

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



**¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar
a causa de la infidelidad conyugal?**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ana Lucía Fernández

Guatemala, marzo de 2014

**¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar
a causa de la infidelidad conyugal?**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Ana Lucía Fernández (estudiante)

M.A. Rebeca Ramírez de Chajón (asesora)

Guatemala, marzo de 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica

M. A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque
Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decana

M. Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Ana Lucía Fernández
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social** de esta Facultad
solicita autorización para realizar su **Práctica
Profesional Dirigida** para completar
requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

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 Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **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: **Ana Lucía Fernández** recibe la aprobación para realizar su **Práctica Profesional Dirigida**.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano



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

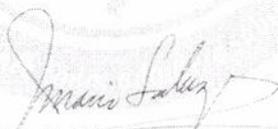
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar a causa de la infidelidad conyugal?. Presentada por el (la) estudiante: **Ana Lucía Fernández**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M. A. Rebeca Ramirez de Chajón
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala enero dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar a causa de la infidelidad conyugal?**. Presentada por el (la) estudiante: **Ana Lucía Fernández**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala marzo
dos mil catorce _____

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema **¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar a causa de la infidelidad conyugal?**. Presentada por el (la) estudiante: **Ana Lucía Fernández** previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida**.*


Licda. Elizabeth Herrera

Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



DEDICATORIA

A Dios. Por ser la razón de mi vida, por guiarme por el buen camino y permitirme llegar hasta este momento. Por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad, paciencia y amor.

A mis Padres. Gustavo y Elisa por ser los ejemplos de perseverancia, sencillez y constancia que necesite a lo largo de mi vida, por el valor y tenacidad que me enseñaron para salir adelante y por su amor.

A mis Papis. Ángel y Patricia por ser fuente de inspiración y ayuda oportuna.

A mi esposo. Por sus palabras de aliento, tierna compañía e inagotable apoyo.

A mi suegro. Mario por ser un gran apoyo a lo largo de mi carrera, por su tiempo, amistad, por ser “mi suegro favorito” y por ser un ejemplo de vida en mi vida.

A mi familia. Por sus palabras de entusiasmo y alegría que me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A mis amigas. *Wale* por tu amistad incondicional, por tus palabras de aliento y por ser mi compañera de esta travesía. *Cecia* y *Sara* por los momentos vividos y las innumerables pláticas compartidas. Las tres son las mejores amigas que he podido tener, sin ustedes este logro no hubiera sido igual.

A mis compañeras de clase y maestros de UPANA. Por formar parte de esta aventura de vida, siempre se quedarán en mis recuerdos.

A todas las personas que con su amistad, consejos y apoyo me impulsaron a alcanzar mis metas y son una luz en mi camino.

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

Contenido

	Pág. No.
Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	1
1.1 Descripción de las instalaciones	1
1.1.1 Visión	2
1.1.2 Misión	2
1.1.3 Objetivos de la Oficina Municipal de la Mujer	2
1.2 Ubicación de la institución	3
1.3 Programas establecidos	3
1.4 Organigrama	5
1.5 Planteamiento del problema	6
1.6 Objetivos	6
Capítulo 2	
Referente Teórico	8
2.1 Infidelidad	9
2.1.1 Tipos de infidelidad	9
2.1.2 Infidelidad conyugal	11
2.2 Causas más relevantes de la infidelidad conyugal	12
2.3 Efectos de la infidelidad conyugal	17
2.3.1 Efectos de la infidelidad en la familia	19
2.4 Separación a causa de la infidelidad conyugal	20
2.5 Infidelidad Vs. Perdón	21
2.6 Trastornos del estado de ánimo	22
2.6.1 La depresión	23
2.6.2 Factores de vulnerabilidad de la depresión	24
2.7 Antecedentes históricos de la depresión	27

2.8 La depresión en la mujer	29
2.9 La depresión en el hombre	30
2.10 La depresión y el suicidio	30
2.11 Niveles de los estados depresivos	32
2.11.1 Reacción situacional	32
2.11.2 Depresión crónica	33
2.11.3 Depresión grave	33
2.12 Identificación de los signos y síntomas de la depresión	34
2.13 Diagnóstico diferencial	35
2.14 Técnicas psicoterapéuticas	36
2.14.1 Psicoterapia interpersonal	36
2.14.2 Psicoterapia grupal	37
2.14.2.1 Beneficios de la psicoterapia individual y grupal	38
2.14.3 Terapia de pareja	38
2.14.4 El modelo cognitivo de Beck	39
2.14.5 Terapia Gestalt	42
Capítulo 3	
Referente Metodológico	44
3.1 Metodología para la sistematización de Práctica Profesional Dirigida	44
3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida	44
3.3 Población atendida en el centro de práctica	47
3.4 Cronogramas de actividades realizadas	47
3.4.1 Talleres u otras actividades especiales	47
3.5. Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida	48
Capítulo 4	
4.1 Análisis de resultados	49
4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida	49
4.3 Logros obtenidos	58
4.4 Limitantes	58
4.5 Gráficas y análisis de resultados	59

4.5.1 Programa de atención de casos	59
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Referencias	64
Anexos	66
Anexo 1. Programa oficial del curso de Práctica Profesional Dirigida	
Anexo 2. Carta de solicitud de autorización de práctica	
Anexo 3. Ficha de autorización de práctica	
Anexo 4. Constancia de finalización de la Práctica Profesional Dirigida	
Anexo 5. Fotografías de las instalaciones del centro de práctica	
Anexo 6. Fotografías de talleres realizados	
Anexo 7. Carta de entrega de aporte a centro de práctica	
Anexo 8. Documento psicoeducativo de apoyo para el centro de práctica	
Anexo 9. Formatos utilizados para el abordaje de caso	

Resumen

Para poder optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, en la Universidad Panamericana, es necesario, en el 5to. año de estudios, realizar la Práctica Profesional Dirigida. Para lo cual, se llevó a cabo en Oficina Municipal de la Mujer –OMM- del municipio de Villa Nueva.

En el primer capítulo, se encuentra el Marco de Referencia, que consta de toda la información respecto al lugar de práctica, entre ellos: visión, misión, población que atiende, su estructura organizacional se encuentra plasmada en un organigrama. También se encuentra el planteamiento a trabajar durante la práctica, el cual se deriva de las principales causas de consulta observadas en el centro de práctica, en este caso se denomina “Efectos emocionales por la infidelidad de la pareja”.

En el segundo capítulo, se encuentra la teoría investigada respecto al planteamiento mencionado en el párrafo anterior y para otros trastornos los cuales fue necesario documentarse para prestar un mejor servicio en la atención de casos durante la práctica.

El tercer capítulo, está integrado por la metodología que se utilizó para realizar la práctica. En él se encuentran planificaciones, cronogramas, agendas, capacitaciones y programas. Este marco se considera la base fundamental para poder desarrollar de una forma organizada y planificada el resto de actividades de la práctica.

Por último, el capítulo cuatro, contiene la presentación de resultados obtenidos durante la práctica realizada. En él se encuentran los logros obtenidos, las limitaciones encontradas, la descripción de actividades realizadas en el centro de práctica, como en la elaboración de un trifoliar informativo para el centro de práctica, que sirva de herramienta de salud mental para el abordaje de los efectos del estado del ánimo a causa de una infidelidad de pareja.

Introducción

Actualmente la sociedad guatemalteca carece de valores y le da muy poca importancia a la fidelidad de pareja.

Cuando se inicia una relación de pareja se espera un compromiso de lealtad afectiva, moral, sexual y social. Parte de las promesas de amor de una relación es la "exclusividad". Los problemas en las relaciones suelen ser el pretexto para buscar el afecto, las atenciones o la llamada de la pasión en una nueva pareja.

Durante la realización de la Práctica Profesional Dirigida, se estudiaron los efectos emocionales por la infidelidad de pareja. Encontrando que la persona engañada no solo pierde la confianza en su pareja, sino que se siente traicionada, insultada, despreciada y dolida. Entre los sentimientos más comunes que manifiesta un paciente en esta situación son: soledad, vacío, ira, tristeza, depresión, vergüenza, culpa, resentimiento y como resultado una baja autoestima.

Según lecturas realizadas a lo largo de la elaboración de esta investigación, las personas que han experimentado infidelidad por parte de su pareja, son más propensas a padecer depresión. También el sexo femenino, tiene doble riesgo de padecer depresión en comparación con el sexo masculino.

Las diferentes técnicas que ofrecen los modelos psicoterapéuticos, en algunos casos, fueron de gran ayuda durante el tratamiento de los pacientes atendidos que presentan efectos emocionales negativos a causa de la infidelidad de pareja. Un ejemplo es el modelo cognitivo conductual, que en su técnica de cambio de pensamientos negativos o dañinos para el paciente y su sustitución por pensamientos adecuados que estimulan la curación del paciente.

Capítulo 1

Marco de Referencia

Durante el año 2013, se tuvo la oportunidad de realizar la Práctica Profesional Dirigida en Oficina Municipal de la Mujer -OMM- Villa Nueva. A continuación se describe la estructura organizacional e ideológica del centro de práctica, se menciona la misión, visión, y se presenta un organigrama de las autoridades y distribución de puestos de la institución. También se hace referencia al tipo de población que atiende y presta servicios.

1.1 Descripción de las instalaciones

La Oficina Municipal de la Mujer fue creada por el Concejo Municipal de Villa Nueva según decreto Municipal 22-2010 adicionado en el artículo 25 y se encarga de velar por el respeto, integración, participación, promueve la equidad de género y la dignificación de la mujer en aras de trabajar por el desarrollo integral, además de promover la organización social y la participación comunitaria en los diferentes ámbitos sociales.

Sus instalaciones son de construcción formal, de block, en el primer nivel cuenta con sala de espera, recepción, además de un ambiente adecuado para que los niños que visitan las instalaciones puedan jugar de forma amena y divertida mientras transcurre el tiempo de espera. Cuenta con dos servicios sanitarios con todos los servicios para comodidad de los visitantes.

En el segundo nivel se cuenta con cuatro oficinas ambientadas como clínicas para la atención de los pacientes. Además de contar con una sala de reunión amplia, con mobiliario y equipo adecuado para el desarrollo de reuniones.

1.1.1 Visión

Promover la participación y el empoderamiento de las mujeres despertando sus virtudes a través de capacitaciones y talleres que las lleve a ser gestoras de su propio desarrollo, fortaleciendo el liderazgo para la toma de decisiones económicas, sociales y políticas que las beneficie.

1.1.2 Misión

Difundir, capacitar y defender los derechos humanos de las mujeres desde una perspectiva de género, clase y etnia; facilitando los recursos necesarios a través de programas de capacitación que les permita un desarrollo integral.

1.1.3 Objetivos de la Oficina Municipal de la Mujer

General

Responder a la problemática social de las mujeres desarrollando sus potencialidades para su mejoramiento económico, social y productivo con igualdad de género. Diseñando y facilitando espacios de participación que respondan a sus expectativas de liderazgo y desarrollo comunitario.

Específicos

- Fortalecer las capacidades humanas de organización y liderazgo de las mujeres, a través de capacitación y espacios de participación.
- Promover las capacidades productivas de las mujeres contribuyendo a mejorar su calidad de vida.
- Apoyar a las mujeres en situaciones de riesgo mediante la prevención de la violencia en coordinación con entes especializados para la atención de ésta.

- Contribuir a la igualdad de oportunidades a través de información y sensibilización de estos temas en la ciudadanía.
- Desarrolla y potencializar habilidades técnicas de las mujeres al promover cursos de capacitación en diferentes áreas productivas que les permitan acceder al campo laboral y al micro-emprendimiento.
- Impulsar a través de programas la igualdad de género la oportunidad de desarrollo y desenvolvimiento de la mujer en la sociedad.
- Facilitar un proceso de formación vivencial en temas como: liderazgo y organización, socialización, violencia, sexualidad, identidad, comunicación y género; herramientas de planificación participativa, negociación y resolución de conflictos.

1.2 Ubicación de la institución

Las instalaciones de Oficina Municipal de la Mujer, se encuentran ubicadas en 6ª. Calle 17-45, Zona 4 Nueva Ruta a Mayan Golf, local NO. 12, Comercial Mercado Nuevo, Villa Nueva. Su ubicación permite el fácil acceso para los pobladores del lugar. El P.B.X. es 66632222 extensión 607.

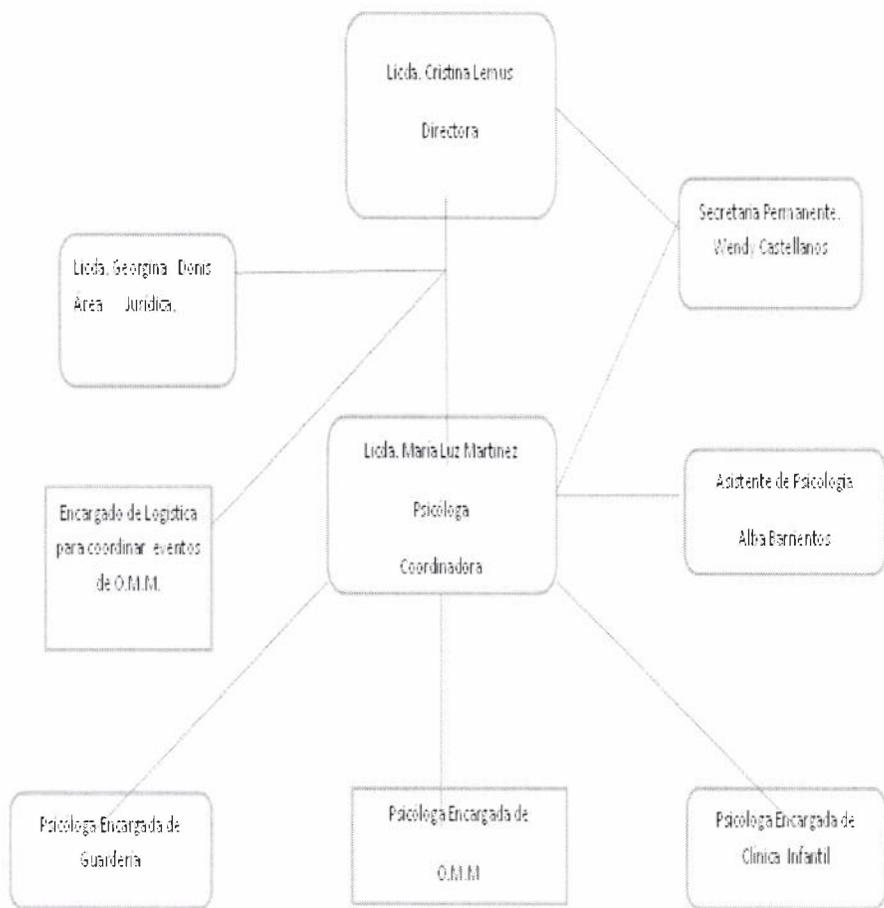
1.3 Programas Establecidos

La Oficina Municipal de la Mujer brinda servicios y programas tales como:

- Terapia Psicológica.
- Talleres de inteligencia emocional y valores.
- Talleres de prevención de maltrato y bullying en escuelas, para alumnos y maestros.
- Escuela de padres.
- Asesoría legal y jurídica.

- Apoyo espiritual por el grupo “Llama de Fuego”.
- Centro Municipal de Capacitación y Formación (CEMUCAF), el cual capacita de forma gratuita a hombres y mujeres en diferentes talleres y cursos de artes y oficios.

1.4 Organigrama



Fuente: Oficina Municipal de la Mujer –OMM- Villa Nueva.

1.5 Planteamiento del problema

Jorge H. López (2013) en el artículo “La cultura de la infidelidad”, publicado en el Periódico; expresa no solamente que existe infidelidad en una pareja, esa falta de confianza, se da en toda relación humana por falta de madurez entre personas que se deslumbran fácilmente por la vanidad, la ambición, la aventura. Guatemala fuera mejor si los patrones de comportamiento fueran otros, y nuestras relaciones estuvieran construidas sobre roca firme.

La infidelidad de pareja es un factor negativo que devasta a la sociedad en general. La infidelidad de pareja tiene una gama de razones desde las lógicas hasta las que se dan por falta de valores, como la responsabilidad, la comunicación, la lealtad, entre otras. Para muchos estudiosos de la conducta humana, la infidelidad es un aspecto cultural. Muchas personas son víctimas de los estados depresivos, después de una infidelidad de su pareja o compañero de vida, experimentando heridas difíciles de superar, surgen sentimientos de odio, venganza, resentimiento, adicciones y en ocasiones suicidios; por lo tanto se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar como consecuencia de la infidelidad conyugal?

1.6 Objetivos

General

Describir los estados depresivos que se pueden generar como consecuencia de la infidelidad conyugal.

Específicos

- Identificar las causas más relevantes de la infidelidad conyugal.
- Referir los efectos de la infidelidad conyugal en la familia.

- Enumerar los estados depresivos que sufren una persona víctima de la infidelidad conyugal.
- Enlistar los principales abordajes psicoterapéuticos para apoyar a las personas que han vivido infidelidad de pareja.
- Estructurar un documento psicoeducativo como apoyo a la institución en donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida.

Capítulo 2

Referente Teórico

El presente marco muestra un estudio de los problemas principales encontrados en los pacientes atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida. Se pudo encontrar que la depresión es una enfermedad que padecen muchas de las personas habitantes de la región, principalmente las personas víctimas de infidelidad por parte de su pareja.

La depresión, es un tema cada vez de mayor interés tanto para los investigadores como para los psicólogos, dedicados al tratamiento y solución de problemas habituales en las diferentes etapas de la vida. La depresión es un trastorno con altísima incidencia y prevalencia en la población mundial.

Guatemala no es ajena a esta problemática. Según Molina (2009), en el artículo Guatemala un país para deprimirse, publicado en El Periódico. Manifiesta que el país está plagado de “estresores”, o estímulos que pueden provocar una depresión, como por ejemplo: crisis económica, infidelidad, maltrato conyugal, divorcios, violencia en cada esquina, pobreza, desnutrición y crisis política. Además sólo el uno por ciento del presupuesto en salud va para atender enfermedades mentales y hay dos especialistas en salud mental por cada 100 mil habitantes, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Walter Riso (2010) en su libro Jugando con Fuego, afirma que la infidelidad es la principal causa de divorcio y maltrato conyugal. Es motivo de depresión, estrés, ansiedad, pérdida de autoestima y una gran cantidad de alteraciones psicológicas, es el lado más traumático del amor descarrilado.

