención	Nerviosismo

Diagnóstico

Eje I: Ningún diagnóstico
Eje II: Z03.2 [V71.09]
Ningún diagnóstico
Eje III: Ningún diagnóstico
Eje IV: Problemas del grupo primario
Problemas relativos al ambiente social
Problemas relativos a la enseñanza
Eje V: EEAG 72 (actual)
Paciente refiere que se siente afectado por las discusiones frecuentes de sus padres.

Plan terapéutico

Motivar a sus padres a continuar con la terapia de pareja, procurando que se mejore la relación entre ellos como esposos, la relación entre padres e hijos y que haya convivencia sin rutinas, así mismo motivando la seguridad a la madre para que paciente pueda dedicarse un espacio para realizar actividades motivadoras para su edad.

Técnicas utilizadas

- Evaluar las rutinas escolares de Marlon y reorganizar si fuera el caso
- Aplicación de Test vocacional para descubrir sus intereses
- Aplicación de Inventario de Hábitos de estudios
- Cita con su hermano mayor para corroborar datos
- Aplicación de Test para medir consiente intelectual
- Aplicación de Test proyectivo
- Chequeo con un neurólogo si lo anterior no deja resultados claro

Cierre o seguimiento

El caso se cerró a razón de que sus padres decidieron ya no asistir al centro porque era necesario que él se ausentara en algunos cursos para llegar a la terapia. Por otro lado a los padres se les dificulta acompañarlo por motivos laborales.

Informe de cierre de caso

Datos generales

Nombre: J. D. T Fecha de Nacimiento: 26/12/2000 Estado Civil: soltero Escolaridad: 1ro Básico Referido por: Su mamá Dirección: Ciudad Vieja	Edad: 13 años Sexo: Masculino Religión: Cristiana Evangélica Ocupación: Estudiante Etnia: indígena
--	--

Motivo de consulta

“Siento que mi hijo sufre por los problemas entre mi esposo y yo, pero lo más cruel es que siento que de cierto modo su corazón guarda rencor por su padre y quiero que él lo perdone y que sea más fuerte emocionalmente, además que no rinde en sus estudios”

Historia del problema actual

Madre del paciente comenta que la relación entre ella y su esposo es disfuncional por la razón que su esposo la engaña y que cuando llega a casa por las noches discuten y él la agrede y sus hijos visualizan las escenas.

Impacto del trastorno en el paciente y la familia

La madre del paciente menciona que durante las discusiones, su esposo la agrede mientras los niños están presentes y que su hijo mayor (paciente) llora en silencio, rechina los dientes y ve a su padre con una mirada intensamente fuerte. El paciente ha cambiado mucho en su carácter es menos fuerte, muy sensible y se aísla. Mientras su hija menor, es más dura, rígida y no presta atención a los problemas. Ellos se llevan 2 años de edad.

Historia personal

El paciente de 13 años de edad, cursa el primer año de básicos, en los bimestres anteriores ha dejado la mayoría de los cursos durante el periodo escolar actual.

El paciente es el mayor de dos hijos, (teniendo una hermana) él es quien ayuda en su casa con los oficios si su madre sale, también ayuda en la panadería de sus padres, se levanta desde muy temprano, atiende a su hermana, hace entregas de pan y por las noches tiene compromisos en la iglesia a donde esta congregado.

El paciente se considera ser de pocos amigos, su relación con el papá no es la más adecuada, él parece guardar recelo por los pleitos de sus padres, la relación entre él y su madre es muy afectiva. Desde pequeño ha sido muy callado y tímido, a diferencia de su hermana menor.

Antecedentes médicos

Actualmente no padece de ninguna enfermedad médica, sin embargo hace un par de años, el joven salió a entregar pan y entre el camino y el juego trepo una ventada de una casa de la cual se cayó y desde entonces padeció de desmayos frecuentes, dolores de cabeza, momentos de desesperación, se le hicieron análisis pero no presenta ningún diagnóstico médico. Hasta el momento esto está controlado.

Criterios de diagnóstico (síntomas y signos)

Síntomas	Signos
Llanto silencioso	Tristeza
Sentimientos de inferioridad	Baja autoestima
Mirada fuerte	Falta de perdón
Bruxismo	Temores
Poco interés en las cosas	Timidez

Diagnóstico

Eje I:

Ningún diagnóstico

Eje II:

Z03.2 [V71.09]

Ningún diagnóstico

Eje III:

Ningún diagnóstico

Eje IV:

Problemas del grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Eje V: EEAG 50 (actual)

Paciente afectado por los problemas de los padres, le preocupa que ellos peleen constantemente

Plan terapéutico

Terapia Cognitivo – Conductual

Técnicas utilizadas

- Trabajar Autoestima
- Trabajar autovaloración
- Promover el Perdón
- Técnicas de relajación
- Técnicas para Catarsis y control de impulsos
- Evaluar rutinas de tareas del hogar y escolares
- Evaluar CI
- Evaluación con neurólogo (por caída del paciente)

Cierre o seguimiento

El caso se cierra por su inasistencia, en las últimas sesiones menciono que tenían problemas para transportarse y que no aseguraba que terminaría la terapia, se cierra en el mes de septiembre.