La infidelidad es siempre una situación que deja secuelas por mucho tiempo entre estas secuelas esta la depresión. Sin embargo, la depresión es una de las enfermedades que mejor tratamiento tiene con resultados exitosos.

2.1 Infidelidad

Infidelidad proviene del latín *infidelitas* que denota el incumplimiento del compromiso de fidelidad o la falta de ésta. La infidelidad se refiere a las relaciones a corto o largo plazo, establecidas con personas distintas a un vínculo oficial, relación que a menudo se mantiene en secreto por considerarse como amenaza a la institución familiar.

La conducta infiel es un concepto universal pero su conceptualización intervienen diferentes variables, todos las percibimos y definimos de manera particular. La mayoría de las definiciones incluyen la infidelidad sexual y emocional, sin embargo, se ha señalado que la infidelidad aparece debido a la incapacidad de poder expresar a la pareja lo que se quiere, siente y desea o en el peor de los casos, es motivada por la soledad.

La infidelidad se da cuando un miembro de la pareja continua creyendo que el acuerdo de ser fieles está en vigor, mientras el otro está violando este acuerdo en secreto. Durante este proceso se expresan muchas emociones como enojo, sorpresa, vergüenza, culpa, depresión y en algunos casos se puede llegar al suicidio. La persona que vive una infidelidad en un momento quiere terminar la relación y al otro esta desesperadamente tratando de salvar la relación. El aspecto más importante a resaltar cuando se habla de infidelidad, es que este es un síntoma de una relación vacilante.

2.1.1 Tipos de infidelidad

Cabrera (2005) refiere que existen diferentes tipos de infidelidad y que cada una de ellas se lleva a cabo por factores relacionados a la tipología.

- Infidelidad por evitación. Se refiere a la dificultad que algunas personas tienen para aceptar que la intimidad implica auto exposición y un cierto grado de dependencia emocional.

- Infidelidad de adicción sexual es más común en los hombres que en las mujeres y esta aventura puede ocurrir en cualquier momento de la relación. Cuando se revela la infidelidad, se defiende del miedo, la humillación y el dolor, a través de acusaciones.
- Infidelidades accidentales. No es que ocurran de manera involuntaria, pero son las que ocurren inesperadamente o no planeadas y posee un cierto grado de inconsciencia, ya que no se tienen muy claras las consecuencias del acto.
- Infidelidad como castigo. Se utiliza como arma de venganza de la otra persona, aunque no siempre implica un castigo por infidelidad, sino por diferentes aspectos que pudieran estar presentes desde el inicio de la relación.

Por otro lado se ha considerado que un aspecto importante a considerar es el género. Dadas las condiciones culturales. Un hombre puede hacer una disociación entre amor y genitalidad. Por el contrario, la mujer primero es infeliz y luego es infiel. Esto ocurre por condiciones culturales ya que físicamente nada les impide actuar en forma similar a los hombres. Por último cabe mencionar que la infidelidad puede presentarse mayormente, en las siguientes etapas del ciclo de la vida:

- Tempranamente, cuando los miembros de la pareja están luchando por establecer los límites de su compromiso e intimidad.
- Durante la maternidad, cuando nace el primer o segundo hijo.
- Cuando los hijos dejan el hogar.
- Cuando resulta claro que la pareja no responde a la imagen ideal que se tiene.

Hasta aquí se presentaron algunas de las explicaciones sobre las principales motivaciones que una persona puede tener para involucrarse en una aventura paralela a su relación de pareja.

2.1.2 Infidelidad Conyugal

La infidelidad dentro del marco del matrimonio se denomina adulterio, esta palabra designa la infidelidad conyugal. Cuando un hombre y una mujer, de los cuales al menos uno está casado, establecen una relación sexual, aunque ocasional, cometen un adulterio.

En el ámbito religioso, el matrimonio es sagrado y ha establecido normas estrictas en referencia al matrimonio y la moralidad sexual.

La pastora Sonia Luna, en el artículo ¿Hay algo que justifique la infidelidad en el matrimonio? Expresa que pueden existir circunstancias que provoquen o conduzcan una infidelidad en el matrimonio y seguramente una gran parte de los casos no sean un acto premeditado de las personas que se ven involucradas en una situación de éstas, pero una infidelidad lo único que trae son problemas para la pareja y para los hijos. Aparte de las infidelidades causadas por trastornos emocionales o adicciones sexuales, en su gran mayoría ocurren cuando el cónyuge que comete la infidelidad, se justifica sobre el argumento de la falta de atención, valoración, interés, mala comunicación con su pareja e incluso la infidelidad del cónyuge. Si a esto le sumamos el entorno que nos rodea lleno de tentaciones, mensajes subliminales y directos de los medios publicitarios y del cine, nos encontramos con las seducciones sexuales a la orden del día.

Beck (1988) expresa que la relación de pareja suele pasar por dos fases generales: “Enamoramiento” que se trata de una relación íntima si tener problemas prácticos, donde se activan una serie de creencias y expectativas románticas (idealización de la relación) y la “Cotidianidad” donde se producen una frustración de expectativas y creencias románticas (desilusión), donde aparecen una serie de problemas prácticos como: los hijos, finanzas, toma de decisiones, entre otros y se activa el “pacto matrimonial”. La conducta de cada miembro de la pareja puede provocar un círculo vicioso que afecta la comunicación, la expresión afectiva y la resolución de problemas, por consecuencia se desencadenan emociones inapropiadas como la infidelidad.

2.2 Causas más relevantes de la infidelidad conyugal

En ocasiones en el matrimonio surgen de repente algunas situaciones, que pueden estar relacionadas directa e indirectamente con la infidelidad. Muchas veces está asociada a la personalidad intrínseca de alguno de los miembros pero también está condicionada como consecuencias de algunos factores desfavorables que se dan en el hogar. Entre las causas más relevantes de la infidelidad matrimonial podemos mencionar:

- Falta de atención por parte de la pareja. Uno de los factores más dañino en las relaciones de pareja, es precisamente la falta atención, cuando las personas no se sienten atendidos por la persona a quien aman muchas veces, se sienten inseguros de su amor hacia su pareja, y es cuando buscan que alguien los atienda de una manera especial fuera de la relación. Muchas veces las personas se sienten desatendidos por motivos reales como:

- La pareja nunca tiene una palabra de apoyo y de ánimo, sino al contrario, siempre tiene una palabra de desaprobación a todo.
- La pareja nunca dedica tiempo para estar a solas, para salir o para disfrutar juntos como pareja.
- La pareja tiene un trato especial con sus familiares y amigos, pero siempre coloca en último plano a su cónyuge.
- Existe poca comunicación, y muchas veces la pareja es descubierta en asuntos que mantenía ocultos.
- Existe machismo en el hombre y no permite que su mujer se sienta cerca de él, y siempre mantiene una actitud distante.
- Por parte de la mujer, hay un excesivo rechazo hacia el control del hombre, y siempre pone una pared para evitar sentirse controlada por el hombre y para lograrlo siempre se aleja.

- Uno de los dos conyugues o ambos, no ha sanado heridas del pasado, bien sea por traumas infantiles, o por situaciones, que haya experimentado con una pareja anterior, y siempre mantiene una actitud defensiva, ofensiva, y abusiva hacia su nueva pareja.
- Ambos tienen temor de que alguno de que el cónyuge sea posesivo, y por ello, mantienen una relación no tan cercana, como evitando que el otro se sienta con derecho de controlarle.
- Uno de los dos, o ambos, por causa de los estudios o del trabajo, pasan mucho más tiempo con otras personas de sexo opuesto que con su pareja.
- Terceros, bien sea amigos, ex-parejas, hijos de uno de los dos, suegros, cuñados, o cualquier otro allegado, hace que siempre uno de los dos cónyuges tenga resentimiento hacia su pareja, por causa de lo que otros dicen.
- Ambos conyugues son excesivamente reservados, tímidos, y acomplejados, y no saben cómo abrirse con su pareja.
- A alguno de los dos o a ambos, no son totalmente transparente con su pareja por temor al rechazo, entre otros.

Muchos de estos factores no solamente dañan las relaciones dentro del matrimonio, sino que también las distorsionan, y le permiten al conyugue sentirse que está bajo un yugo, una opresión, un martirio, del cual desea escapar o conseguir a un héroe que le rescate de ese abismo, y es cuando aparece alguien que llena ciertas necesidades, y para él se termina convirtiendo como en un anhelado príncipe o la mujer ideal.

- Falta de respeto en la pareja. El respeto es una de las bases fundamentales en la pareja, cuando el hombre no respeta a la mujer o viceversa, el matrimonio, poco a poco va sufriendo un resquebrajamiento en sus relaciones, y la persona agredida, va perdiendo su autoestima, el deseo hacia su pareja, y va perdiéndose la esencia del matrimonio, que es el amor.

El irrespeto en la pareja puede presentarse de diferentes maneras:

- Uno de los cónyuges o ambos siempre quieren tener la razón.
- Uno de los cónyuges o ambos nunca le termina de demostrar confianza al otro.
- Uno de los conyugues o ambos siempre tiene conductas y palabras agresivas hacia la pareja.
- Uno de los cónyuges o ambos siempre se siente superior al otro.
- Uno de los cónyuges o ambos siempre quiere agregarle culpabilidad a la pareja.
- Uno de los cónyuges o ambos nunca le permite ser libre al otro.
- Uno de los cónyuges o ambos siempre quiere aprovecharse del otro para su propio beneficio
- Uno de los cónyuges o ambos siempre mantiene actitudes egocéntricas y jamás se ocupa de su pareja.
- Uno de los cónyuges o ambos siempre anteponen a alguien dándole mayor importancia que a su pareja.
- Uno de los cónyuges o ambos nunca se disculpan por sus errores, al contrario siempre se defienden.

Todas y cada una de estas situaciones, desencadenan una falta del respeto hacia la pareja, algunos de estos factores, implican un grado mayor de gravedad que otros, pero en fin todos estos factores, contribuyen a que la pareja, busque en otras personas el respeto, que no percibe de parte de su conyugue.

- Falta de compromiso. El compromiso en el matrimonio es la base más importante y necesaria en la relación de pareja. El Matrimonio es como una empresa, en la cual no se aceptan socios minoritarios, ambos tienen que dar aportes significativos para proporcionarle estabilidad a esta empresa familiar.

El tener compromiso equivale a:

- Invertir tiempo, dinero y dedicación a la pareja.
- Invertir tiempo, dinero y dedicación al nido familiar, que es el lugar donde viven.
- Invertir tiempo, dinero y dedicación a los hijos habidos entre ambos.
- Invertir tiempo, dinero y dedicación en las adquisiciones como familia.
- Invertir tiempo, dinero y dedicación al crecimiento personal del cónyuge.
- Invertir tiempo, dinero y dedicación a la salud física, emocional y espiritual del cónyuge.

Todos estos tipos de inversiones, son sumamente importantes para cada uno de los dos, y cuando solamente uno de los conyugues siente, que es el único que se esfuerza, el único que contribuye, el único que se compromete, esto trae una gran carga de desilusión, apatía, tristeza y decepción, que pueden repercutir en una rebeldía por parte del cónyuge, y prefiera desviar esa atención, cuidado, protección, e inversión de dinero, tiempo, y esfuerzo hacia otra persona que se muestre interesado en su compañía.

Es importante, que ambos conyugues mantenga siempre un alto nivel de compromiso mutuamente, nunca es saludable de que alguno de los dos asuma cada uno de los desafíos y el otro, se sienta simplemente apático, desinteresado y egoístamente responsabilizado de la situación.

Esta falta de compromiso en la pareja, se convierte en un arma letal, que acaba con la confianza, el respeto, el cariño, y la aceptación que se puede sentir hacia la pareja, y por ello es un factor determinante, que puede desencadenar en una infidelidad en la pareja.

- Falta de aceptación. La Falta de Aceptación en el Matrimonio, es un factor determinante que daña la relación por completo. La Aceptación, se sustenta de dos valores humanos que son vitales en las relaciones, como lo son "La Tolerancia" y "La Comprensión".

La Comprensión, nos permite respetar a la persona, aunque no entendamos perfectamente su personalidad y pero aceptar que todos somos diferentes y vemos las cosas desde diferente

enfoques, y La Tolerancia nos permite aceptar los errores del otro, sin afectar las relaciones, y tratando de que sus errores no nos afecten la relación de pareja.

La Aceptación en el matrimonio, viene a jugar un papel fundamental en las relaciones de pareja, ya que permite sentirse libre, en la manera de pensar, hablar, conducirse, y sentirse. La pareja no se siente agredido cuando le tratan con amor, pero le exigen cierto grado de adaptación al otro.

En el matrimonio, es necesario hacer ajustes en cuanto a la manera de actuar y de comportarse frente o a espalda de la pareja, ajustes en cuanto a los círculos de amistad, ajustes en cuanto a hábitos que son producto del aprendizaje en el hogar materno, y que es totalmente contrario, a el aprendizaje que recibió el conyugue. Todos estos ajustes son obligatoriamente necesarios para que la pareja se compenetre mejor, pero cuando estos cambios se exigen bruscamente, o se dan en un margen de No-aceptación.

En ocasiones al sentirse incomprendido y rechazado como seres humanos, se busca aislarse y buscar hacia otras direcciones, donde se sienta aceptación sin solicitar cambio alguno, y es en esta situación donde la pareja se hace presa inconsciente de la infidelidad.

Falta de honestidad. Las personas no muestran honestidad en cuanto a las relaciones de pareja, por evitar posibles complicaciones, y entonces deciden callarse lo que sienten, lo que piensan, lo que esperan, lo que desean, lo que les disgusta o lo que les atrae, prefieren evitar complicaciones con la pareja y caen en algún tipo de deshonestidad.

Algunos ejemplos de deshonestidad pueden ser:

- Cuando la pareja realiza alguna actividad que no fue desagrado, y se finge que la misma no molestó.
- Cuando la pareja cae en los mismos errores constantemente, y no se le hace advertir.
- Cuando se siente insatisfacción por algo.
- Cuando se tiene la sensación de desatención.
- Cuando se espera algo en específico de la pareja y no se le informa.
- No atreverse a decirle al conyugue lo que nos disgusta de él, pero si se lo hacemos saber a terceras personas.

- Cuando se finge que se ama profundamente a la pareja, mientras se está sintiendo desamor por algo que ha hecho, y no se le revela, sino que se oculta, para evitar problemas.
- Cuando secretamente se está sintiendo un constante rechazo hacia la conducta, manera de ser, o de pensar de la pareja, y no se hace nada por corregirlo, sino que secretamente, se va comparando con otras personas.

Estas y muchas otras formas de la falta de honestidad en la relación, sin duda alguna, van dañando poco a poco, al matrimonio, y hace que gradualmente, ambos se vayan distanciando del otro, y terminen buscando otras personas, que le hagan sentirse mejor.

Las causas expuestas con anterioridad no justifican la infidelidad, sino que por el contrario, esta lista es una alerta para que los conyugues comiencen a autoanalizarse, y comiencen a cambiar la actitud que está agobiando su relación.

2.3 Efectos de la infidelidad conyugal

La infidelidad es uno de los motivos principales por los que las parejas se divorcian o separan. Los amos extra maritales pueden amenazar las bases sobre las que se construye el matrimonio. Traicionar al cónyuge puede provocar un daño severo a la relación, conducir al divorcio o la separación.

Entre los efectos que la infidelidad puede provocar encontramos:

Falta de confianza. Descubrir que el cónyuge ha sido infiel genera una cantidad devastadora de desconfianza. Al traicionar, él ha arruinado el elemento más indispensable para la confianza en la relación. La infidelidad destruye los sentimientos de fe que son sagrados en tu matrimonio. Según la Asociación Norteamericana para la Terapia Familiar y Matrimonial, los cónyuges que tienen una confianza ciega en sus parejas son los que sufren el trauma emocional más grande porque son los que menos sospechan. La infidelidad no sólo puede hacer que se desconfíe de la pareja, si no de uno de uno mismo.

Dolor. El sufrimiento por la pérdida de la confianza en la relación se puede manifestar en la víctima en varias emociones a la vez. Michele Weiner-Davis, terapeuta y director de The Divorce Busting Center dice “las emociones devastadoras que algunas de las víctimas experimentan pueden ser similares a los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT)”. Esto se refiere que los sentimientos de insignificancia, ansiedad y depresión pueden mezclarse con frustración, enojo y un comportamiento de desprecio hacia uno mismo. Además que el insomnio y la incapacidad para comer, funcionar o concentrarse son síntomas perdurables que pueden persistir durante mucho tiempo incluso luego de que la infidelidad haya terminado. Es probable que la víctima del amorío se aleje de los que están a su alrededor para evitar el dolor de confrontar la realidad de las circunstancias.

Obsesión. Recuperar la unión del matrimonio luego de un amorío puede ser extremadamente desafiante cuando la víctima recuerda constantemente la traición y demanda conocer cada detalle íntimo de las circunstancias de la infidelidad. Según la Asociación Norteamericana para la Terapia Familiar y Matrimonial, entre las respuestas comunes del miembro fiel de la pareja se pueden observar: la reflexión obsesiva sobre los detalles del amorío; la búsqueda continua de más señales de traición; y la hiperactivación fisiológica, los recuerdos recurrentes y las imágenes intrusivas. La víctima puede desarrollar una fijación por descubrir el motivo de la infidelidad y quizás intente modificar su apariencia física según lo que ella cree que su cónyuge espera de una pareja. Además, el cónyuge inocente podría obsesionarse con saber el paradero de su pareja infiel durante el día e interrogarlo cada vez que llega tarde, investigar sus llamadas telefónicas y lo que hace en la computadora.

Represalias. Una infidelidad de pareja puede hacer que el cónyuge fiel intente buscar o recobrar el control en su matrimonio. Quizás intentando tomar represalias contra el infiel para que él pueda experimentar el sufrimiento que le ha causado.

Aunque es posible que los matrimonios sobrevivan a la infidelidad y algunas veces el proceso de sanación posterior puede incluso fortalecer la relación, si ambos acuerdan trabajar juntos en el proceso de superar el dolor y el engaño.