Informe de cierre de caso

Datos generales

Nombre: M. L. Fecha de Nacimiento: 06/6/1990 Estado Civil: soltero Escolaridad: Primaria Referido por: Su hermana Dirección: Antigua	Edad: 23 años Sexo: Femenino Religión: Católico Ocupación: Comerciante Etnia: No indígena
---	---

Motivo de consulta

Refiere la hermana de la paciente “Creo que mi hermana exagera en muchas situaciones de limpieza para ella misma, es como muy delicada y muchas veces esto ocasiona conflictos con mis hermanos, nos ayudaría mucho si esto cambiara en ella”

Historia del problema actual

La hermana de la paciente refiere que ella es muy conflictiva en su aseo personal a la hora de la comida, de vestirse o tocar algún objeto, lo cual es problema porque sus hermanos menores la provocan y ella llora exageradamente, esto sucede en cualquier momento del día.

Impacto del trastorno en el paciente y la familia

La obsesión de limpieza en la paciente causa conflictos porque sus hermanos varones menores la provocan a tal punto que ella se siente sucia y desesperada. En su casa es muy difícil la relación con las demás personas porque ella no desea “Contagiarse de los demás”

Historia personal

La paciente desde muy niña ha sufrido ataques de “ascos” por cualquier situación que se le presente de alimentos, vestuario, objetos y demás, cuando niña mientras comía en ocasiones le caía algo en su plato de comida, por ejemplo una mosca en el fresco, un cabello en la tortilla y su madre ponía demasiada atención a ello para prevenir futuras enfermedades en ella, fue así como ella fue criada de los 4 hermanos, y sus hermanos se aprovecha poniendo en ocasiones animales de juguetes en su cama, cerca de su comida o incluso en su ropa.

Antecedentes médicos

La paciente no presenta antecedentes médicos más que resfriados.

Criterios de diagnóstico (síntomas y signos)

Síntomas	Signos
Limpieza constante de manos y ropa Cuidados especiales en los lugares a sentarse, acostarse, o ubicarse	Ansiedad Inseguridad Temores Actos repetitivos

Diagnóstico

Eje I:

Ningún Diagnóstico

Eje II:

F60.5 Trastorno obsesivo compulsivo [301.4]

Eje III:

Ningún diagnóstico

Eje IV:

Problemas del grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG 30 (actual)

Paciente femenino de 23 años de edad, presenta trastorno obsesivo compulsivo, lo que causa problemas relativos al grupo primario.

Plan terapéutico

Terapia Cognitivo - Conductual

Técnicas utilizadas

- Terapia Desensibilización sistemática
- Trabajar Autoestima
- Trabajar autovaloración
- Técnicas de relajación
- Técnicas para control de impulsos

Cierre o seguimiento

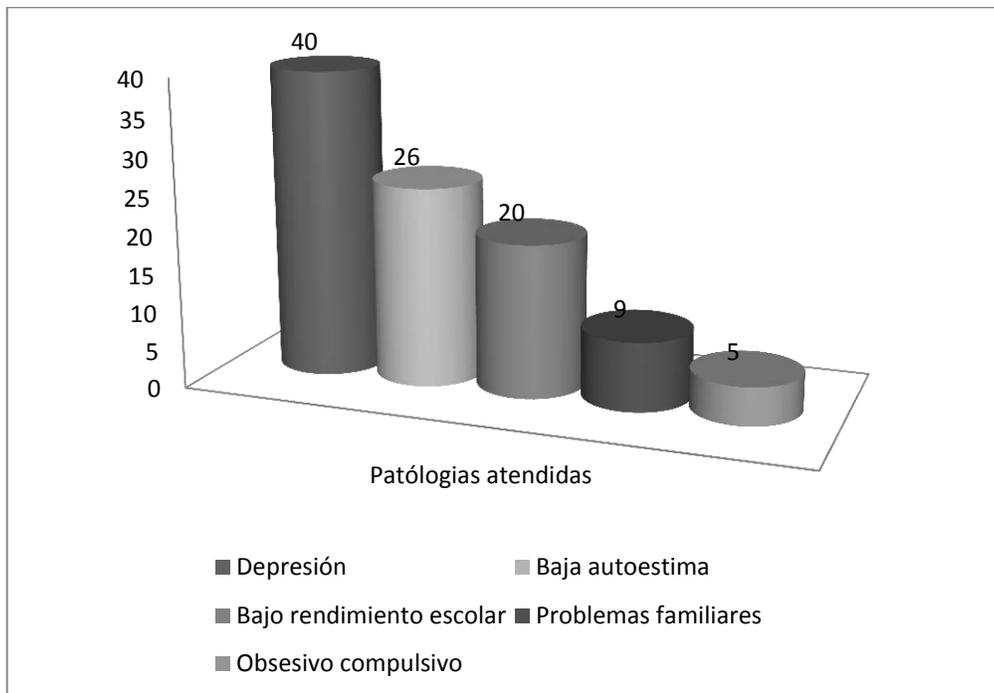
Caso cerrado en agosto dando el cierre correspondiente.