2.3.1 Efectos de la infidelidad en la familia

La disolución de la pareja marca importantes huellas en el desenvolvimiento total de la familia. Los hijos y otros familiares, así como los amigos comunes sufren por la pérdida del vínculo marital. En los hijos los efectos son dolorosos y las manifestaciones dependen de la edad o momento evolutivo, así como del apego hacia cada progenitor.

De acuerdo con el Dr. Archivald Hart, autor de *Helping Children Survive Divorce (Ayudando a los Niños a Superar un Divorcio)*, los efectos específicos de un divorcio varían de acuerdo a la edad. Niños en edad escolar primaria (entre 5 y 8 años) sufren un retroceso en su comportamiento, actuando como niños más pequeños. Estos pueden llegar a sentirse responsables por la separación o tener miedos infundados a ser abandonados. En el caso de los adolescentes no poseen las herramientas necesarias para lidiar con un divorcio o separación en la familia, por encontrarse en una edad crítica.

Los más pequeños pueden enfrentar confusión en el seguimiento de las normas y el reconocimiento de la autoridad, son particularmente sensibles a las tensiones en el clima afectivo de los padres (se enferman, se vuelven desanimados o inquietos). En la niñez media, los hijos pueden presentar comportamientos regresivos (hacen cosas propias de edades más tempranas, como mojar la cama, berrinches, desobediencia, manipulaciones emocionales). Una edad crítica se sitúa entre los 9 y los 11 años (pre-pubertad), porque es un momento clave para identificación sexual y personal.

En la adolescencia, pueden volverse rebeldes o apáticos con el entorno, desafiantes, críticos y rencorosos. En la mayoría de los casos, cuando los hijos están dentro del sistema escolar, se observan reducciones importantes en la motivación para los estudios y en el rendimiento académico.

Los casos de niños, niñas y adolescentes son los más delicados porque, al ser menores de edad, deben permanecer bajo la tutela de uno de los padres. No es suficiente con que el niño o el adolescente tenga el derecho de decidir con quién quiere vivir; deben reunirse otras condiciones, por ejemplo, el compromiso que tenga el progenitor en hacerse cargo de la tutela, la capacidad

económica (por ejemplo, su capacidad para generar ingresos y mantener un empleo), la madurez intelectual y emocional para hacerse cargo, la responsabilidad, entre otras. Por tanto, la tutela se asignaría al progenitor más idóneo, es decir, el que reúna las mejores condiciones.

La pelea legal por la tutela de los hijos también genera desconcierto, rencor y miedo por la pérdida de alguno de los progenitores, lo cual, en muchos casos se hace prácticamente efectivo (muchas veces, la madre se queda con los hijos, el padre se va y no aparece más). Los sentimientos de los hijos suelen ser ambivalentes: enfrentan amor y rencor al mismo tiempo, pueden sentirse culpables por el problema de los padres (lo cual empobrece la estima y la confianza en sí mismos; a veces creen que no merecen el amor de sus padres ni de las demás personas).

Además de los desafíos que conlleva un matrimonio, los padres envueltos en un divorcio son aún responsables por asistir a sus hijos en todo el proceso a corto y largo plazo. Los padres deben ofrecer una explicación clara y apropiada de acuerdo con la edad de sus hijos o hijas que contemple lo que sucede y las causas que resultaron en el divorcio. En la medida de lo posible prevéngalos de los que vendrá más adelante y se les asegure que se les informarán de cualquier otro acontecimiento importante al respecto.

En relación a otros familiares, como los padres, abuelos, suegros, cuñados y demás, se ven obligados a decidir entre mantener o disolver lazos y alianzas que habían desarrollado con el miembro de la pareja que se va y con la familia de éste. Se puede decir, entonces, que la disolución de la pareja es también un divorcio entre familias.

2.4 Separación a causa de la infidelidad conyugal

Todas las parejas, en una época de problemas y discusiones, o que experimentan la infidelidad conyugal, atraviesan una etapa relativamente prolongada en la que no acaban de decidir si romperán o no su relación.

Aunque en la mayoría de parejas existe un pacto explícito de fidelidad, pierden su sentido al llegar a la infidelidad, y a la larga toman la decisión de separarse físicamente y empiezan a organizarse como familia dividida.

En ocasiones las parejas se empatan en decidirse y no decidirse, o acuerdan no tomar la decisión con la esperanza de que el tiempo, por sí sólo habrá de modificar sus circunstancias. Los obstáculos suponen mucho más que la angustia de separación hay consecuencias previstas y los intentos por controlarlos y las preocupaciones en torno a las finanzas, las visitas a los hijos. Representan inquietudes reales, que exigen tomar decisiones responsables. Algunas parejas pueden tomar la decisión de asesoramiento en divorcio aunque en el fondo, no desean separarse.

Habrà parejas en las que el deseo y la decisión de separación no sean mutuos. El hecho de que un cónyuge quiera salvar la relación y el otro desee la separación, es con frecuencia, la primera señal de falseamiento de la relación marital que caracteriza a muchas parejas estancadas en una situación insuperable.

2.5 Infidelidad Vs. Perdón

Al pasar la etapa de enamoramiento la pareja entra en un estado de relajación y es ahí cuando salen a luz las fortalezas pero también las debilidades que cada uno va manifestando con el tiempo. Si predominan los aspectos negativos, la relación puede comenzar a decaer. Todas las parejas pasan por momentos de desequilibrio o crisis a lo largo de su vida, sin embargo, es muy importante que los involucrados sepan que lo que se esperan de la relación.

Es válido analizar este tema desde otro punto de vista que no sea el condenatorio, más bien desde una perspectiva que incluya el perdón y el reconocimiento de culpas, con todo el gran sufrimiento que ello implique y el arrepentimiento verdadero que incluye un acto de dicotomía trascendental en una pareja.

Por una parte la víctima de una infidelidad debe perdonar a quien provocó una gran herida (donde contradictoriamente el verdugo es el ser más amado); por otro lado el infiel debe indultarse a sí

mismo por el gran error que significó herir a quien se ama. Esta conducta social provoca un quiebre en la relación conyugal, rompe la armonía, aunque en algunos casos la destrucción de los lazos familiares ya estaban rotos antes de ocurrido el adulterio.

Alfaro (2010) Las emociones inmediatas a consecuencia de una infidelidad la traición son dolor, enojo, resentimiento, cólera, duda y vergüenza. Luego, según sea el caso, a medida que pasa el tiempo se manifiestan otras reacciones como angustia por la incertidumbre de qué va a suceder con la relación y problemas en la comunicación por la pérdida de confianza. El resentimiento, la desconfianza, los celos, las recriminaciones y los reclamos constantes son consecuencia de la situación y se presenta día a día.

El verdadero desafío ante una traición y todas sus implicaciones es actuar emocionalmente inteligente. Se debe meditar en las opciones que se poseen como continuar compartiendo con la pareja y trabajar en las áreas del problema, interrumpir o finalizar la relación, o tomarse cierto tiempo para decidir. Los especialistas sugieren que se debe dar la oportunidad de reconocer los sentimientos que se están experimentando para luego hacer todo lo que esté al alcance para sanar. Es oportuno tomar una decisión cuando ya se tenga dominio de la situación.

Perdonar implica un profundo proceso de reencuentro con el amor que aún pueda existir, apostando por un volver a empezar cuando las circunstancias así lo permitan. El perdón es un acto voluntario y el olvido es un acto involuntario, perdón puede otorgarse de inmediato, el olvido se producirá por sí solo con el tiempo y no se puede forzar ni controlar, si se intenta olvidar en forma voluntaria solo se tendrá como resultado que se recuerde más.

2.6 Trastornos del estado de ánimo

Las personas experimentan una gama de estados de ánimo y expresiones afectivas, de las cuales sienten que tienen cierto control. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general que refleja un desequilibrio en la reacción emocional que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental.

El DSM-IV-TR divide los trastornos del estado de ánimo en tres tipos generales. Entre los cuales está el Trastorno depresivo mayor que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. El sujeto que sufre de este trastorno ve afectada su capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

El segundo tipo de trastorno es el distímico, aunque la característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente deprimido y los sujetos que padecen esta enfermedad se describen a sí mismos como tristes o desanimados, la misma no cumple con los criterios para ser una depresión mayor. Su evolución suele ser de más de dos años. Este trastorno se puede denominar de inicio temprano cuando los síntomas inician antes de los 21 años y de inicio tardío cuando se producen a los 21 o con posterioridad.

Y por último el trastorno bipolar cuya característica esencial es que el que sufre esta enfermedad experimenta cambios de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). A este trastorno también se le conoce como enfermedad maniaco-depresiva. Cabe resaltar que el trastorno bipolar no es lo mismo que los altibajos que experimentan todas las personas. Los síntomas bipolares pueden dañar las relaciones entre personas e interferir con la capacidad para trabajar y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Las personas que sufren de este trastorno intentan hacerse daño o suicidarse. Con ayuda pueden mejorar y llevar vidas exitosas.

2.6.1 La depresión

Casi todos hemos sentido alguna vez, una inmensa tristeza por algún acontecimiento en nuestras vidas. Esto es normal. Pero si esta tristeza continúa por más de dos semanas o incluso meses, impidiendo que volvamos a adoptar una visión sana de la realidad, es posible que se hallen ante una depresión y se debe buscar ayuda.

El trastorno depresivo no es una condición de la cual no se puede liberar a voluntad, las personas deprimidas muestran niveles altos de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina, además de niveles altos de cortisol (una

hormona) que afecta el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come, duerme y se valora a sí mismo.

2.6.2 Factores de vulnerabilidad de la depresión

(Sarason 2001) La probabilidad que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia.

Los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen:

- a. La herencia. La importancia de la herencia en los trastornos del estado de ánimo se demuestra por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica (el porcentaje de genes compartidos entre dos personas) y la probabilidad de que si una de ellas tiene un trastorno del estado de ánimo, el familiar biológico también sea diagnosticado con ese trastorno. La probabilidad de desarrollar el trastorno son aún menores si la persona no tiene familiares cercanos que hayan recibido este diagnóstico.

Aunque se ha demostrado en forma sólida que la depresión mayor es un problema de familia, se desconoce sobre la forma en que la herencia afecta las características clínicas del trastorno, como la cantidad y tipo de síntomas y la duración del estado de ánimo severamente depresivo.

- b. Género. El comportamiento de los hombres y las mujeres es diferente tanto en sus objetivos vitales como en su forma de afrontar los retos que éstos suponen. Respecto a la depresión, se sabe que es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

(Butler y Nolen-Hoekseman, 1994) Refieren que los hombres tienden a tener un enfoque orientado a la acción que puede distraerlos de sus síntomas, pero las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre sus problemas con otros y meditar.

- c. Edad. La edad es otro factor de riesgo de depresión. El riesgo de sufrir un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en mujeres que tienen entre 20 y 29 años. En el caso de los hombres, el periodo de riesgo similar es entre los 40 y 49 años (Rorsman y cols., 1990).

También debe considerarse que una persona de edad avanzada corre riesgo de depresión, al sentir una pérdida de control sobre su vida y una carencia de bienestar emocional debido al proceso de envejecimiento.

- d. Nivel socioeconómico. En numerosos estudios se ha objetivado que tanto la pobreza como un nivel socioeconómico bajo van acompañados de mayor prevalencia de depresión. Entre las distintas hipótesis que tratan de explicar estos hallazgos destacan las de algunos autores que defienden el papel “casual” que ocasionaría el tener un bajo estatus socioeconómico para desarrollar un trastorno afectivo, mientras que otros autores mantienen que sería una determinada predisposición genética la que estaría determinando el que los sujetos fracasaran en la posibilidad de alcanzar posiciones sociales más altas.
- e. Acontecimientos traumáticos en la infancia. La pérdida parental durante la infancia ha sido considerada desde hace muchos años como un factor predisponente para padecer un trastorno depresivo en la edad adulta, llegando a afirmar algunos autores que podría incluso duplicar o triplicar el riesgo de depresión, así como aumentar la gravedad de los episodios padecidos. Sin embargo, los últimos estudios realizados no avalan esta hipótesis, considerando la pérdida parental más como un factor general e inespecífico.

Otros factores de adversidad infantil podrían aumentar el riesgo de padecer depresión en la edad adulta sería la baja estima, la historia de abusos sexuales y físicos en la infancia, o una pobre percepción del rol en la familia.

Parker, en 1983, desarrolló un método de evaluación, el PBI (Parental Bonding Instrumental o Escala de Vinculación Parental), que medía el grado de sobreprotección y autoritarismo parentales así como bajo cariño paterno, e intentó relacionarlo con el tipo de personalidad que el sujeto presentaba en la adultez, observando que aquellos pacientes

neuróticos con alta sensibilidad interpersonal y juicio negativo sobre las relaciones relataban marcado autoritarismo y sobreprotección maternas durante la infancia.

- f. Relación de pareja. Dentro del entorno social, determinadas situaciones de pareja tienen gran correlación con la existencia de depresión concomitante. A su vez, se ha demostrado que en las parejas en las que uno de los miembros está deprimido aumentan considerablemente las fricciones, el estrés y disminuye la capacidad resolutoria de problemas e incluso exacerba las dificultades experimentadas en las relaciones extraconyugales, lo cual hace al individuo más vulnerable frente a los trastornos depresivos.
- g. La ausencia de una pareja, soporte social o de relaciones familiares cálidas y cercanas aumenta la vulnerabilidad de un individuo a sufrir depresión tras un acontecimiento estresante. Aquellas mujeres que sufrieron un acontecimiento vital estresante pero que contaban con un buen soporte sociofamiliar tenían un 10% de incidencia de episodios depresivos frente a las que tenían un soporte social bajo, que alcanzaron un 32%. La confianza de que una persona puede ser atendida por otros proporcionándole ayuda o apoyo emocional cuando es necesario, es una protección importante contra la depresión.
- h. Eventos de vida. Los factores ambientales así como los eventos de vida, en especial una acumulación de sucesos estresantes en un corto periodo, pueden jugar un papel importante en el surgimiento de un episodio de depresión, en especial en el caso de personas vulnerables.

Aunque ciertos eventos independientes sobre los que la persona probablemente no tienen control, con frecuencia dan como resultado la depresión, es más probable que ocurra un episodio depresivo después de uno o más eventos que dependen de las personas. La elección de relaciones de las personas y la forma en que interactúan con otras cercanas a ellas parecen más apropiadas para crear eventos estresantes que producen depresión que los eventos basados en fuerzas externas.

- i. Personalidad. Desde hace años se discute si determinados rasgos de personalidad frecuentemente hallados en sujetos deprimidos pueden ser considerados consecuencia de dichos trastornos depresivos o si, por el contrario, deben ser considerados más acertadamente como un factor de riesgo genético-ambiental que predispone a ello.

Existe evidencia de que son los rasgos neuróticos los que más se relacionan con depresión, determinando en parte su curso y evolución, ya que se ha observado que son aquellos individuos más neuróticos y con mayores niveles de rigidez y obsesividad los que presentan tasas de cronicidad más altas. Es interesante destacar que estas características se han encontrado más frecuentemente en la mujer que en el hombre.

Goodwin publica un trabajo donde trata de estudiar la distribución por sexos de los cinco grandes factores de personalidad descritos por Cattell: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, agradabilidad o deseabilidad social y responsabilidad. Los resultados apuntaron a que las diferencias por género en los factores de personalidad, especialmente el neuroticismo, podrían jugar un papel crucial actuando como mediadores en la relación entre ser mujer y sufrir depresión.

2.7 Antecedentes históricos de la depresión

Es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, es conocido y catalogado por los principales tratados médicos de la antigüedad. Inicialmente denominada melancolía, y frecuentemente confundida con ella. Se pensaba que afectaba sobre todo a los artistas, pues muchos de ellos la padecían, e incluso la convertían en fuente de inspiración para sus trabajos. Ciertamente, muchos de los afectados eran personas de lo más imaginativo.

Ya el filósofo griego Hipócrates, padre de la medicina, pensaba que para tener salud había que mantener en equilibrio los cuatro humores, según él la sangre, la flema, la bilis amarilla y la melancolía, que llamó así al unir los términos 'melan' (negro) y 'jole' (bilis).

Un exceso de esta 'bilis negra' provocaba tristeza en el individuo. Hipócrates ya era por tanto consciente de que se trataba de una enfermedad. Otro ilustre personaje de la cultura helena, Aristóteles, estaba convencido de que la mayoría de personajes relevantes padecían este problema.

En el siglo XVIII, en Inglaterra, se habla de depresión por primera vez (al menos que se tenga constancia). El médico de la corte y poeta Richard Blackmore escribe que estar deprimido supone padecer tristeza. El término se deriva de la palabra latina "premere", que significa "empujar hacia abajo".

Durante la Edad Media, la medicina árabe que aparece a partir de la expansión del Islam en el siglo VII, se inspira en las obras de los griegos. Durante esta etapa aparece un tratado muy significativo, "Magâla fi âl-Malihûliyâ", de Ishaq Ibn Imran, dedicado por completo a esta dolencia. Explica que tiene su origen en factores físicos, pero también apunta que puede estar motivada por el miedo, la ira y el aburrimiento.

Mucho más tarde, durante el Renacimiento, André de Laurens, médico de la corte francesa en el siglo XVI, publica una obra muy importante, "Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez". El autor ha llegado a la conclusión de que la bilis negra puede llevar al hombre a un estado espiritual que le hace propenso al estudio de la filosofía y la poesía.

Ya en el siglo XVII, el médico británico Thomas Willis se da cuenta de que la teoría de los cuatro humores se ha quedado desfasada. Llegará a la conclusión de que provocan esta dolencia diversos procesos químicos del cerebro.

Hubo que esperar a finales del siglo XIX y principios del XX para que se empezara a estudiar en profundidad. Quienes empezaron a profundizar en la enfermedad fueron el alemán Emil Kraepelin y el austriaco Sigmund Freud, padre del psicoanálisis.

Freud estaba convencido de que esta dolencia estaba motivada por el contraste entre el "ello" (la naturaleza salvaje básica del ser humano) y el "superyó" (las reglas sociales).

Por su parte, Kraepelin estableció una clasificación de la enfermedad, que podía ser simple, confusa, grave o fantástica, entre otras modalidades. Pensaba que tenía causas orgánicas vinculadas a elementos hereditarios.