4.5 Gráficas

4.5.1 Gráfica 1 Patologías atendidas

Esta gráfica muestra cuales fueron los problemas atendidos en el centro de práctica para psicoterapia, es evidente que la depresión es uno de los mayores problemas que afectan a la población atendida en este centro, seguidamente los casos de baja autoestima tanto en hombres como en mujeres, el bajo rendimiento escolar, los problemas familiares y por último los casos del trastorno obsesivo compulsivo.

Gráfica 1 Patologías atendidas

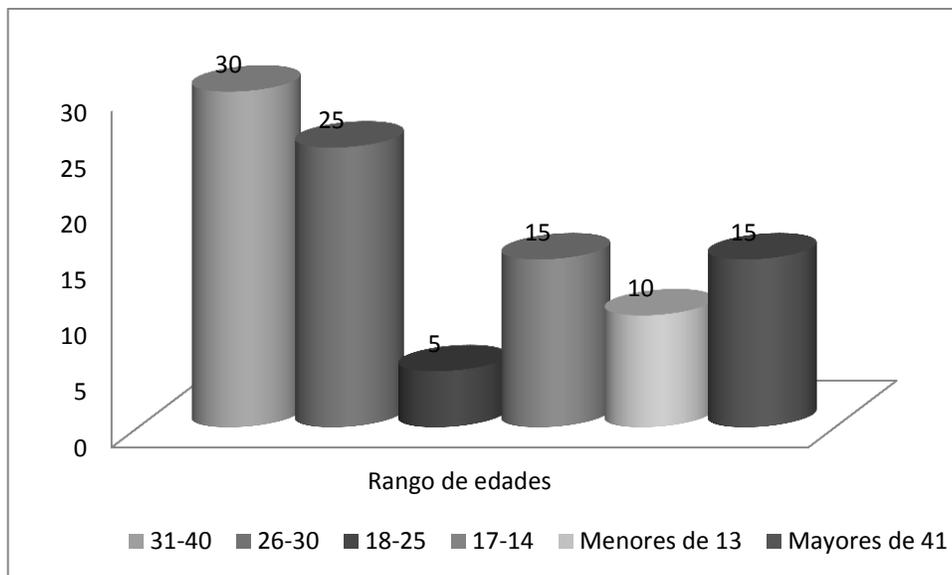


Fuente: Elaboración propia en base a la investigación

4.5.2 Gráfica 2 Rango de edades

Se muestran en esta gráfica siguiente los rangos de edad de los pacientes que fueron atendidos para psicoterapia durante el proceso de práctica profesional dirigida, pueden verse que el mayor número de pacientes atendidos fueron entre los 31 a 40 años, posteriormente de 26 a 30, sin embargo la población menos atendida está entre los 18 a 25 años de edad.

Gráfica 2 Rango de edades

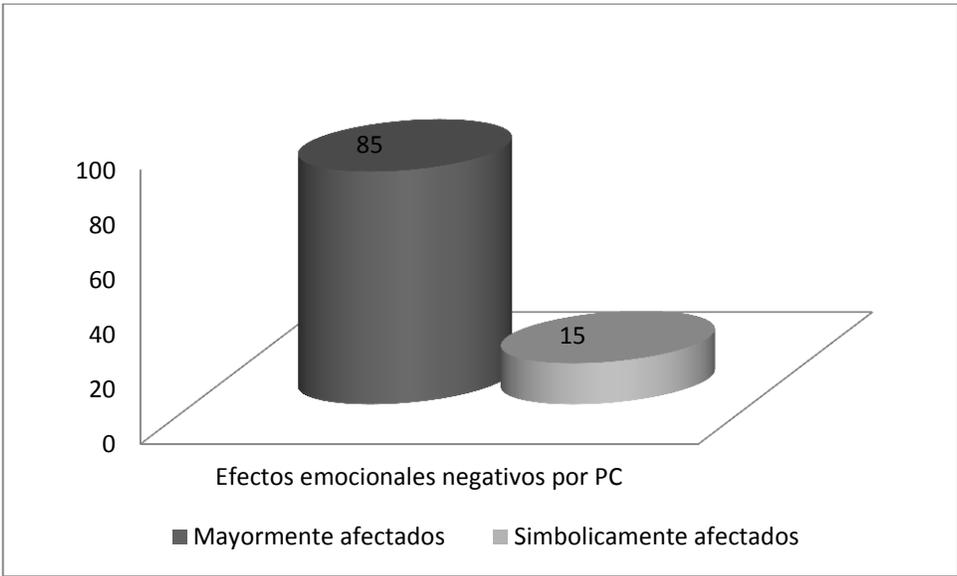


Fuente: Elaboración propia en base a la investigación

4.5.3 Gráfica 3 Efectos emocionales negativos por PC

En la siguiente gráfica se visualizan los pacientes internos afectados de manera emocional en su estado de ánimo por la parálisis cerebral.

Gráfica 3 Efectos emocionales negativos por PC



Fuente: Elaboración propia en base a la investigación

Conclusiones

Los pacientes que tiene parálisis cerebral no pueden controlar algunos o la mayoría de sus movimientos, algunos de ellos están muy afectados como para moverse, sin embargo otros pueden afectarse al hablar, caminar o mover sus manos, casi la mayoría de ellos necesitan ayuda para sentarse o moverse de un lado a otro o sobre cualquier actividad que requiere de habilidades físicas o mentales.

Hay diferentes tipos de parálisis cerebral por tanto, cada paciente puede tener distintos problemas y necesidades, algunos padecen de trastornos sensitivos, de lenguaje, de motricidad, conductuales, aprendizaje o percepción, cualquiera que sea la dificultad del paciente si este no lleva un tratamiento adecuado tanto farmacológico como psicológico puede afectarse la evolución del paciente.

Hay situaciones en las que los pacientes no reciben apoyo de los familiares ni de los cuidadores y esto les afecta emocionalmente de distintas maneras: provocándoles depresión, ansiedad, baja autoestima y problemas relativos en el grupo primario de apoyo.

Para prevenir lo anterior los familiares y cuidadores deben estar al tanto del tratamiento sugerido para los pacientes, se deben de hacer un programa de actividades que promuevan la salud mental de estos pacientes tanto en centros asistenciales como a los familiares.

Recomendaciones

Para el centro

Esta asociación cuenta con apoyo de practicantes de diferentes instituciones y universidades así como de voluntarios extranjeros, pero es necesario hacer una planificación estricta de las actividades que necesita cada una de las salas para cubrir las con el recurso humano que se les presenta y no actividades relámpago.

Se recomienda motivar y capacitar al personal que está a cargo de cada una de las salas de los pacientes internos pues es necesario que sepan tener contacto emocional positivo con ellos para mejorar su salud emocional y física.

Informar a los padres de los pacientes acerca de las maneras de prevenir la parálisis cerebral puesto que se observó que hay varios pacientes que cuentan con familiares dentro de cada sala, hacer una evaluación y dar conferencias en estos sectores afectados.

Para la Universidad

1. Podría brindarse apoyo a diferentes instituciones con necesidad de profesionales capacitados para la promoción y prevención en patologías psicológicas con los estudiantes de primer grado hasta los graduandos, con los alumnos de los primeros grados puede trabajarse el acompañamiento con pacientes especiales para que ellos se vayan introduciendo a la tarea profesional y de este modo apoyar a los centros con planificaciones para reforzar las actividades profesionales necesarias.
2. Se sugiere enviar a los practicantes a los centros que no cuenten con suficiente personal para llevar las necesidades de todos aquellos pacientes que no tienen las facilidades de pagar un centro privado y que están necesitados de los servicios de la psicología, así como preparar de la mejor manera a sus estudiantes para cubrir estas necesidades.

Referencias

Bibliográficas

Galián Paramio, E. (1,999). **Convivir con el daño cerebral adquirido**. Buenos Aires: editorial Síntesis.

Levitt, S. (1998). **Tratamiento de la parálisis cerebral y el retraso psicomotor**. México: Editorial Médica panamericana.

Gutiérrez Bermejo, B. (1986). **Habilidades psicosexuales en personas con discapacidad Intelectual**. E.E.U.U.: Editorial pirámide.