En los 60 el estudioso americano Aarón T. Beck defiende que la depresión tiene su origen en problemas con el procesamiento de información mental. Cuando en los recuerdos absorbidos por el individuo predomina una visión negativa del mundo, puede aparecer la enfermedad.

A lo largo del siglo XX el término "depresión" se divide en otros más específicos como: "obsesión", "ansiedad", entre otros. Nació la biopsiquiatría, que estudia los mecanismos químicos y el funcionamiento de los neurotransmisores, como causantes de los trastornos del estado de ánimo.

2.8 La depresión en la mujer

Se conoce que la depresión es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Se ha atribuido la mayor prevalencia de depresión en la mujer a los cambios sociales en parte debido a la asunción de un doble rol, de mujer trabajadora incorporada al mundo de los hombres y de mujer esposa y madre, responsable de la familia y el cuidado del hogar.

La mayor incidencia femenina de depresión se debe al distinto modo de enfermar de las mujeres respecto a los hombres. Los hombres tienden a tener un enfoque orientado a la acción que puede distraerlos de sus síntomas, pero las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre sus problemas con otros y meditar sobre ellos. Este estilo de respuesta meditativa está relacionado con periodos de depresión más largos y con depresión más severa.

La respuesta más orientada a la acción de los hombres puede dar como resultado una expresión diferente de trastorno del estado de ánimo, de tal manera que mientras las mujeres se manifiestan con depresión en los hombres aparece una mayor prevalencia de trastornos como el consumo de drogas, alcohol o las conductas antisociales.

2.9 La depresión en el hombre

Aunque la acción de los hombres puede dar como resultado una expresión diferente del trastorno del estado de ánimo, el género masculino también es vulnerable a deprimirse en cualquier edad.

La sociedad le facilita la expresión de síntomas emocionales en las mujeres y los penaliza en los hombres por lo que los hombres equivocadamente consideran que no deben mostrar emociones porque eso lo consideran un signo de debilidad.

María Alejandra Flores, médica psiquiatra del hospital Roosevelt, en el artículo “Cuando los hombres enmascaran su depresión” publicado en El Periódico. Expresa que la predisposición genética es la principal causa de la depresión, pero en algunos casos esta se origina por la insuficiencia de serotonina, hormona que produce sensación de satisfacción. Comparte que cuarenta casos nuevos de depresión al día atienden la Unidad de Psiquiatría del hospital Roosevelt. De estos treinta son mujeres y de estos uno de cada tres casos ha intentado suicidarse y en su mayoría son hombres.

Los hombres y las mujeres sencillamente pueden tener diferentes formas de expresar la vulnerabilidad genética ante la depresión, pero ambos son vulnerables a la misma.

2.10 La depresión y el suicidio

El suicidio (del latín *sui caedere*, matar a uno mismo) es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves en la que se pone en riesgo la propia vida. Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar.

El suicidio tiene múltiples causas, de naturaleza biológica, psicológica y social. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

Como argumenta el libro “La enfermedad de las emociones” de Eduard Vieta, Francesc Colom y Anabel Martínez –Arán, publicado por Ars Medica (2004), refiere que casi siempre se detecta un intento de suicidio detrás de una fuerte alteración emocional.

La depresión está fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio, en especial cuando pueden observarse los siguientes síntomas:

- La falta de interés por sí mismo. El individuo manifiesta un significado desinterés por la vida por lo que se deduce una situación bastante peligrosa.
- Insomnio. El individuo tiene más tiempo para pensar, y además la falta de descanso influye muy negativamente en las conclusiones a las que este llegue.
- Deterioro cognitivo, la depresión conduce en la mayor parte de los casos a una distorsión de la realidad. Generalmente todo se percibe como negativo aunque no lo sea, y cuando aparecen problemas se tiende a pensar inmediatamente que no tienen solución.

El 19 de noviembre se conmemora el Día Internacional de los Sobrevivientes del Suicidio. Higuero R. (2010) en el artículo “Los sobrevivientes del suicidio” publicado en El Periodo. Expresa que en Guatemala los sobrevivientes del suicidio son un grupo en la sombra, a pesar de ser numeroso. El suicidio es un tema del que no se habla.

Según estudio sobre El comportamiento Suicida en Guatemala “Registro y Estigma”, realizado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- en conjunto con Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala –INACIF- y el Instituto Nacional de Estadística –INE- , durante el periodo de 1990 al 2006. Refiere que se registraron 166 suicidios en el departamento de oficina forense del hospital General de Accidentes. Lo anterior significa que durante el periodo de estudio aproximadamente una de cada cuarenta y cinco necropsias correspondía a un caso de suicidio.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte; muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda.

2.11 Niveles de los estados depresivos

(Aaron Beck, 1967) Refiere que el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la tríada cognitiva. En donde el paciente se ve así mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones.

La afección depresiva se clasifica en el servicio de urgencias como una reacción situacional, una depresión crónica o una depresión grave.

2.11.1 Reacción Situacional

Es aquella reacción depresiva que se desarrolla a partir de un disgusto o una desilusión. El paciente reconoce la causa de su malestar. Los síntomas son un estado de ánimo deprimido, muchas veces acompañado de ansiedad y una preocupación por el disgusto sufrido. Los síntomas físicos se traducen en cambios evidentes del patrón de sueño y vigilia; en el apetito y peso, variaciones en los hábitos intestinales y en la actividad física. Los síntomas psicológicos disminuyen la capacidad de gozar, dificultan la atención y la concentración, y dan origen a ideas de minusvalía, muerte o suicidio.

En la gran mayoría de los casos suele iniciarse en una situación de duelo normal (ya sea por la muerte de un ser querido u otro tipo de pérdidas). Se puede iniciar a partir de otro tipo de disgusto o desilusión. En un principio el paciente siente tristeza y desesperanza similares al resto de sus parientes, pero un poco después se inician los síntomas típicos de la depresión.

El paciente puede localizar fácilmente el origen de los síntomas pero en ocasiones tiene dificultad para reconocer que los sentimientos de duelo han sido desbordados por el cuadro depresivo y en consecuencia puede rechazar el tratamiento pues los considera innecesario dado que considera "normal" lo que siente.

2.11.2 Depresión Crónica

En este caso, el paciente presenta pocos o ninguno de los síntomas de la depresión, pero manifiesta estar deprimido. El cuadro predominante es el de una insatisfacción crónica de la vida. En su conducta, el paciente es con frecuencia exigente, persistente y en ocasiones agresivo y reacio a la ayuda que se le ofrece.

Este tipo de pacientes suelen tener una historia muy antigua y casi permanente de síntomas depresivos subagudos. Cuando acuden al servicio de urgencias casi siempre lo hacen por solicitud de familiares o amigos y casi siempre hay un agravamiento marcado de los síntomas. Este tipo de cuadros suele ser de mayor gravedad y con posibilidades de complicación (especialmente de tipo suicida). Además se presenta una dificultad de manejo pues el paciente se encuentra un tanto "habitado" a los síntomas y puede rechazar el tratamiento. En algunas ocasiones, la presentación de éstos pacientes es de irritabilidad y rechazo a cualquier tipo de examen o prescripción.

2.11.3 Depresión Grave

Es el estado en el cual el paciente muestra francos signos de tristeza y desesperación en el rostro. La actividad psicomotriz muestra agitación o lentificación y el paciente se nota incómodo. En la entrevista se queja de síntomas orgánicos como anorexia, pérdida de peso, cefalea, cansancio, pérdida de interés y concentración. Cuando se le interroga de modo directo, confiesa sentirse desvalido, desesperado, inútil y con frecuencia culpable. Frecuentemente expresa ideas suicidas. Cuando el cuadro adquiere proporciones psicóticas, pueden presentarse alucinaciones y delirios. Las alucinaciones se basan en sentimientos de culpa e inutilidad.

2.12 Identificación de los signos y síntomas de la depresión

Entre la sintomatología clave para el diagnóstico de la depresión, podemos encontrar que el paciente se siente vacío en su interior, anestesiado y a veces incapaz de expresar esta tristeza. También puede haber disforia e irritabilidad, la afectividad puede ser lábil, aislamiento y frecuentemente existe tendencia al llanto.

Lenguaje. El sujeto da respuestas simples y cortas con un tono de voz bajo y con un tiempo de latencia alargado entre pregunta y respuesta.

Pensamiento. El paciente suele presentar un pensamiento lento con contenidos negativos del mundo y de sí mismo, frecuentes meditaciones sobre la pérdida, culpa, ruina, hipocondría, suicidio y muerte, en ocasiones estas ideas llegan a ser delirantes.

Cognición. El paciente suele estar orientado aunque disminuye la atención y concentración debido a su estado anímico.

Anhedonia. El paciente muestra pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer.

Motricidad. El sujeto muestra inhibición o agitación.

Disminución del rendimiento personal o sobreesfuerzo para mantener el nivel previo.

Ansiedad. Suele ser la acompañante habitual del deprimido, que experimente un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación.

Trastorno del sueño. Al paciente le cuesta conciliar el sueño y además se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Síntomas somáticos. Astenia, cefaleas, pérdida de apetito y peso, disminución o pérdida de la libido, estreñimiento, variación circadiana de la sintomatología con característico empeoramiento matinal y mejoría vespertina.

2.13 Diagnóstico diferencial

La depresión es un grupo de síntomas y signos que se traducen por cambios de ánimo (depresivo, triste, melancólico, a veces histórico, entre otros). Para el diagnóstico ha de explorarse el inicio del cuadro, edad, tipo, los signos y síntomas más sobresalientes, la personalidad previa, la historia familiar de trastornos afectivos, historia natural de la enfermedad, pruebas complementarias, exploraciones psicopatológicas, respuestas a los tratamientos si los hubo, entre otros.

No todas las depresiones son cuadros depresivos mayores, sino que hay otros atípicos, enmascarados, en los que a veces la sintomatología puede ser incluso opuesta (máscaras conductuales, somáticas, psicósomáticas, entre otros). Que serían cuadros menos puros y con diferentes respuestas a los tratamientos.

El DSM-IV-TR, indica que el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años.

El diagnóstico diferencial, entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Cuando el trastorno distímico es de muchos años de duración, la alteración de estado de ánimo no puede distinguirse con facilidad del funcionamiento "normal" del sujeto.

Si en el inicio, de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de suficiente gravedad y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe

ser trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios).

Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (por ejemplo, ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (por ejemplo, que dure al menos 2 meses) antes del inicio del trastorno distímico.

El trastorno bipolar I, se distingue del trastorno depresivo mayor y del trastorno distímico por la historia a lo largo de la vida de al menos un episodio maníaco o mixto.

2.14 Técnicas psicoterapéuticas

Una vez diagnosticada la depresión, el paciente debe iniciar el tratamiento. Es importante que antes de que el paciente inicie cualquier tipo de abordaje, sea informado por el especialista que le atiende sobre la duración del tratamiento, los beneficios que se van a intentar alcanzar y los efectos que se pueden desarrollar a lo largo del tratamiento.

Para los casos de depresión atendidos durante la Práctica Profesional Dirigida se realizó un abordaje de psicoterapia interpersonal, terapia cognitiva de Beck y terapia Gestalt. De las cuales se profundizará a continuación:

2.14.1 Psicoterapia interpersonal

La terapia interpersonal fue originalmente diseñada para personas que sufren de depresión. Debido a su éxito con este grupo, su uso se ha extendido a otro tipo de problemas. Normalmente se lleva a cabo en sesiones de 50 minutos durante 12 a 16 semanas.

La PTI ayuda a una persona deprimida, a resolver problemas que puedan tener con otras personas.

Dichos problemas pueden incluir disputas, sentirse aislado, cambio de papeles o lidiar con dolor después de perder a un ser amado. La psicoterapia interpersonal se enfoca en enseñar a las personas a ser más eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que aman. Integra la perspectiva psico-dinámica (que destaca las experiencias de la infancia) tanto con la perspectiva cognitivo-conductual (que hace hincapié en los estresores psicosociales actuales, como los conflictos de pareja crónicos).

Los terapeutas interpersonales están atentos también a mencionar disputas que pueden involucrar expectativas incompatibles de personas que puedan involucrar expectativas incompatibles de personas que están continuamente en compañía de otros, por ejemplo, esposos y esposas, padres e hijos, amigos, compañeros de trabajo, entre otros.

Otras cuestiones con las que tienen que tratar los terapeutas interpersonales es el papel que juegan las transiciones de roles (por ejemplo, mudarse, graduarse, el nacimiento de un hijo) y los déficits interpersonales que se reflejan muchas veces en el aislamiento social.

2.14.2 Psicoterapia Grupal

Saldivar Pérez (1998) asevera que la psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Esta forma de terapia es de uso muy extendido, y aceptada desde hace más de 50 años. Si lo pensamos bien, todos nos hemos criado en grupos, ya sea en la vida familiar o escolar, como trabajadores o como ciudadanos. Nos desarrollamos como seres humanos siempre en ambientes grupales. No es diferente la psicoterapia de grupo. Provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas.

La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Puede centrarse en los problemas de la soledad, depresión y ansiedad.

Nos ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida. La terapia de grupo da resultado. Se ha demostrado, mediante estudios científicos, que la psicoterapia de grupo es tan eficaz como la individual a veces aún más.

2.14.2.1 Beneficios de la psicoterapia individual y grupal

Tanto la terapia individual, como la terapia de grupo pueden ayudar a la mayoría de las personas. Algunos ejemplos:

- Dificultades en las relaciones con otras personas.
- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad.
- La depresión y la ansiedad.
- Las pérdidas.
- Los traumas.
- Trastornos de la personalidad.

2.14.3 Terapia de Pareja

También denominada Psicoterapia de Pareja, es el tratamiento clínico psicológico que se brinda a ambos miembros de una relación sentimental, en su condición de enamorados, novios, esposos, convivientes, separados y/o divorciados, por parte de un psicoterapeuta o terapeuta profesional, debidamente capacitado y facultado por los respectivos organismos oficiales reguladores del país donde ejerce su profesión.

A la hora de acudir a la terapia, lo hacen más fácilmente las mujeres, porque tiene una formación mucho mayor para compartir sus sentimientos y emociones y también para pedir ayuda. Sin embargo, una vez iniciada la terapia, cuando se rompen las primeras barreras, el hombre está tan interesado como la mujer, de hecho la dependencia emocional del hombre hacia su pareja suele ser mucho más grande que la de la mujer.

La duración de cualquier terapia depende del problema que se presente. Hay que tener en cuenta que la terapia la hacen los pacientes y no el terapeuta y por tanto depende de cada uno de ellos, del cariño que todavía queda entre ellos, entre otros. A veces basta con un par de sesiones para poner las cosas en su sitio, otras veces es necesaria una terapia más profunda. Las sesiones se suelen desarrollar con entrevistas individuales y conjuntas, duran alrededor de una hora, y tienen un coste similar a las individuales, aunque requieren una especialización específica del terapeuta.

La terapia supone que cada uno tiene que hacer cambios en su comportamiento, que es la vía para lograr un progreso interior profundo. El seguimiento y apoyo para esos cambios se hace en sesiones individuales con cada miembro y luego en las sesiones conjuntas se pone en común el avance que se va dando. En ocasiones se da un problema psicológico en alguno de los componentes de la pareja que necesita terapia personal que puede hacer el propio terapeuta u otro psicólogo.

2.14.4 El modelo cognitivo de Beck

Sin duda alguna, el modelo de terapia cognitivo-conductual para depresión más estudiado y difundido es el creado por Aarón Beck a finales de la década de los sesenta. El propio Beck define la terapia cognitiva como “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basado en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que tiene dicho individuo de estructurar su mundo”.

El tratamiento, se centra en detectar las cogniciones erróneas y cambiar las mismas para procesar de modo más adecuado la realidad, lo que facilitará y permitirá cambiar la tríada cognitiva de visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro.

Dicho autor postula tres conceptos específicos que tratan de explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. Triada cognitiva. La sintomatología depresiva presentada (afecto, comportamiento y síntomas vegetativos derivados) se relacionarían con la existencia de tres patrones cognitivos principales que configuran una “triada depresiva” y que incluye:
 - a) Una visión negativa del paciente acerca de sí mismo: El paciente se ve desgraciado, torpe, con poca valía y tiende a subestimarse y criticarse a sí mismo en base a sus defectos (“No valgo para nada”, “Soy un inútil”...).
 - b) Una tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa, atribuyéndolas en su mayoría a un fallo propio (por ejemplo, “Mi marido me maltrata porque me lo merezco”).
 - c) Una visión negativa acerca del futuro, que inevitablemente determina que cuando el paciente depresivo haga proyectos de futuro esté anticipando unas expectativas de fracaso.
 - d) Los patrones cognitivos son la base para la aparición de los llamados pensamientos automáticos, activados por acontecimientos que la persona identificaría a emociones específicas. Estos pensamientos son, por un lado “negativos”, ya que llevan asociados emociones doloras, y “automáticos” en tanto que no son producto de un proceso reflexivo razonado sino que eclosionan en la mente de la persona de manera inmediata.

2. Organización estructural del pensamiento depresivo: “esquemas”. Los “esquemas” se definen como aquellas reglas o postulados silenciosos que organizan la recogida y el código de información para transformarla e cogniciones. Son estructuras estables que han sido adquiridas en el curso de experiencias anteriores de la existencia y que permanecen latentes pero pueden ser activados por sucesos existenciales que reproducen las condiciones iniciales de aprendizaje cognitivo. De acuerdo al modelo cognitivo, en la depresión el sujeto pierde el control de sus procesos de pensamiento y se vuelve incapaz para utilizarlos o, incluso, para hacer esquemas más funcionales. Seleccionará entonces

los estímulos del ambiente en función de hipótesis de base depresiva, lo que le llevará a distorsiones cognitivas.

3. Errores en el procesamiento de información. La razón por la que los pensamientos automáticos y esquemas cognitivos se mantiene, a pesar de su falta de ajustes a la realidad, se debe, según Beck, a una serie de errores que se comenten en el procesamiento de la información por la que los datos parecen confirmar los supuestos.