Betanzos, M. (2000). **Parálisis cerebral y contexto escolar, necesidades educativas del Diagnóstico a la intervención**. México: Editorial pirámide.

Irimia, P. (2010). **Superando la soledad, educación a la persona con discapacidad intelectual**. Barcelona: Editorial fundamentos.

Armoni, T (2005). **Daño cerebral, diagnóstico y tratamiento**. España: Editorial Trillas.

Internet

Trastornos sobre parálisis cerebral y sus conceptos. Parálisis Cerebral. Recuperado: 12.03.2001
<http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm>

Parálisis cerebral infantil. Un niño especial. Recuperado: 05.05.2011
<http://www.enfermedaddeperthes.es/Paralisi.htm>

Información sobre la Parálisis Cerebral. Enfermedades Cerebrales. Recuperado: 01.02.2013
http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/story_cerebral_palsy_esp.html

Un mundo para padres e hijos. Los bebés corren riesgo. Recuperado: 03.09.2007

<http://pequelia.es/65506/los-bebes-que-nacen-post-termino-corren-riesgo-de-paralisis-cerebral/>

Desarrollo de la parálisis cerebral. Desarrollo de parálisis. Recuperado: 08.07.2010

<http://repolleteyprincesita.blogspot.com/2012/02/factores-que-influyen-en-el-desarrollo.html>

Retraso Psicomotor. Recuperado: 07.12.2006

<http://www.parabebes.com/revista/retraso-psicomotor-en-bebes-y-ninos>

La parálisis infantil y sus consecuencias. La Parálisis. Recuperado: 03.11.2000

http://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral#Causas

Mi pie izquierdo. Recuperado: 01.01.2009

http://www.youtube.com/results?search_query=Mi+pie+izquierdo

Los efectos en el paciente. Parálisis cerebral. Recuperado: 29.4.2000

http://apacetoledo.org/paralisis_efectos.html

Tratamiento en pacientes con parálisis. Recuperado: 24.8.2005

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100005

Anexos

Anexo 1

Cartas y constancias



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Psicológicas
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2013

Asociación Obras Sociales
Del Santo Hermano Pedro
Fray Sergio Fallas Mora
Licda. Mayra Torres
Antigua Guatemala

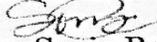
Respetables Fray Fallas y Licenciada Torres:

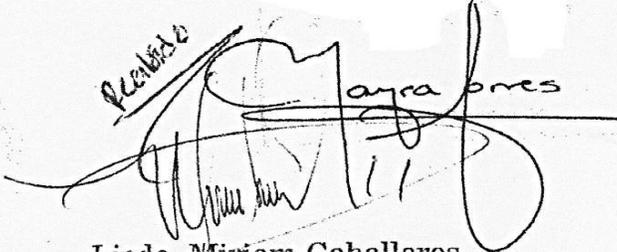
Los saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a ustedes para solicitarles su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, Alba Marina Berduo Pérez, con número de carné 0909339, pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

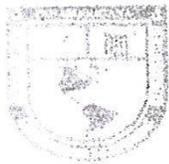
Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo a la alumna, esperando a la vez que el servicio que la señorita les proporcione beneficie de alguna manera al Centro Hospitalario.

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


Licda. Miriam Caballeros
Coordinadora Sede Chimaltenango



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Psicológicas
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2013

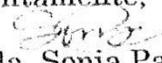
Asociación Obras Sociales
Del Santo Hermano Pedro
Fray Sergio Fallas Mora
Licda. Mayra Torres
Antigua Guatemala

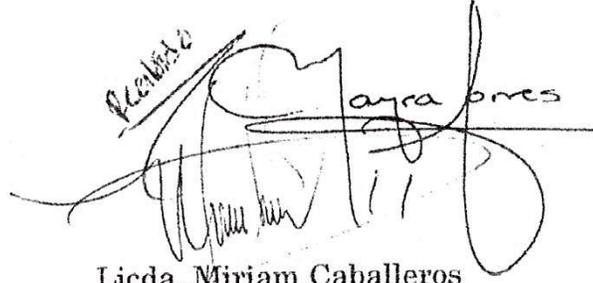
Respetables Fray Fallas y Licenciada Torres:

Los saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a ustedes para solicitarles su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, Alba Marina Berduo Pérez, con número de carné 0909339, pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

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

Agradecemos de antemano por brindar un espacio de aprendizaje significativo a la alumna, esperando a la vez que el servicio que la señorita les proporcione beneficie de alguna manera al Centro Hospitalario.