De estos errores destacan la “inferencia arbitraria” (que consiste en adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye), “la abstracción selectiva” esto es, centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto ignorando otras características relevantes y conceptualizar la experiencia en base a ese fragmento), “la generalización excesiva” (elaboración de conclusiones a partir de un hecho aislado), “la maximización y minimización”; “la personalización” y “el pensamiento dicotómico” (tendencia a clasificar las experiencias según una o dos categorías opuesta utilizando el paciente para describirse a sí mismo las categorías del extremo negativo).

No obstante, y a modo de reflexión respecto a esto, habría que aclarar que en la práctica clínica sería preferible hablar de “sesgos” y de distorsiones cognitivas por parte de los pacientes, más que de “errores” o ideas irracionales (a no ser que tratemos con pacientes psicóticos), ya que de lo contrario estaríamos dando por hecho que existe una forma “correcta” de ver la realidad, la del terapeuta, quien tendría que modificar la visión del paciente mediante reestructuraciones cognitivo-conductuales.

La terapia cognitivo-conductual, no sólo ha resultado eficaz para disminuir la recurrencias depresivas, sino que también parece ser capaz de prevenir los intentos de suicidio en sujetos adultos que ya han cometido uno previo (Bronwn et al., 2005). Estos autores compararon (sobre una muestra de 120 pacientes que ya habían cometido al menos un intento de suicidio) la ideación suicida, el grado de desesperanza, la severidad de síntomas depresivos y el número de intentos de suicidio que se sucedieron en los meses 1,3,6,12, y 18 de seguimiento en aquellos pacientes que recibieron tratamiento con terapia cognitivo-conductual frente a los que recibieron cuidados habituales.

A los 18 meses, un 24% de los sujetos que recibieron terapia cometió al menos un nuevo intento de suicidio, frente al 41% de sujetos pertenecientes al grupo de cuidados habituales.

Las conclusiones, sugieren que la terapia cognitivo-conductual es un método efectivo de tratamiento para depresión unipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, estrés postraumático, depresión infantil y trastornos de conducta alimentaria. Es, además, tan eficaz o incluso ligeramente superior al tratamiento farmacológico en la depresión del adulto, demostrando una mayor efectividad frente a los antidepresivos en la disminución de recaídas y recurrencias a medio plazo una vez suspendidos ambos tipos de tratamiento.

Como cualquier tratamiento, tiene limitaciones que muchas veces hacen que no se aplique como primera opción, tales como la necesidad de un terapeuta bien formado, colaboración por parte del paciente o el coste económico generado.

2.14.5 Terapia Gestalt

Fritz S. Perls (1893-1970) Expresa “Yo hago lo mío y tú haces lo tuyo. No estoy en este mundo para llenar tus expectativas y tú no estás en este mundo para llenar las mías. Yo soy yo y tú eres tú. Y si por casualidad no encontramos, es hermoso. Si no, no puede remediarse”.

La terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo. La Gestalt percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades, se dice que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

Utiliza el método del darse cuenta, predominando el percibir, sentir y actuar. El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace.

De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

Las técnicas que utiliza la psicoterapia centrada en el cliente son: el aquí y ahora, vivir y sentir el presente, vivir y sentir la realidad. El darse cuenta ("*awareness*", en inglés), es el paciente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Solo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta, aceptar lo que uno es, no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos; enfatizar en el cómo o en el para qué, más que en el porqué, ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?

Una persona madura es capaz sostener todo tipo de experiencias emocionales en el "aquí y ahora"; además, utiliza sus propios recursos (autosuporte) en lugar de manipular a los demás y al ambiente para conseguir apoyo.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Metodología para la sistematización de Práctica Profesional Dirigida

La Práctica Profesional Dirigida está compuesta por una serie de actividades teóricas y prácticas elaboradas y realizadas en clase y en el centro de práctica. Para lograr los objetivos de la misma se utilizó el método cualitativo, en relación al Marco Teórico.

3.2 Técnicas metodológicas para el proceso de Práctica Profesional Dirigida

Durante el proceso de la Práctica Profesional Dirigida, se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- La observación.
- Las entrevistas no estructuradas.
- Examen mental.

Como metodología clínica de recolectar síntomas de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes test proyectivos:

- Test de la Figura Humana de Karen Machover. El dibujo de la figura humana sirve como medio hacia aspectos de la personalidad del paciente en relación a su auto concepto y a su imagen corporal. Aceptación o no de su etapa vital, identificación y asunción del propio sexo y el grado de estabilidad y dominio de sí mismo.
- Test del dibujo de la familia. Con ella se pueden conocer con facilidad la exploración de las vivencias conflictivas de la infancia, las dificultades de adaptación al medio familiar, incluidos los conflictos de rivalidad fraterna. En esta prueba se ponen en evidencia, de manera más resaltada, los aspectos emocionales.

- El test del árbol. Con este test apreciamos la proyectiva que el paciente tiene con sus problemas de evolución y adaptación en diversos rasgos de personalidad

Los test psicométricos fueron instrumentos que se utilizaron para medir y asignar un valor a la problemática de cada uno de los pacientes atendidos. Entre los utilizados en esta Práctica Profesional Dirigida están:

- Escala de depresión de Beck
- Escala de depresión Hamilton
- Test de Lüscher

Como técnica para generar psicodiagnósticos se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSMIV-TR.

Como procesos psicoterapéuticos se utilizaron los enfoques a detallar a continuación con sus respectivas técnicas:

A. Psicoterapia interpersonal. Se basa en la noción de que la vida de las personas se ordena en relación a "vínculos". Estos vínculos, aparte de establecerse con otras personas, también pueden desarrollarse con lugares, con el trabajo, o con las propias metas u objetivos vitales.

Esta terapia consiste en seguir un protocolo de 16 sesiones, que se divide en tres fases. En la primera, el terapeuta explica en qué consiste la depresión, y se analiza el propio proceso depresivo del paciente. La segunda fase abarca prácticamente todo el proceso terapéutico, identificando el conflicto o ruptura de vínculos del paciente y favoreciendo la adaptación y mejora de su mundo interpersonal. En la tercera fase se revisan y acuerdan los logros obtenidos con el objetivo de fortalecerlos.

B. Conductuales. Las técnicas cognitivas ayudan acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se utilizaron un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la

organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas basado en los pensamiento negativos y automáticos.

La intervención se completará con técnicas de retribución y para modificar imágenes, así como distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos, las cuales podemos dividirlos en:

- Detectar pensamientos automáticos (P.A.).
- Comprobar cómo los P.A. influyen en las emociones.
- Entrenamiento en observación y registro de cogniciones, mediante: Análisis de autoregistros, Imágenes inducidas.
- Registrar P.A. (registro diario de pensamientos).
- Someter los P.A. a prueba de realidad.

C. Terapia Gestalt. La intervención con psicoterapia Gestalt pretende llevar a la persona desde una ampliación consciente de la experiencia que está vivenciando, pasando por la asimilación de recursos propios y/o aprendizaje de habilidades que le permitan dar respuestas a las circunstancias presentes, es decir generando responsabilidad sin recurrir a juegos o manipulaciones, un camino de la dependencia al autoapoyo. Entre las técnicas utilizadas estuvieron:

- La silla vacía
- Ejercicios de relajación dirigida

Siendo utilizadas estas técnicas en los procesos individuales y familiares de toda la población atendida en la Práctica Profesional Dirigida en la Oficina Municipal de la Mujer de Villa Nueva.

3.3 Población atendida en el centro de práctica

Oficina Municipal de la Mujer –OMM- , atiende tanto a población del área urbana como la población rural del municipio de Villa Nueva, entre los niveles medio y bajo socioeconómicamente hablando. Aunque el punto de referencia principal es enfocado a la mujer, también se atienden a niños, adolescentes, adultos y ancianos quienes acuden por alguna emergencia o consulta externa.

3.4 Cronogramas de actividades realizadas

Actividad	Año 2013									
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	
Inicio de Práctica Profesional Dirigida	X									
Entrevistas a pacientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Examen mental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aplicación de test		X	X	X	X	X	X	X		
Elaboración de hojas evolución semanal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Historias clínicas		X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración de planes terapéuticos		X	X	X	X	X	X	X	X	
Aplicación de planes terapéuticos		X	X	X	X	X	X	X	X	
Cierre de casos		X		X		X	X	X	X	
Finalización de Práctica Profesional Dirigida									X	

Fuente: Elaboración propia.

3.4.1 Talleres u otras actividades especiales

Durante la Práctica Profesional Dirigida se tuvo la oportunidad de realizar talleres de Escuela para Padres, en un horario de 14:00 a 16:00 Hrs. Los cuales se detallan a continuación:

No.	Tema	Fecha de elaboración
1	La familia: Ser padre, ser madre	21/07/2013
2	Principios y valores (Autoestima: Reconociendo mis logros)	28/07/2013
3	Autoconocimiento y manejo de emociones	04/08/2013
4	Comunicación asertiva y efectiva salud	11/08/2013
5	Desarrollo en la infancia y la adolescencia	18/08/2013
6	Derechos de la niñez y la adolescencia	25/08/2013
7	Patrones de crianza I (Salud, higiene, alimentación, hora de dormir)	01/09/2013
8	Patrones de crianza II (Educando con ternura y límites)	08/09/2013
9	Violencia intrafamiliar (Efectos y consecuencias)	22/09/2013
10	Amenazas externas a la dinámica familiar (vicios y adicciones)	29/09/2013
11	Igualdad de género (Derecho de género) (Educación sexual en el hogar)	06/10/2013

Fuente: Elaboración propia.

3.5 Programa del curso de Práctica Profesional Dirigida (ver anexo No. 1)

El catedrático de la Práctica Profesional Dirigida fue el Lic. Guillermo Téllez y la auxiliar Licda. Sharon de España.

Capítulo 4

Análisis de resultados

4.1 Análisis de resultados

Todo el proceso realizado busco la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas, permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación expuesta en un principio ¿Cuáles son los estados depresivos que se pueden generar como consecuencia de la infidelidad conyugal?

Se pudo detectar que uno de los principales problemas de las personas atendidas en el centro de práctica, estaban relacionadas con los estados depresivos generados como consecuencia de la infidelidad conyugal. Tal es el caso del paciente “J”, que fue uno de los casos atendidos individualmente y es la razón de la presente investigación. En este caso se pudo observar que el paciente experimentaba la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima. Este sentimiento lo abordaba la mayor parte del día y lo presentó por un periodo aproximado de quince días; siendo diagnosticado con trastorno depresivo mayor. Encontrando que la causa principal de su padecimiento estaba basada en su situación emocional actual relacionada a la infidelidad conyugal que está viviendo.

4.2 Caso psicológico atendido en la Práctica Profesional Dirigida

El presente caso psicológico adjunto es el que genero la inquietud de investigación en la presente sistematización de la Práctica Profesional Dirigida en la Oficina Municipal de –OMM- Villa Nueva.

El paciente “J”, es originario del departamento de Escuintla, de 25 años de edad, grado de escolaridad Bachiller en Computación.

Quien se presenta por voluntad propia al centro de práctica informando “Decidí venir porque tengo problemas con mi ex esposa. Me engañó, siento que mi vida ya no tiene sentido, la extraño a ella, extraño a mi hija. No sé por qué esto me está pasando a mí. Ya no sé qué hacer.”

El paciente refiere que a inicios de este año se separó de su esposa. Esto derivado que ella decide iniciar una nueva relación emocional con otra persona a escondidas de él, sin embargo, por referencia de conocidos y amigos él descubre la situación. Lo que ha provocado múltiples discusiones y la ruptura de la relación.

El paciente comenta que conoció a su cónyuge a finales del 2010, gracias a un amigo que tenían en común. Expresa que se gustaron a primera vista y él dispuso cortejarla. A los dos meses de relación resulta embarazada por lo que decidieron vivir juntos. Expresa que durante el poco tiempo de noviazgo su pareja se mostraba sumamente celosa pero la situación se complicó al vivir juntos derivado que los continuos celos entre ambos provocaban repetidas discusiones.

El paciente refiere que su estado de ánimo ha empeorado mucho en los últimos 6 meses (desde que se enteró de la infidelidad de su esposa). Comparte sentir una tristeza inmensa todo el tiempo, además de dolor, enojo, resentimiento, duda y vergüenza. Refiere no poder concentrarse en sus actividades por la angustia que le causa la incertidumbre de qué va suceder con su relación y con su hija. Se siente culpable, ha tenido inconvenientes laborales porque ya no muestra interés en el mismo, ha dejado de realizar actividades con sus amigos. Refiere sentirse extremadamente cansado, sin embargo, posee inconvenientes a la hora de dormir (dificultad para conciliar el sueño), y carece de apetito.

Comparte que continuamente se imagina escuchar el llanto de su hija a toda hora y en cualquier lugar. En el mes mayo al verse agobiado ante su situación decidió dirigirse a un barranco en las cercanías de Villa Nueva para tirarse de lo alto del lugar con el fin de suicidarse. Sin embargo, comparte que el pensamiento de dejar sola a su hija y causarle pena a su progenitora lo detuvo. Expresa que en ocasiones se retrae para no pensar más en su situación.

Antecedentes

A. Familiares: El paciente refiere que durante su infancia fue víctima de violencia intrafamiliar, ejercida por parte de su progenitora hacia su padre. Comparte que su progenitora es de carácter fuerte y se molestaba continuamente por situaciones de económicas con su padre.

Comparte que aunque su padre era víctima de violencia física en ningún momento recuerda haber observado que ejerciera algún tipo de respuesta violenta hacia el trato recibido. El paciente "J" describe a su padre como una persona a quien no le gustaba las peleas, dócil y con falta de carácter. A los 5 años él fue quien encontró el cadáver de su padre quien decidió ahorcarse según el paciente "mi papá se ahorcó a causa de las deudas".

El paciente refiere que su progenitora no es expresiva ni afectiva. Y aunque en la actualidad las creencias religiosas de ella, la han llevado a tener un cambio de actitudes hacia las demás personas, la relación entre ellos es de continuas discusiones desde que traslado a vivir nuevamente con ella.

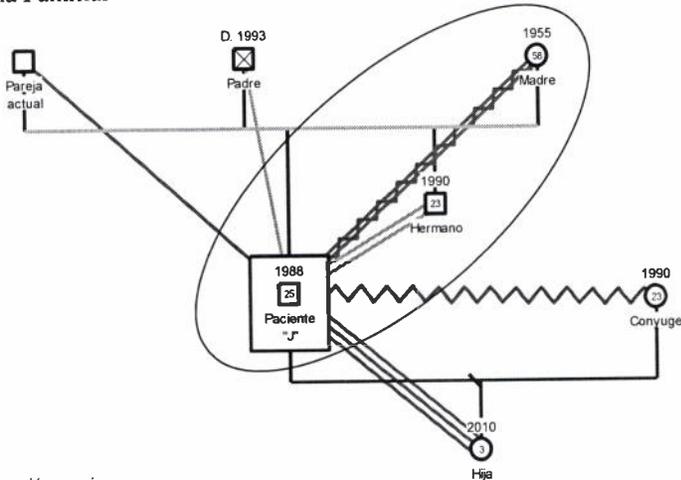
Posee un núcleo familiar pequeño derivado que de la familia de su papá era hijo único y sus abuelos paternos y maternos ya fallecieron. Por parte de su progenitora sus abuelos ya fallecieron y no posee comunicación con su única tía por residir en Escuintla. En relación a su situación económica, refiere ha sido difícil y tuvo que iniciar a trabajar en su adolescencia, derivado que la situación económica familiar vivida era precaria.

B. Personales: El paciente es originario de Escuintla vivió ahí hasta el fallecimiento de su progenitor. Posterior al suceso se trasladan a vivir a la casa de su abuela en Villa Nueva. Comparte que siempre ha sido tímido le es difícil socializar con otras personas. No fuma, pero consume alcohol eventualmente. Refiere que para él fue difícil crecer sin su padre le tiene rencor y lo etiqueta de "cobarde" por la decisión que tomó de suicidarse.

C. Médico, traumático, alérgicos, quirúrgicos, hábitos: Fue operado del apéndice en el 2008 y fue diagnosticado recientemente con problemas de gástricos.

D. Salud Mental (Episodios anteriores): Anteriormente no ha recibido ninguna atención psicológica.

Genograma Familiar



Fuente: Elaboración propia.

Interpretación del Genograma

El paciente fue víctima de violencia intrafamiliar en su niñez por parte de su progenitora hacia su padre. Expresa que el poco tiempo que recuerda haber convivido con su padre fue una relación estrecha. En relación al trato con su progenitora refiere que aunque hay una convivencia diaria el trato entre ellos es hostil en ocasiones derivado a las peleas que poseen y al resentimiento que aún posee por situaciones vividas en su infancia. Tiene un trato cordial con la actual pareja de su progenitora aunque lo ve ocasionalmente.

El paciente refiere tener una relación muy estrecha con su hermano menor y una relación de apego con su hija. En relación a su expareja comparte que no pueden mantener una conversación sin que discutan o se insulten derivado al enojo que posee por la situación actual, lo que los llevo a la separación conyugal.

Examen del Estado Mental

Evaluated en fecha 11/08/2013.

Su aspecto físico es muy delgado para su edad, en relación a su apariencia personal muestra desalineamiento, carencia de higiene. Durante la sesión el paciente fue educado sin embargo presentaba una actitud evasiva, apática y se mostraba ansioso. En relación al lenguaje mostraba un tono de voz nasal con una velocidad lenta y en ocasiones mostró tartamudeo (esto lo mostraba al abordar temas relacionados con su pareja). El contenido de sus pensamientos posee un contenido de preocupaciones, confusión, compulsiones e ideas suicidas. Su disposición corporal fue cerrada en todo momento, carencia de contacto visual y postura encorvada, mostraba ansiedad. En relación a los signos de afectividad se muestra plano, apático, con sentimientos de culpa y desesperanza con una baja autoproyección de sí mismo. En ocasiones se mostró melancólico, pesimista y decaído. Y replicaba sus pies continuamente.

Interpretación de las pruebas

A. Test del árbol

Fecha de aplicación: 25/08/2013

El paciente proyecta ser una persona emotiva, sensible y con deseos de comunicarse con los demás. Tiende a ser introvertido.

Proyecta angustia, falta de claridad y visión al futuro, esto posiblemente basado en un pasado doloroso y traumático. Tiende a ser negativo, no se permite solidificar razones de esperanza.

El evaluado se proyecta como una persona cautelosa, desconfiada y reprimida. Tiende a reprimir su agresividad su pensamiento y sentimientos. Se muestra como una persona obsesiva.