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


Licda. Miriam Caballeros
Coordinadora Sede Chimaltenango



**ASOCIACIÓN
OBRAS SOCIALES DEL
"SANTO HERMANO PEDRO"**
FRAILES FRANCISCANOS OFM

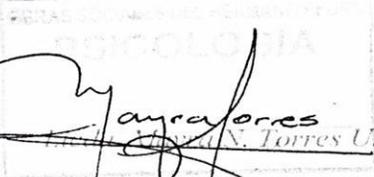
*"Un alma tienes no más:
si la pierdes ¿qué harás?"*
Santo Hermano Pedro.

Antigua, Guatemala 2 de Octubre del 2013

Universidad Panamericana
Facultad de Ciencias Psicológicas
Chimaltenango

Por este medio se hace constar que el estudiante de quinto grado de la Carrera de Psicología y Consejería Social: *Alba Marina Berduo Pérez*, Quien se identifica con No. de Carné: *0909339* ha realizado su Práctica Psicológica en la Institución del 1 de marzo del presente año hasta el mes de octubre, cumpliendo un total de 350 horas entre los días miércoles, jueves y viernes en horarios de 8:00 a 12:00 horas. Brindándonos apoyo en el Departamento de Psicología clínica, específicamente en la sala interna de Febres Cordero y atención en Consulta Externa.

Para los usos que a la Estudiante convenga, se extiende la presente constancia en hoja membretada y sellada por el Departamento de Psicología en la fecha anteriormente expuesta.


Departamento de Psicología

V. B. C.
Straz

6a. Calle Oriente No. 20 La Antigua Guatemala, Guatemala C.A. 03001
PBX: (502) 7931-2100 Ext. 101 Fax: (502) 7931-2100 Ext. 141
E-mail: asociacion@obrashermanopedro.org Website: www.obrashermanopedro.org
"NACER" Tel: (502) 5517-0768 / 69 E-mail: renacer@obrashermanopedro.org Website: www.centrorenacer.or



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Psicológicas
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Chimaltenango, octubre de 2013

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio Hago constar: Que la señorita estudiante Alba Marina Berduo Pérez con carné No. 0909339, cursante del quinto grado de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social ha realizado ciento cincuenta (150) horas en diversas actividades de práctica teniendo a la vista la realización de lo anterior extendiendo y firmo esta carta en la fecha anteriormente expuesta para los intereses estrictamente académicos de la alumna. . .

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica
Profesional Dirigida



ASOCIACIÓN
OBRAS SOCIALES DEL
"SANTO HERMANO PEDRO"
FRAILES FRANCISCANOS OFM

"Un alma tienes no más;
si la pierdes ¿qué harás?"
Santo Hermano Pedro.

Antigua, Guatemala 2 de Octubre del 2013

Universidad Panamericana
Facultad de Ciencias Psicológicas
Chimaltenango

Por este medio se hace constar que el estudiante de quinto grado de la Carrera de Psicología y Consejería Social: *Alba Marina Berduo Pérez*, Quien se identifica con No. de Carné: *0909339* ha realizado cuatro capacitaciones para el centro en base a las necesidades del personal de la sala Febres Cordero, donde cada una tuvo duración de 2 horas por actividad.

Para los usos que a la Estudiante convenga, se extiende la presente constancia en hoja membretada y sellada por el Departamento de Psicología en la fecha anteriormente expuesta.

ASOCIACIÓN OBRAS SOCIALES DEL HERMANO PEDRO
PSICOLOGÍA
Alba Marina Berduo Pérez
Alba Marina Berduo Pérez U.
Departamento de Psicología

Vo. Bo.
[Signature]

6a. Calle Oriente No. 20 La Antigua Guatemala, Guatemala C.A. 03001
PBX: (502) 7931-2100 Ext. 101 Fax: (502) 7931-2100 Ext. 141
E-mail: asociacion@obrashermanopedro.org Website: www.obrashermanopedro.org
Tel: (502) 5517-0768 / 69 E-mail: renacer@obrashermanopedro.org Website: www.centrorenacer.org

Anexo 2

Programas y Cronogramas

Programa del curso Práctica Profesional Dirigida

I. Propósito del curso

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

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

II. Competencias a fortalecer

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

III. Indicadores de logro

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

IV. Contenido temático del curso

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

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros,
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del puntaje previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado

exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.

- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.

desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

VI. Cronograma de actividades

I Unidad

Contenido	Actividades	Fecha
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad • La entrevista 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de conocimientos</p> <p>Diario de práctica</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p> <p>Comprobación Entrevista Psiquiátrica</p>	Enero, febrero
	<p>Laboratorios</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos</p> <p>Inicio de práctica</p>	

<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica</p> <p>Investigación primer tema del Referente teórico</p>	<p>Marzo</p>
<p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p> <p>Marco de referencia de informe final (Capítulo 1)</p> <p>Evaluación psicológica</p> <p>Examen mental</p>	<p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ Dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, etc.</p> <p>Discusión de casos</p> <p>Elaboración de Marco de Referencia</p> <p>Aplicación examen mental</p>	<p>Abril</p>

II Unidad

Contenido	Actividades	Fecha
<p>Análisis y aplicación de técnicas psicoterapéuticas:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas, Humanistas</p> <p>--Cognitiva-conductual, Sistémica, etc.</p>	<p>Exposiciones y aplicaciones prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p> <p>Psicodramas</p> <p>Revisión temas de Referente teórico</p> <p>Atención de casos</p>	<p>Mayo</p>
<p>Evaluación de casos y del trabajo de práctica</p>	<p>Presentación y discusión de casos (Historias clínicas)</p> <p>Enviar cuestionarios de información</p> <p>Atención de casos individuales y familiares</p> <p>Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos</p>	<p>Junio</p>
<p>Psicopatologías encontradas</p> <p>Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro</p> <p>de práctica o fuera de él, por lo menos 5</p>	<p>Investigación de temas de referente teórico</p> <p>Exposición, análisis y discusión de casos</p> <p>Elaboración de Planificación y cronogramas de capacitación</p> <p>Ensayos en el aula</p> <p>Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores</p> <p>Elaboración de Planificación de proyecto de salud mental</p> <p>Entrega de 5 Historias clínicas completas</p>	<p>Julio</p>

<p>Ejecución y elaboración de Proyecto de Salud Mental</p> <p>Elaboración de Capítulo 3 Referente Metodológico</p>	<p>Elaboración de Informes finales de casos</p> <p>Entrega de carta de agradecimiento para la Institución de práctica dada por la Universidad.</p> <p>Clausura de Práctica</p> <p>Ejecución de Proyecto de Salud Mental</p>	<p>Agosto</p>
--	---	---------------

III Unidad

Contenido	Actividades	Fecha
<p>Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales</p> <p>Elaboración de Capítulo 4 Presentación de resultados</p> <p>Primera revisión de informe final completo</p> <p>Segunda revisión de informe final</p>	<p>Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales</p> <p>Elaboración de resultados - Elaboración de gráficas y tablas</p> <p>Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica</p> <p>Elaboración de Informe Final</p> <p>Correcciones semanales</p>	<p>Septiembre – Octubre</p>

Planificación de actividades de Práctica Profesional Dirigida

Centro de práctica: Hospital Obras Sociales del Santo Hermano Pedro

Dirección: Antigua Guatemala

Fecha: marzo a agosto

Alumna practicante: Alba Berduo

I. Justificación

La Práctica Profesional Dirigida, es una labor seria, donde se aplica la Psicología Clínica y Social, para darle la ayuda necesaria a las personas necesitadas que asistan a un Centro Comunitario, brindando apoyo en la búsqueda de solución a los diferentes problemas que acogen a la población atendida por los profesionales de esta ciencia.

La Práctica Profesional Dirigida, es una actividad donde se aplica la Psicología clínica y social con el propósito de brindarle apoyo en la resolución de conflictos a la población atendida por un centro médico, siendo esta labor un requisito indispensable para el egreso del estudiante, aplicando de esta manera los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.

II. Objetivos generales

Realizar la práctica profesional dirigida en una institución social donde haya afluencia de personas necesitadas del servicio que ofrece un profesional en psicología para darle el apoyo necesario poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante estos años y con el asesoramiento del departamento de psicología.

III. Objetivos específicos

- Brindar la ayuda necesaria al Centro de práctica en la resolución de problemas que presentan los pacientes atendidos en el departamento de psicología según los conocimientos del estudiante.
- Tener una relación profesional directa con la población atendida por el Centro de Práctica para darles apoyo a las personas que por diferentes razones, asisten, buscándole solución y apoyo a las diversas causas que los hacen visitar el departamento de psicología.
- Realizar prácticas en un centro médico profesional para ampliar los conocimientos de la profesión durante este periodo.

IV. Planificación mensual

Lugar Hospital Obras Sociales del Santo Hermano Pedro

Alumna practicante: Alba Berduo

Mes: marzo

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Inicio de Prácticas	Entrevistas con el encargado del departamento de psicología	Adaptación a las actividades realizadas en el Centro de Práctica y conocimiento de las necesidades principales
Instrucciones para iniciar		
Diagnóstico del centro de Práctica		
Observación de necesidades del Centro	Elaboración de formatos para tomar	

Observación de actividades	recaudar la información necesaria	
Integración a las actividades del Centro	Hacer uso de la Planificación hecha en la Universidad	
Investigación de problema principal atendido por el Centro		

Mes: abril

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Actividades de Rapport	Actividades rompe-hielo	Adaptación a las actividades del departamento de Psicología del Centro de Práctica y aplicación de pruebas y cuestionarios a casos asignados para el diagnóstico y búsqueda de solución de los mismos
Detección de casos	Consultar libros específicos	
Entrevistas, juegos y dinámicas	Elaboración de formatos para recaudar información	
Registro de casos	Uso de Test	
Aplicación de cuestionarios	Uso de Pruebas	
Aplicación de pruebas proyectivas	Uso de Cuestionarios	
Aplicación de examen mental		

Mes: mayo

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Atención de casos asignados	Consulta en libros	Seguimiento de casos asignados por el Centro de atención psicológica, aplicando las terapias necesarias según el caso lo ha requerido.
Terapias psicoanalíticas	Asesoría por supervisora	
Terapias humanistas	Formatos	
Terapias cognitivas - conductuales	Entrevistas	
Terapias sistemáticas	Lectura de Libros	

Mes: junio

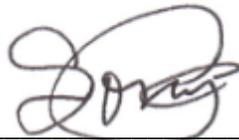
Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Elaboración de historias clínicas	Utilización de Formatos	Se logra el apoyo en la solución de los diferentes casos atendidos en el Centro asistencial de modo que las personas van avanzando en la resolución de sus casos
Atención de casos individuales	Utilización de Formularios	
Atención de casos familiares	Lectura de libros y otras fuentes	
Investigación sobre casos específicos	Investigaciones	

Mes: julio

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Análisis de casos especiales	Utilización de Formatos	Análisis de los avances que han tenido los pacientes en la búsqueda de solución a sus problemas Se logra informar y capacitar al personal determinado según las necesidades del centro en los diferentes temas expuestos
Clasificación de Historias Clínicas	Elaboración de Historia clínica	
Capacitación I	Elaboración de Agendas	
Capacitación II	Uso de Internet	
Capacitación III	Material didáctico	
Capacitación IV	Actividades	
Capacitación V	Consulta y lectura de libros	

Mes: agosto

Actividades	Técnicas e instrumentos utilizados	Logros y resultados esperados
Elaboración de informes	Uso de Formatos	Culminación de la práctica con resultados eficaces y satisfactorios tanto para los pacientes atendidos como para el centro de práctica
Análisis de informes	Uso de Planificación	
Entrega de informes finales	Revisión de Informes	
Agradecimiento por la oportunidad de práctica	Elaboración de cartas	
Clausura de Práctica	Realización de actividades	



Vo.Bo. Licda. Sonia Pappa

Catedrática de Práctica Profesional Dirigida

Anexo 3

Talleres y capacitaciones

Agenda de capacitación I y II Parálisis cerebral infantil

Fechas: Jueves 15 y 22 de agosto, 2013

Presentación (Dinámica rompehielos) _____ 10 min.

(Caja de cualidades) Colocar los nombres en un papel, repartir a cada uno los papeles y cada quien dirá tres cualidades de su compañero y al final el nombre, los demás deben adivinar.

Parte I

Introducción _____ 5 min.

Definiciones _____ 15 min.

Tipos de PC _____ 20 min.

Factores que influyen _____ 40 min.

Preguntas y comentarios _____ 20 min.

Resumen con dinámica _____ 20 min

Parte II

Dinámica de inicio _____ 15 min

Efectos psicológicos _____ 30 min.

Efectos clínicos _____ 30 min.

Ejercicios prácticos con pacientes _____ 15 min.

Preguntas y comentarios _____ 15 min.

Resumen con dinámica _____ 15 min.

Agenda de capacitación III y IV

Esquizofrenia

Fechas: Jueves 29 de agosto y 5 de septiembre, 2013

Presentación (Dinámica rompehielos) _____ 20 min.

Comentar cada participante cual fue la razón por la que eligió la carrera de enfermería y como logro entrar al centro de asistencia.

Parte I

Introducción _____ 5 min.

Definiciones teóricas _____ 15 min.

Que es esquizofrenia _____ 20 min.

Factores que influyen _____ 40 min.

Preguntas y comentarios _____ 20 min.

Resumen con dinámica _____ 20 min

Parte II

Dinámica de inicio _____ 15 min

Síntomas _____ 25 min.

Tipos _____ 25 min.

Tratamiento _____ 25 min.

Preguntas y comentarios _____ 15 min.

Resumen con dinámica _____ 15 min.