Se proyecta como una persona insegura de carácter cambiante posiblemente se deba al sentimiento de la pérdida de su padre en su infancia, derivado que para él era un apoyo afectivo importante.

B. Test de la Figura Humana

Fecha de aplicación: 01/09/2013

El paciente proyecta sentimientos de inadecuación, inferioridad, retraimiento al sentirse rechazado. Se atribuye este sentimiento a situación emocional actual. Considera al sexo contrario más fuerte, además de una infravaloración por la imagen parental. Posee un fuerte apego o dependencia hacia el padre, posiblemente la codependencia se deba a la carencia de la figura paterna durante su vida.

Se percibe como una persona emotiva, sensible y con deseos de comunicarse con los demás. Sin embargo, proyecta un índice de ansiedad, falta de certeza, con tendencia a la introversión. Siente que está realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable. Su conducta es más guiada por lo instintivo que por lo intelectual. Se percibe como una persona desorganizada, con tendencia a la regresión y a la infantilidad. Se considera que su actitud ante la vida, resultado de su modo de crianza y entorno familiar. Muestra un deseo de contacto de relaciones y busca el perfeccionismo como método de aceptación y fundamentado en su inseguridad.

C. Depresión de Beck

Fecha de aplicación: 01/09/2013

Resultado obtenido del paciente: Estados de depresión grave.

El paciente muestra un estado de ánimo enfermizo acompañado de preocupaciones con culpa, ideas de autodenigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza.

También son frecuentes las alteraciones del sueño y las alucinaciones que a menudo están relacionados con sus sentimientos de depresión.

D. Test Lüscher: Situación personal actual

Fecha de aplicación: 01/09/2013

El paciente exige lo que cree que le es debido y se esfuerza para mantener su posición intacta. Existen tensiones debidas a una sensibilidad suprimida.

Se considera a sí mismo como una persona sensible, graciosa, pero mantiene su actitud crítica y rechaza ser arrastrado por el magnetismo de alguien, a menos de que se le garantice genuinidad e integridad. Conserva por lo tanto, un control estricto y vigilante sobre sus relaciones sentimentales puesto que debe conocer con exactitud en qué situación se halla. Exige sinceridad total como protección contra su propia tendencia a ser excesivamente confiado.

Para el evaluado las circunstancias son restrictivas y le resultan un impedimento, forzándolo a abstenerse por el momento de algunos goces y placeres. Necesita un cambio de situación o de amistades que le alivie de la tensión. Busca una solución que le abra nuevas y mejores posibilidades y que le permita realizar sus esperanzas.

El evaluado juzga es crítico de las condiciones presentes, las cuales juzga que están desorganizadas y definidas con poca claridad. Busca, por lo tanto, alguna salida que le aclare esta situación y le proporcione un nivel más aceptable de orden y método.

Posee un temor de que se le impida lograr las cosas que quiere, esto le empuja a sumergirse en todo tipo de expectativas, de modo que pueda negar categóricamente que alguna valga la pena. El evaluado proyecta una necesidad de paz y tranquilidad para poder desarrollarse.

Impresión Diagnóstica

El paciente es un joven de 25 años que en la actualidad está pasando por una pérdida a causa de la desintegración de su hogar, la separación con su hija y la infidelidad de su cónyuge. En los últimos 6 meses ha desarrollado los síntomas característicos de un episodio depresivo mayor que se puede observar en su estado de ánimo que está constantemente deprimido desde la separación de su pareja, pérdida de interés por la mayor parte de actividades, disminución de energía, insomnio, sentimientos de culpa e ideación suicida. Adicionalmente, ha tenido alusiones (escucha a su hija llorar); que resultan congruentes con su estado de ánimo deprimido, y ha experimentado síntomas de despersonalización.

El paciente brinda un gran valor al género masculino en su vida, posiblemente se debe a la carencia de la figura paterna.

Se considera que el paciente cumple con los criterios del DSM-IV-TR para diagnóstico Depresivo Mayor, sin embargo, cabe resaltar que se desconoce si antes de la aparición del episodio depresivo mayor, existía un trastorno distímico.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico No 1.

- Trastorno del Estado del ánimo
- F34.1 trastorno distímico (300.4)

Diagnóstico No 2.

- Trastorno del Estado del ánimo
- F32. X con criterios de Trastorno Depresivo mayor, episodio único (296.2x)

-

Evaluación Multiaxial

- Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x), con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
- Eje II Sin diagnóstico.
- Eje III Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93).
- Eje IV Z63.0 Problemas conyugales. Relativos a la situación actual que atraviesa por infidelidad de su cónyuge y la separación de hecho que le conlleva esta situación.
- Z56.7 Problema laboral (V62.2). Relativos a los problemas que posee en su área de trabajo con carencia de ánimo y energía para realizar sus atribuciones diarias.
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo relacionado a los problemas que vive actualmente con su progenitora.
- Eje V EEAG 60 (actual) Síntomas moderados. (p.ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

4.3 Logros obtenidos

Se tuvo la oportunidad de atender el caso durante 18 sesiones, observando una notaría evolución del paciente. Mostrando en la actualidad:

El paciente “J” ha mejorado su apariencia física. Acepta que sus deseos no siempre se podrán hacer realidad y en la actualidad refiere poseer paciencia y optimismo, para ver y aprovechar las oportunidades cuando aparezcan.

El paciente refiere ya no poseer inconvenientes de sueño, está realizando ejercicios eventualmente y ha retomado asistir a eventos sociales con su familia y amigos.

En relación a su trabajo ha mejorado sus conductas y realiza sus atribuciones de una forma responsable, tomando una actitud de proponer cambios logrando que lo promovieran de puesto, evento que lo tiene motivado.

El paciente se está incentivando a si mismo para proponerse soluciones ante alguna adversidad. Buscando respuestas posibles, alternativas a la respuesta principal que pueda ayudarle a sentirse mejor.

El paciente ha dejado de despreciarse, culparse y criticarse a sí mismo. Comenta que ha aprendido a que él no es responsable total de las consecuencias de un evento o situación, existen circunstancias y factores que han intervenido para crear la situación en la que se encuentra. Eestá aprendiendo a vivir el presente “en el aquí y ahora” y tratar de sacar partido de lo que posee ahora. Ya realiza planes a futuro (ej. Planes de retomar estudios universitarios).

4.4 Limitantes

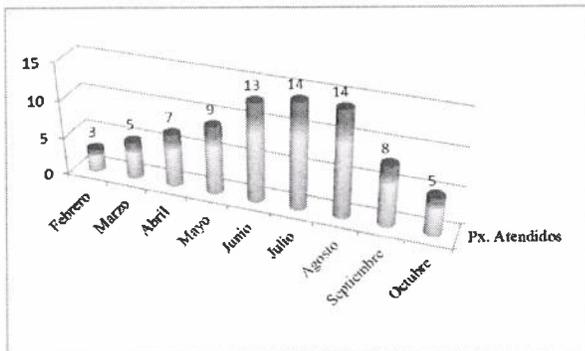
En relación a este caso no hubieron limitantes, el paciente mostro interés en su proceso desde un inicio y cumplía a cabalidad con sus citas y ejercicios en casa.

4.5 Gráficas y análisis de resultados

Los resultados obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida, fueron cuantificados y llevados en controles específicos. A continuación las gráficas de los resultados obtenidos.

4.5.1 Programa de atención de casos

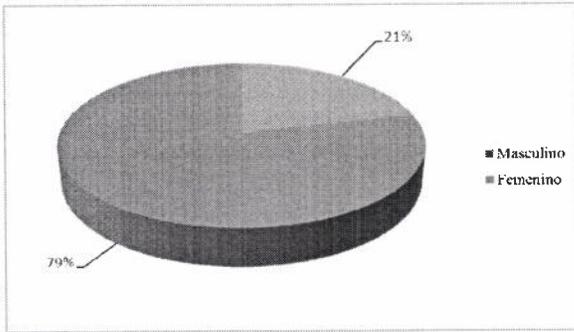
Gráfica 1: Casos atendidos por mes



Fuente: Elaboración propia.

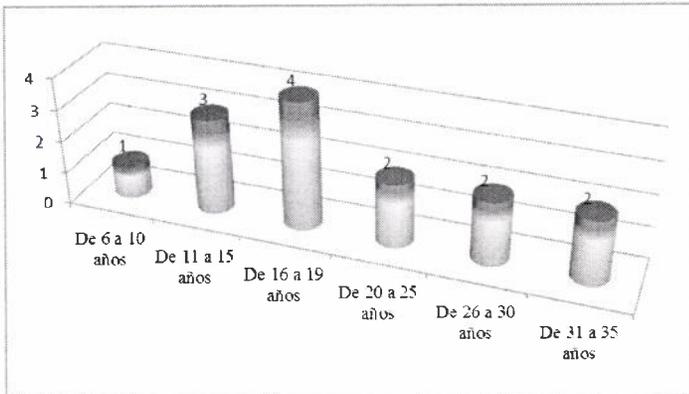
La gráfica muestra, el número de casos atendidos por mes, durante la Práctica Profesional Dirigida. Atendiendo en el mes de junio al 93% del total de casos atendidos y logrando en los meses de julio y agosto completar el 100% de los pacientes que corresponde a un total de 14 casos atendidos.

Gráfica 2: Casos atendidos por género



Fuente: Elaboración propia.

La gráfica muestra los casos atendidos por género. Siendo la mayor asistencia por parte del sexo femenino con un total de 11 pacientes que corresponde a un 79 % y una asistencia de 3 pacientes del sexo masculino que corresponde al 21% del total de casos atendidos.



Fuente: Elaboración propia.

La gráfica muestra la cantidad de casos atendidos por edades. Siendo el rango de edad de 16 a 19 años que posee mayor afluencia de atención con un 29%, seguido del rango de edad de 11 a 15 años con un 21% del total de casos atendidos. Se considera que uno de los factores que influyen en que el nivel más alto de atención sea enfocado en adolescentes se deba a que en esta etapa existe un conflicto existencial propio de la edad.

Conclusiones

1. De los resultados de la investigación se han podido describir los estados depresivos que se pueden generar como consecuencia de la infidelidad conyugal, como son: la depresión por reacción situacional, depresión crónica y la depresión grave.
2. Se logró identificar que las causa más relevantes de la infidelidad conyugal, en ocasiones pueden estar asociadas a la personalidad intrínseca de alguno de los miembros de la pareja pero también está condicionada a consecuencias de algunos factores desfavorables que se dan en el hogar como: la falta de atención, carencia de respeto y compromiso, falta de aceptación y falta de honestidad.
3. Se tuvo la oportunidad de enumerar los estados depresivos que sufre una persona víctima de la infidelidad conyugal. Esta información apoyó a determinar que es de suma importancia especificar el estado de gravedad de la depresión para poder recurrir al abordaje psicoterapéutico más adecuado.
4. En esta investigación se consiguió explicar los principales abordajes psicoterapéuticos (psicoterapia interpersonal, el modelo cognitivo de Beck y la terapia Gestalt), que nos permiten apoyar a los pacientes que han sido afectados en su estado de ánimo a consecuencia de una infidelidad de pareja.
5. Derivado de la información recabada a lo largo de esta investigación se estructuró un documento psicoeducativo, como apoyo a la institución en donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida, logrando crear una herramienta de reflexión para el lector.

Recomendaciones

1. Brindar una copia de la presente investigación al centro de práctica, con el objetivo de ser un material de apoyo informativo, que permita describir los estados depresivos, que se pueden generar como consecuencia de la infidelidad conyugal.
2. Fortalecer a través de conferencias los efectos de la infidelidad conyugal en la familia. Con la finalidad de brindarle al participante herramientas que le proporcionen la aceptación de lo sucedido y la capacidad de enfrentar la situación de una forma positiva.
3. Recapitular los estados depresivos que sufre una persona víctima de la infidelidad conyugal a través de técnicas de terapia grupal como el psicodrama, con el objetivo de favorecer al participante a través de esta experiencia psicológica y corporal sus comportamientos y sensaciones vitales.
4. Desarrollar terapias individuales y grupales que contengan técnicas de los principales abordajes psicoterapéuticos para apoyar a los pacientes depresivos por consecuencia de una infidelidad conyugal. De esa manera se le permitirá al paciente superar el dolor, y estará dispuesto a transmitir a los demás la enseñanza que le deja esta experiencia.
5. Implementar en el centro de práctica material de lectura simple y concisa, que le refiera al lector los estados depresivos que se pueden generar como consecuencia de la infidelidad conyugal. Esto se puede lograr a través del documento psicoinformativo sugerido por el estudiante.

Referencias

Bibliográficas

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2000). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR. México: Editorial Masson S. A.
- Carnegie, D. y Salesman, E. (1990) Como vencer las preocupaciones. 4ta edición. Colombia.
- Campos, J. (2010) Cuando gana el amor. Editorial vivir en pareja. 1ra. Edición. Chile.
- Código civil de Guatemala (2010)
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw-Hill.
- Fuentes, M. (1999) Infidelidad Conyugal. Editorial Church Forum. Estados Unidos.
- Gastó Cristóbal, Navarro Víctor, Catalán Rosa (2009) Depresión. Morales i Torres Editores. Barcelona.
- Herder, V. y Breisgau, F. (1975). Diccionario de psicología. España: Rioduero.
- Hornachea, D. (1994). Para matrimonios con amor. Estados Unidos: Editorial Unilit.
- IRALA, N. (1,982) Control cerebral y emocional (105 edición) ediciones Mensajero, España.
- Larraburu, I. (2009) Atención Plena. Editorial Temas de Hoy. Madrid.
- Le Haye, T. y Salesmán, E. (1996) Como alejar la depresión. 6 edición. Editorial Centro Don Bosco. Colombia.
- Monedero, C. (1978). Psicopatología general. España: Biblioteca Nueva.
- Medody, P, Andrea Wellsy Miller, K. (2009) La Codependencia. Paidós. México.
- Papalia, D. et al. (2005). Desarrollo humano, novena edición. México: McGraw-Hill.
- Periódico prensa libre publicado en 2010.
- Revista Amiga publicado en 2013.
- Saldivar, D. (1998) Teoría y práctica de la psicoterapia. La Habana, Cuba.
- Strock, M. (1994) Hablemos claro sobre la depresión. Ediciones NIMH, Estados Unidos.
- Yapko, Michael (2010) La depresión es contagiosa. Urano Ediciones, Barcelona.

Internet

Guatemala un país para deprimirse. (2013, 11 de noviembre). El periódico. Recuperado de <http://www.elperiodico.com.gt/es/20090621/cartas/104436>

La psicoterapia en el enfermo depresivo. (2013, 11 de noviembre). Biopsicologia.net. Recuperado de

<http://www.biopsicologia.net/Nivel-4-Patologias/1.4.6.5.-La-psicoterapia-en-el-enfermo-depresivo-y-otras-estrategias-complementarias.html>

La depresión en el hombre. (2013, 14 de noviembre). Recuperado de

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-hombres-y-la-depresion-folleto/index.shtml>

La depresión. (2013, 14 de noviembre). Recuperado de

<http://www.cop.es/colegiados/CV00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>

La depresión. (2013, 14 de noviembre). Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Infidelidad matrimonial. (2013, 03 de diciembre). Monografias. Recuperado de

<http://www.monografias.com/trabajos78/infidelidad-matrimonio-causas/infidelidad-matrimonio-causas2.shtml#ixzz2mhwRAVmC>

La Silla Vacía. (2013, 04 de diciembre). Técnicas Gestalt. Recuperado de

<http://prettel.files.wordpress.com/2007/03/la-silla-vacia.pdf>

Causas del divorcio. (2013, 06 de diciembre). Recuperado de

<http://psicologa-sos.blogspot.com/2008/03/algunos-efectos-del-divorcio-en-la.html>

Апexос



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL
 PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso: <u>Práctica IV (Profesional Dirigida)</u>	Ciclo: <u>2015</u>
Pre-Requisito: <u>Práctica I, Práctica II, Práctica III</u>	Código: _____
Trimestre: <u>X</u>	Jornada: _____
Sede: _____	Horario: _____

Inicio	2013
Fin	

Inicio	2013
Fin	

Inicio	2013
Fin	

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

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

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

OBJETIVOS

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

PROGRAMA OFICIAL

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos

Nota mínima de Aprobación: 70 puntos

Contenido de la asignatura: Psicología

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recopilación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos 	

Metodología:

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil establecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membreado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de prácticas 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 honorarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 800 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 deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesita guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos técnicos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

<i>Enero</i>
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
<i>Febrero</i>
Entrega de autorización escrita de centros de práctica.
Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 3
<i>Marzo</i>
Primera parte: Presentación de caso 3
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega de Informe mensual mes de febrero.
Primera parte: Presentación de caso 4
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<i>Abril</i>
Primera parte: Presentación de casos 7
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Entrega Informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<i>Mayo</i>
Cierre de primera fase. Autoevaluación
Entrega Informe mensual abril
<i>Junio</i>
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
<i>Julio</i>
Primera parte: Presentación de caso 12
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de Informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
<i>Agosto</i>
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Entrega de Informe mensual Junio
Primera parte: Presentación de caso 17
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<i>Septiembre</i>
Primera parte: Presentación de caso 21
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Entrega de Informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22
Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<i>Octubre</i>
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
<i>Noviembre</i>
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, Editorial Masson, México
- Psicología Anormal, Barlow D. Y Durand, M., Thomson Learning, 7ª edición México
- Manual de Psicopatología, Barlow A., Sandin S. & Ramos, F., McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna, Kolb, L., Plensa Médica Mexicana
- La Patología Menval y su Terapéutica, De la Fuente Ramón, Fondo de Cultura Económica
- La Entrevista Psiquiátrica, Harry Stack Sullivan, Edit. Psicum
- Psicoterapia Grupal, Jose de Jesús González Nuñez, Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia, Balak y Small, Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente, Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva, Ellis
- El Psicodrama, Moreno
- CRAIG, GRACE, Desarrollo Psicológico, Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología, Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS, conducta problema en el niño anormal, Editorial Trillas
- COLLINS, GARY, Consejería Cristiana efectiva, Editorial Pontavoz
- M. JACOBS, Ess Vos Interior, Editorial Cle



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**

"No habita ante nos calumnia solitaria"

Guatemala 29 de enero de 2013

Licda. María Luz Martínez – Licda. Cristina Lemus
Oficina Municipal de la Mujer
Presente

Estimadas licenciadas,

Descando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, ya que tenemos estudiantes interesadas en realizar su práctica en la institución que usted coordina.

Será para nosotros de mucho agrado y para nuestras estudiantes de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución : Oficina Municipal de la Mujer. Las estudiantes que desean colaborar en su Centro son: **Zuset Alejandra Álvarez Matta, Marissa Judith Sosa Márquez, Dery Judith Miranda Ardiano, Ana Lucía Fernández, Iñis Waleska Rosaes Croxón, Silvia María Solé Ortega, Olga Roxana Alfaro García.**

Las estudiantes, deberán llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Afectuosamente,

Lic. Mario Salazar

Coordinador General Campus El Naranjo

Universidad Panamericana



Vo.Bo. Institución _____

Marissa Sosa M.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Saber ante todo, adquirir sabiduría"

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Oficina Municipal de la Mujer (OMM)

DIRECCIÓN: Carretera 17-45 al Margen Este 24 Villa Nueva

NOMBRE DEL ENCARGADO: Lidia María Luz Martínez

Teléfono del Contacto/Encargado: 40292825

PUESTO: coordinadora del departamento de psicología

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN - POBLACIÓN QUE ATIENDE:
Atención psicológica y jurídica

población mixta (hombres, mujeres y niños)

mujeres víctimas de violencia interpersonal
pacientes referidos por el Ministerio Público

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: Ana Lucía Fernández

GRADO: 5to. Año Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social

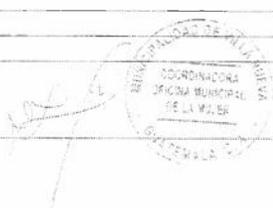
HORARIO DE PRÁCTICA: Día: Domingo

Horario: 3:00 pm a 4:00 pm

FECHA DE INICIO DE LA PRÁCTICA: Domingo 10 de febrero de 2013

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO



anelu2911@gmail.com

MVN-OMM-PSI-27-2013
Guatemala, 01 Octubre de 2013.

Licenciado
MARIO SALAZAR
Coordinador General Campus el Naranjo
Universidad Panamericana de Guatemala.
Presente.

Por este medio informamos que, la Señorita: **Ana Lucia Fernández** quién se identifica con número de carnet **0908858**; inició su Practica Supervisada en el mes de febrero y finalizo la misma en el mes de octubre del presente año, culminando Práctica en esta institución en la que brindo atención Psicológica, así como también llevó a cabo otras actividades propias de su profesión como Psicóloga Clínica en la Oficina Municipal de la mujer, de la Municipalidad de Villa Nueva.

Sin otro particular, atentamente.


Licda. María Luz Martínez
Departamento de Psicología
O.M.M.


Cristina Lemus Velasco
Directora O.M.M.
Municipalidad de Villa Nueva



Vo.Bo.

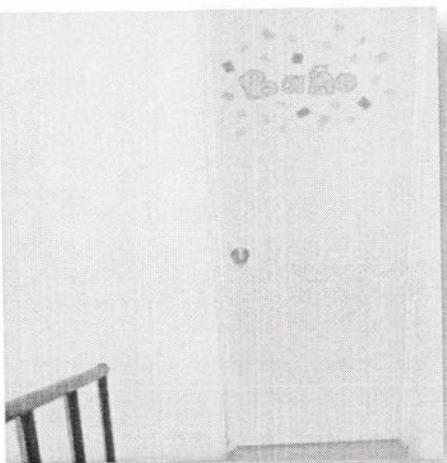
Ing. Javier Mauricio Reyes Paredes
Director de Recursos Humanos



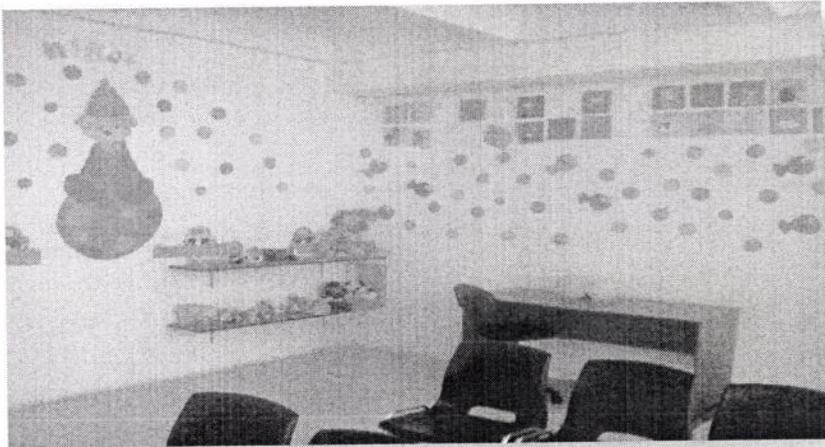
Villa Nueva próspera, educada y segura.



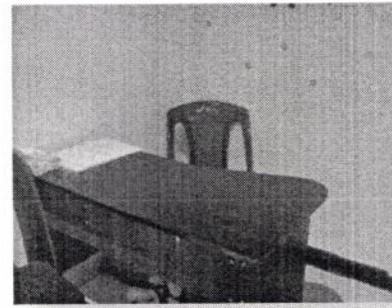
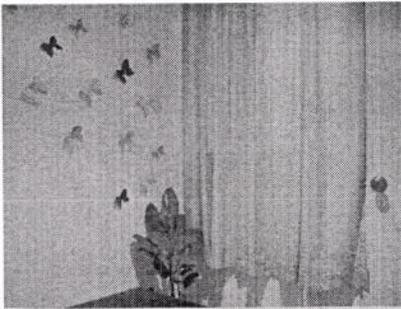
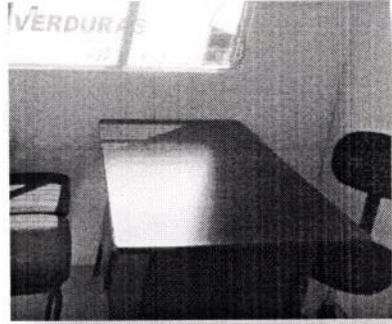
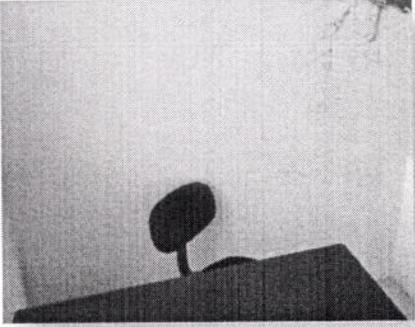
Imágenes de instalaciones de centro de práctica

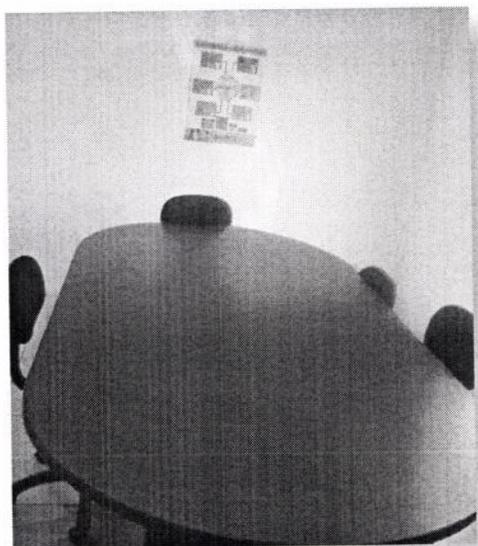


Primer Nivel



Segundo Nivel





Fotografias Talleres





Guatemala, 29 de noviembre del 2013

Estimada Licenciada
María Luz Martínez
Coordinadora
Departamento de Psicología
Oficina Municipal de la Mujer –OMM-
Presente.

Estimada Licenciada:

Un gusto el poder saludarle y desearle éxitos en sus actividades diarias. Durante el desarrollo de la práctica profesional realizada en tan prestigiosa institución, se tuvo la oportunidad de observar que el mayor número de casos atendidos está relacionado con efectos del estado de ánimo provocados por una infidelidad de pareja.

Ante lo antes expuesto y como aporte para la institución, se estructuró un trífolio informativo con la finalidad de ser una herramienta de apoyo en la salud mental y en el abordaje para los pacientes que han vivido esta situación.

Agradeciendo haber abierto las puertas de su valiosa institución al centro educativo al cual represento y a mi persona y esperando que este aporte sea de crecimiento para la institución.

Atentamente,

Ana Lucio Fernández
Estudiante
Licenciatura Clínica y consejería Social

Recuerda...

Hablar de crisis de pareja implica oportunidades par realizar cambios, es decir, cuando ocurra un desequilibrio será necesario buscar un nuevo balance.

Todas las parejas pasan por diversos cambios a lo largo de su vida, incluso enfrentan momentos de crisis como la infidelidad, pero solo quienes traban en armonía para superar los obstáculos en forma continua logran un relación sana, estable y feliz.

No olvides buscar la asesoría de expertos para que te brinden herramientas a ti a tu pareja para superar esos obstáculos. Y puedes contactar a:

Oficina Municipal de la Mujer –OMM-

6A. Calle 17-45, Zona 4 Nueva Ruta a Mayan Golf , Local No. 12 Comercial Mercado Nuevo,
Villa Nueva

PB.X. 66632222 Ext. 607

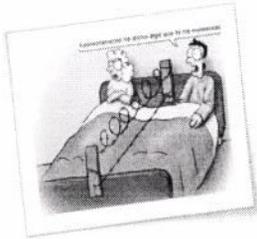
Factores que intervienen en una relación de pareja



¿Cómo se puede superar una crisis?

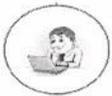
Elaborado por:
Ana Lucía Fernández
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social
Universidad Panamericana

Si tu relación enfrenta una crisis es bueno que lo tomes con paciencia y recuerdes los buenos momentos que los unieron. Asimismo, es preciso que indagues en el problema y trates de solucionarlo.



A continuación encontrarás algunas recomendaciones que podrían serte de apoyo para superar esos obstáculos:

En algunas ocasiones el empleo puede ser fuente de desgaste de la relación de pareja y esto afecta más a los adictos al tra-



bajo que descuidan a la familia por las largas horas laborales. Esto provoca distanciamiento y como consecuencia empobrecimiento en la intimidad e intercambio afectivo. Toma en cuenta que la diferencia entre las parejas satisfechas es la manera como administran, aprovechan y disfrutan su tiempo.



El problema con la familia es complicado sobre todo al inicio de una relación, porque el cambio de vida lleva complicaciones inesperadas. Sin embargo, es necesario entender las costumbres de la familia de tu pareja y así llegar a negociaciones para crear un nuevo sistema de convivencia.

Es necesario que cada uno pueda hablar de forma abierta de sus ingresos, gastos, metas y opinar de cómo administrar el dinero para satisfacer las necesidades de ambos, y tomar en cuenta que los objetivos a alcanzar ahora son en pareja.



Las relaciones saludables son aquellas en las cuales sus integrantes gozan de cierta libertad, esto no quiere decir que no tengan actividades en conjunto. Sin embargo también debe entenderse que cada persona tiene su mundo o espacio personal, o amistades.

Es saludable distribuir las tareas dependiendo del tiempo disponible, pero también de las habilidades propias de cada quien. Cuando las reglas son claras cada uno sabe sus responsabilidades y la relación marcha con un aura de armonía y paz.



La sexualidad constituye el valor más íntimo de cualquier pareja por ello es necesario protegerla, respetarla y conservarla. No obstante, existen ciertos hábitos que acaban con la pasión, como la rutina diaria, la falta de tiempo y de atención a la pareja. Al principio de una relación, incluso con un reducido nivel de dopamina, un hombre siente la necesidad de complacer a una mujer porque el desafío de gustarle estimula la producción de la hormona. Una vez que el reto desaparece, el nivel de la sustancia se viene abajo. Si además se añade la rutina la caída es mayor, incluso en medio de un ambiente con mucho amor. Además esta reacción provoca un déficit de serotonina de forma dramática en la mujer, lo cual destruye la relación amorosa por falta de pasión.





Departamento de Psicología
O.M.MVlla Nueva.

REG. _____

Ficha Clínica

I.

Datos Generales.

Nombre y Apellidos _____

Edad _____ Genero _____ F _____ M _____

Lugar y Fecha de
Nacimiento _____

Dirección

Actual _____

Tel. Casa _____ Cel. _____

Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

Escolaridad _____ Referido por _____

II.

Motivo de Consulta _____

NOTA: Si el paciente es Niña/Niño seguir a la siguiente página.

III. Historia Familiar

Lugar que ocupa en la Familia _____ No. Hermanos _____ Mayores _____
Menores _____
Nombre de la Madre _____
Nombre del Padre _____
Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____
Religión _____

IV. Historia de Crecimiento y Desarrollo

Prenatal, Perinatal, (Duración, curso, y control del embarazo) _____

Tipo de Parto _____

Peso _____ Talla _____ Complicaciones _____

Lloro al Nacer Si _____ No _____ Lactancia Materna Si _____ No _____ Duración
Años _____ Mes _____

Vacunación Completa: Si _____ No _____

V.

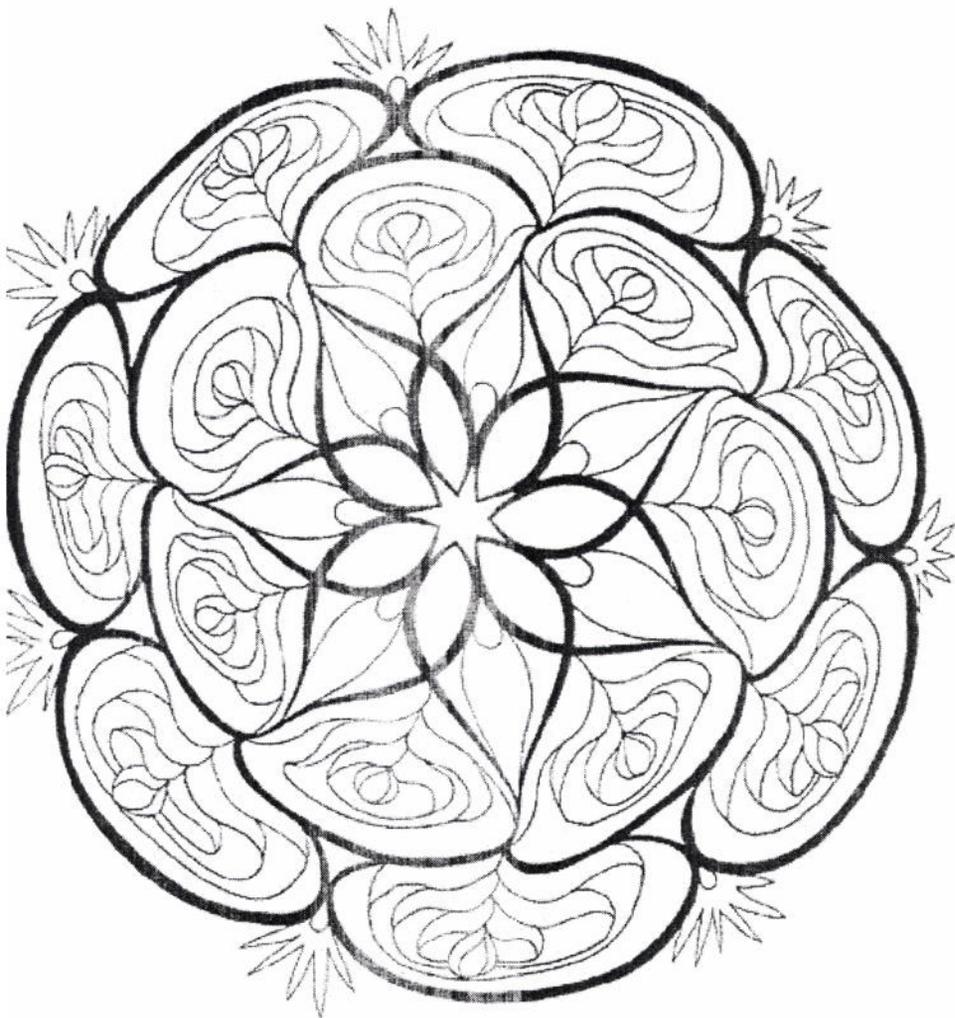
Enfermedades Padecidas

Nombre de Psicólogo Tratante _____

Fecha _____

Firma _____

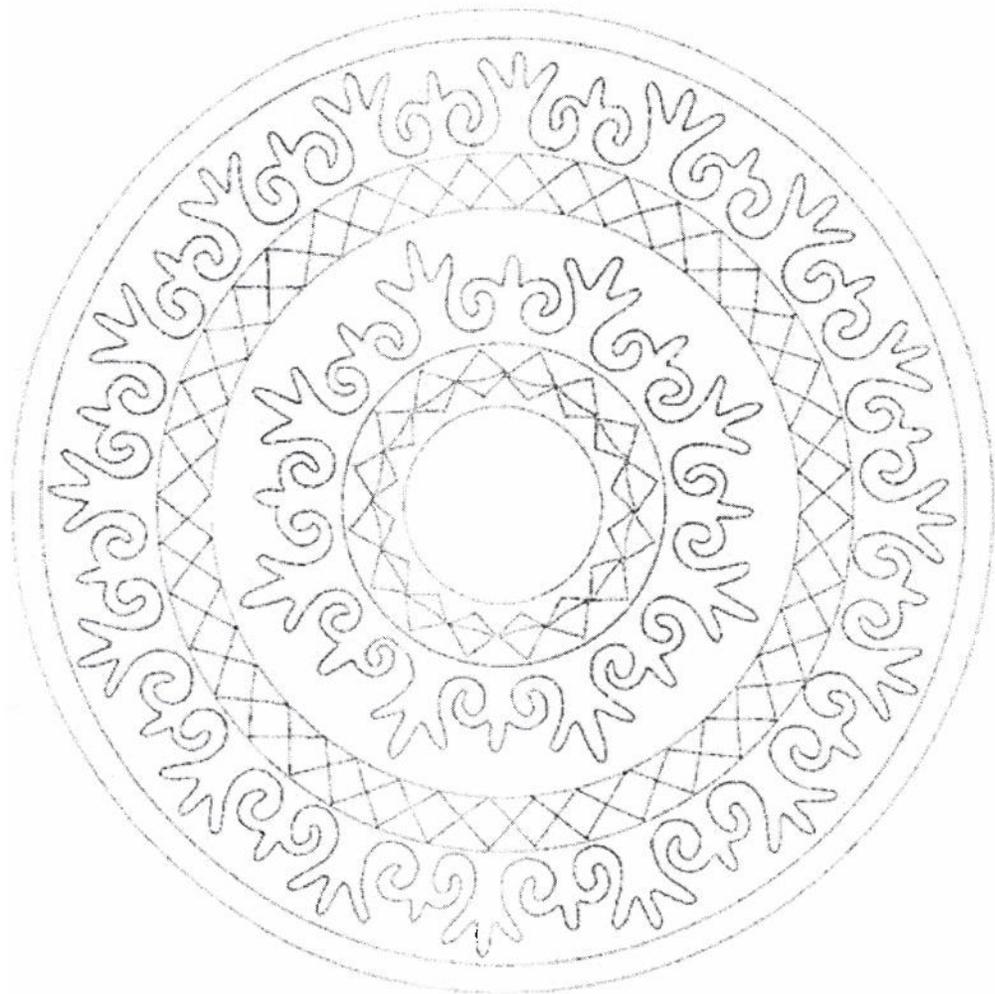
MANDALAS



Mandala-88

<https://orientacionandujar.wordpress.com/>

MANDALAS



Mandala-96

<https://orientacionandujar.wordpress.com/>

TERAPIA: Cognitivo Conductual

OBJETIVO: Restructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias

DESCRIPCION DE TAREA:

Se trata que el paciente pueda distinguir y clasificar las habilidades asertivas que posee.

Los componentes de esta tarea, es hacer que el paciente clasifique las habilidades asertivas. Explicándole que las habilidades asertivas se pueden desglosar en conductas verbales y conductas no verbales. Las primeras involucran el volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal, selección del momento apropiado para emitir la respuesta asertiva, y las diferentes modalidades de las respuestas de aproximación, rechazo y protección. Las conductas no verbales más importantes son, la distancia física durante la interacción, la postura, los movimientos corporales y de las manos, el contacto visual y la expresión facial o gesticular.

REGISTRO DE TIPO DE CONDUCTA

Nombre de la paciente: _____

NO ASERTIVA	AGRESIVA	ASERTIVA
<p>Ejemplo: COMO EMISOR Autodenigrado, inhibido, ansioso, permite que otros decidan por él. No logra la meta deseada.</p>	<p>Actúa a expensas de otro, expresivo, desprecia a otros, elige por los demás, logra la meta lastimando a otros.</p>	<p>Autoengrandecedor, expresivo, se siente bien, decide por sí mismo. Puede lograr la meta deseada.</p>
<p>Ejemplo: COMO RECEPTOR Autodenigrado, lastimado, humillado, defensivo, no logra la meta deseada.</p>	<p>Culpable o enojado, desprecia al emisor, logra la meta deseada a costa del emisor.</p>	<p>Autoengrandecido, expresivo, puede lograr la meta deseada.</p>

TERAPIA: Cognitivo Conductual

OBJETIVO: Restructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias

DESCRIPCION DE TAREA:

El objetivo es introducir al paciente, a través de una plática que incluirá: la definición de conducta asertiva contrastándola con la conducta no asertiva o pasiva y la conducta agresiva, y lo que podría lograr como resultado del entrenamiento asertivo. Se le explicará que el comportamiento agresivo es la negación de los sentimientos y derechos del otro, mediante la culpabilización, insultos y otros comportamientos que dañan a la persona y tienden a generar una actitud defensiva en ésta.

El comportamiento no asertivo o pasivo se describe como la negación de los derechos propios y la expresión de los sentimientos de uno mismo. Usualmente incluye expresiones formuladas de manera indirecta que favorecen las malas interpretaciones.

El comportamiento asertivo se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni los de los demás. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los sentimientos de los demás y facilita la comunicación.

A continuación se procederá a representar escenas que muestren los tres tipos de comportamiento, un ejemplo de esas escenas es el siguiente:

"Imagine que la examinará un médico y le prescribirá un medicamento que usted no conoce, tampoco le dará ningún diagnóstico. El médico parece tener prisa y a usted le gustaría saber el diagnóstico y recibir una explicación sobre su decisión de recetar ese fármaco".

Posteriormente se describen una serie de características de las diferentes formas de comportamiento, en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe.

“EL PEOR ESCENARIO”

Nombre de la paciente: _____

ACONTECIMIENTO	¿QUE ES LO PEOR QUE PUEDE SUCEDER?	¿QUE ES LO MAS PROBABLE?

TERAPIA: Terapia cognitiva

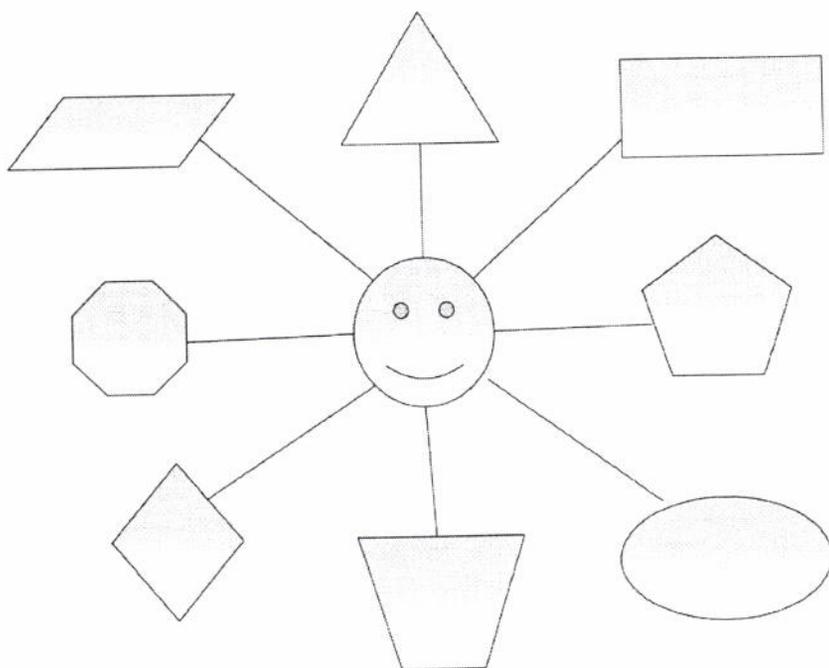
OBJETIVO: Reestructuración Cognitiva

DESCRIPCION DE TAREA:

Este ejercicio consiste en que el paciente realice un listado acerca de lo peor que puede suceder en determinada situación y que es lo probable.

Este ejercicio se puede complementar enseñando al paciente ejercicios de relajación para internalizar ideas racionales.

Mi red de apoyo



AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

© Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994
Revisión: 2003

A partir de una evaluación personal lo más objetiva posible indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha el número aplicable a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

4. Siempre	3. Casi Siempre	2. Algunas Veces	1. Nunca
			4 3 2 1
1. Me siento alegre.			
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.			
3. Me siento dependiente de otros.			
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.			
5. Me siento triste.			
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.			
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.			
8. Siento que soy agradable a los demás.			
9. Es bueno cometer errores.			
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.			
11. Resulto desagradable a los demás.			
12. Es de sabios rectificar.			

13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contento(a) con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecto(a).				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.				

31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímido(a).				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.				
35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresivo(a).				
38. Me aterran los cambios.				
39. Me encanta la aventura.				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				
TOTALES DE CADA COLUMNA				
TOTAL				

INTERPRETACION DEL AUTOEXAMEN

En cada columna sume las marcas de cotejo y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la primera fila se multiplican por 4 y equivalen a 40. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cuatro columnas, y anote ese total. Examine, entonces, la interpretación de los resultados con la tabla siguiente

160-104	Autoestima alta (negativa)
103-84	Autoestima alta (positiva)
83-74	Autoestima baja (positiva)
73-40	Autoestima baja (negativa)

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irritado más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
 - No deprimido: 0-7
 - Depresión ligera/ menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
 - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4

Sentimientos de culpa	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	0 1 2 3 4
Suicidio	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	0 1 2 3 4
Insomnio precoz	
<ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	0 1 2
Insomnio intermedio	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	0 1 2
Insomnio tardío	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	0 1 2
Trabajo y actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda 	0 1 2 3 4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
<ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	0 1 2 3 4
Agitación psicomotora	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	0 1 2 3 4



<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Tensión subjetiva e irritabilidad- Preocupación por pequeñas cosas- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla- Expresa sus temores sin que le pregunten	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Ligera- Moderada- Severa- Incapacitante	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	<p>0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Débil- Grave	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Preocupado de sí mismo (corporalmente)- Preocupado por su salud- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	<p>0 1 2 3</p>
<p style="text-align: center;">Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana- Pérdida de más de 500 gr. en una semana- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none">- Se da cuenta que está deprimido y enfermo- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.- No se da cuenta que está enfermo	<p>0 1 2 3</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
2. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.
3. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986(14): p.324-334.
4. Ramos-Brieva, J.C., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988(22): p. 21-28.
5. Bobes, J B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.
6. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
7. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*, 2006. 12(4): p. 73-82.
8. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? *J Nerv Ment Dis*, 2005. 193(3): p. 170-5.

TEST DE CODEPENDENCIA

1. El concepto que tienes de ti mismo depende de lo que él o ella piense de ti.
2. El sentirte bien o mal depende del grado de aprobación que obtengas de tu pareja.
3. Los problemas de él o ella te afectan a ti en gran modo.
4. Tu enfoque está centralizado en resolver los problemas de tu compañero (a), más que en resolver los tuyos.
5. Tu meta en todo momento es complacer a tu pareja.
6. Tu enfoque mental es protegerlo(a) en todos los aspectos de su vida.
7. Centralizas tu atención en manipular las cosas de manera que él o ella siempre haga lo que tu desees.
8. No te importa que tu autoestima sufra con tal de evitarle a tu pareja un sufrimiento.
9. Tus pasatiempos y diversiones los pones a un lado con tal de verlo a él o a ella feliz disfrutando de lo que le gusta.
10. Te gusta escoger su ropa a tu gusto para complacer tu ego cuando sales con él o con ella.
11. Su comportamiento en eventos sociales afecta directamente tu autoestima, te sientes orgulloso(a) o avergonzado(a).
12. No estás consiente de lo que quieres o de lo que sientes, sin embargo, estás muy consiente de lo que tu pareja quiere o siente.
13. Tus metas y planes para el futuro al igual que tus sueños están ligados directamente a los de tu pareja.
14. Tu círculo de amistades encierra únicamente las personas que tu pareja acepta como tus amigos.
15. El darte por completo a la relación con él o con ella, te hace sentirte muy seguro(a) en tu vida sentimental.
16. Tu mayor preocupación es decir algo que pueda disgustar a tu pareja.
17. Pones tus creencias religiosas y tus valores morales a un lado para conectarte sentimentalmente a tu compañero(a).
18. Te importa su opinión en todos los aspectos y te da temor expresar la tuya por temor a disgustarlo.
19. La calidad de vida que tienes está basada en la calidad de vida que tu pareja tiene.
20. Sacrificas tus propios gustos en cuanto al tipo de películas que te gustan, tu comida favoritas y reuniones sociales con tal que puedas complacer sus gustos.

Si estás de acuerdo con 0-5 afirmaciones

Si te has identificado con cinco de estas afirmaciones, eres co-dependiente de tu pareja pero no al extremo.

Todavía conservas una personalidad que te define como individuo que tiene pensamiento propio y te atreves a decidir en varias áreas de tu vida.

Si estás de acuerdo con 5-10 afirmaciones

Si te identificas con diez de estas afirmaciones deberías centralizar tu vida un poco más en lo que a ti te gusta hacer, por supuesto sin descuidar tu relación sentimental.

No debes perder las características de tu personalidad y tus gustos ni anularte al punto que tu autoestima sufra.

Busca los grupos de apoyo CODA, infórmate sobre los perjuicios que trae a tu vida el ser una persona codependiente.

Si estás de acuerdo con 10-15 afirmaciones

Si te identificas con quince de estas afirmaciones tienes definitivamente un problema serio de co-dependencia, debes trabajar en enfocarte en tus metas y sueños individuales sin descuidar tu relación.

Debes pensar con pensamiento propio y no basado en lo que tu pareja piense o sienta.

Deberías buscar ayuda psicológica y los grupos de apoyo CODA para ayudarte a ti mismo(a) a salir de la telaraña de la codependencia.

Si estás de acuerdo con 15-20 afirmaciones

Eres una persona totalmente co-dependiente de tu pareja, te has anulado a ti mismo(a) para complacer a ese ser que tienes a tu lado.

Te importa poco tu "yo" y tu enfoque diario está centralizado en como hacer para que tu pareja sea feliz.

No te importa renunciar a todo lo que te gusta con tal que la otra persona se sienta satisfecha.

Auto Diagnóstico de la Codependencia

Responda con honestidad las preguntas, sume los puntajes obtenidos y revise las recomendaciones que aparecen al final.

1. ¿Usted cree y siente que es responsable por otras personas; por sus sentimientos, pensamientos, acciones, decisiones, deseos, necesidades, bienestar o malestar, incluso por lo que les ocurra en el futuro?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

2. ¿Se siente usted instintivamente impulsado a ayudar a otras personas a resolver sus problemas, aún cuando ellos no le hayan pedido ayuda?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

3. ¿Se encuentra a usted mismo diciendo sí, cuando en realidad querías decir no, haciendo cosas que realmente no desea hacer, haciendo más de lo que se consideraría una repartición justa del trabajo, o haciendo cosas para otras personas que ellos pueden hacer por ellos mismos, y entonces sintiéndote resentido y victimizado?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

4. ¿Se siente aburrido, vacío y sin valor, si no existe una crisis en su vida, un problema que resolver, o alguien a quien ayudar?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

5. ¿Usted cree que alguien es responsable de cuidarlo y de hacerlo feliz?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

6. ¿Usted cree y siente que alguien, o el problema de alguien está controlando su vida?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

7. ¿Es el sentimiento de culpa quien determina sus prioridades? Por ejemplo, ¿hace usted lo que quiere hacer y piensa que es bueno para usted, o usted hace lo que piensa que debe hacer para minimizar la culpa y crear autoestima?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

8. ¿Se siente usted culpable por lo que piensa y siente y lo niega?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

9. ¿Se preocupa usted por una persona hasta el punto donde pierde sueño y no puede relajarse y disfrutar de la vida?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

10. ¿Piensa usted acerca de otra persona y acerca de sus problemas más de tres veces por día?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

11. ¿Está usted tan preocupado por alguien que se ha deprimido y enfermado físicamente?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

12. ¿Está usted tan preocupado por alguien que está tomando sedantes, o está ingiriendo alcohol para poder manejar la ansiedad resultante?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

13. ¿Cree usted que no puede ser feliz hasta que otra persona - padre, hijo, amigo, amante o pareja - cambie su conducta? ¿Está usted esperando que otra persona cambien para poder ser usted feliz?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

14. ¿Usted abandona su rutina abruptamente y dejas de vivir su vida, porque está muy molesto con alguien?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

15. ¿Usted trata de controlar los eventos y a las personas, a través de retirar el afecto, producir sentimientos de culpa, coaccionar, amenazar, dar consejos no solicitados, ejercer manipulación, o dominación?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

16. ¿Se siente confundido, desamparado, algunas veces piensa que se volverá loco, a causa de la forma que se ha involucrado en la vida de otra persona?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

17. ¿Le permite usted a alguien que lo abuse física o emocionalmente?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

18. ¿Está usted abusando emocional y físicamente a alguien?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

19. ¿Se siente atacado y defensivo cuando otras personas hablan de usted?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

20. ¿Se siente que tiene que ponerse furioso y gritar para que lo oigan?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

21. ¿Busca usted la aprobación de otras personas por su conducta o decisiones?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

22. ¿Trata de probar que usted es suficientemente bueno para otras personas, pero se olvida de preguntarse si esas personas son suficientemente buenas para usted?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

23. ¿Se siente usted atrapado en las relaciones?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

24. ¿Culpa a otras personas de las circunstancias de su vida?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

25. ¿Usualmente usted no dice lo que siente?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

26. ¿Usted pide lo que necesita de manera indirecta o muchas veces no habla de eso?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

27. ¿Miente para proteger y cubrir a las personas que quiere?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

28. ¿Está tolerando conductas que usted ha dicho que nunca toleraría?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

29. ¿Lo ha herido alguien tan profundamente que usted ha perdido su fe espiritual?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

30. ¿Alguien lo ha herido tan profundamente que ha estado usted pensando en hacer, y haciendo cosas para castigar y vengarse de esa persona?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

31. ¿Está la ira de alguien controlando sus acciones? Por ejemplo, ¿inviertes mucho tiempo y energía pensando y escogiendo la conducta que será la que menos provocará la ira de esa persona?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

32. ¿Tienes sexo con alguien aunque no lo quieras tener?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

33. ¿Tiene usted dificultades para relajarse y divertirse?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

34. ¿Se siente estancado, atrapado y desesperanzado, pero te dices a ti mismo que tu problema no es tan serio como para necesitar ayuda?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

35. ¿Ha hecho el problema de otra persona que usted se separe y se aísle de las cosas y las personas que usted disfruta?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

36. ¿A pensado en el suicidio o ha deseado la muerte como un escape a una relación intolerable?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

Clave de Corrección y Recomendaciones

0 - 10 puntos

En la mayoría de los casos, este puntaje significa que la conducta está dentro del área segura. Sería beneficioso para usted que obtenga más información sobre la codependencia y la adicción.

11 - 25 puntos

Este puntaje significa que la conducta está en la zona amarilla o de precaución. Sería de utilidad que obtuviera más información acerca de la codependencia, la adicción; así como comenzar a trabajar en estas conductas. También sería de utilidad la asistencia a grupos de autoayuda tales como codependientes anónimos, o familias anónimas.

26 ó más puntos

Este puntaje es señal clara de problemas relativos a la codependencias. Recomendamos altamente buscar ayuda profesional, así como la asistencia regular a grupos de autoayuda como codependientes anónimos, o familias anónimas. Es necesario además conseguir información apropiada acerca de la codependencia y la adicción.