

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



Causas y efectos psicosociales de la desintegración familiar, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES, sede Chimaltenango.

(Sistematización de Práctica)

Aracely Martinez Rompich

Chimaltenango, Junio 2013

**Causas y efectos psicosociales de la desintegración familiar, detectados en la
Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES, sede Chimaltenango.**

(Sistematización de Práctica)

Aracely Martinez Rompich (Estudiante)
Licda. Sonia Pappa (Asesora)
Lic. Mario Salazar (Revisor)

Chimaltenango, Junio 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesora:

Licda. Sonia Pappa

Revisor:

Lic. Mario Salazar



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Aracely Martínez Rompich**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, treinta y uno de octubre de dos mil doce. –

*En virtud que el **Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Asociación de Mujeres en Solidaridad, Guatemala, presentado por la estudiante Aracely Martinez Rompich. Quien se identifica con número de carné 805562 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.***



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**

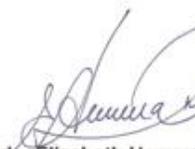
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala 26 de enero del dos mil trece.-----

En virtud que la Sistematización de el Informe Final de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Causas y efectos psicosociales de la desintegración familiar, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES, sede Chimaltenango.** Presentado por la estudiante: **Aracely Martínez Rompich,** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicopedagogía, 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. Marjo Alfredo Salazar Marroquín
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los dos días del mes de Abril del año 2013.

En virtud de que **La Sistematización de Práctica** con el tema "**Causas y efectos psicosociales de la desintegración familiar, detectados en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES, sede Chimaltenango**", presentado por: **Aracely Martínez Rompich** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Práctica**.



Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión	1
1.3 Visión	2
1.4 Valores organizacionales	2
1.5 Organigrama de Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES	2
1.6 Objetivos	3
1.7 Tipo de población que atiende	3
1.8 Planteamiento del problema	3
Capítulo 2	
Referente teórico	
2.1 Causas y efectos de la desintegración familiar	5
2.2 Psicopatología	15
2.3 Psicodiagnóstico	51
2.4 Psicoterapia	68

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1	Programa de práctica	109
3.2	Cronograma de actividades	113
3.3	Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	118

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1	Programa de atención de casos	125
4.2	Programa de capacitación	147
4.3	Programa de elaboración proyecto de salud mental	156
4.4	Presentación de resultados con gráficas	162

Conclusiones	167
--------------	-----

Recomendaciones	168
-----------------	-----

Referencias	169
-------------	-----

Anexos	171
--------	-----

Resumen

A continuación se presenta el informe final de la práctica profesional dirigida, de la carrera de licenciatura en Psicología y consejería social. Estando integrado por cuatro capítulos, los cuales se detallan a continuación:

El capítulo uno, pertenece al marco de referencia, es en este apartado que se describe el centro de práctica, que incluye misión, visión, objetivos, organigrama, población que atiende, descripción de la población y planteamiento del problema que se detectó frecuentemente.

En el capítulo dos, corresponde al referente teórico, se realizó una investigación en relación a los trastornos más comunes, atendidos durante la práctica, en el área de psicodiagnóstico, psicopatología y psicoterapia. Así mismo el estudio del tema principal detectado.

El capítulo tres, pertenece al referente metodológico, que consta de la programación, cronogramas, planificación de las actividades, las capacitaciones desarrolladas para diferentes instituciones o grupos de personas.

En el capítulo cuatro, se da a conocer los resultados obtenidos en el programa de atención de casos, programa de capacitación que incluye las agendas que se utilizaron durante el taller, resultados obtenidos durante la realización del proyecto de salud mental. Así mismo se presentan gráficas y análisis de resultados en atención de casos, programa de capacitación y proyecto de salud mental, dando a conocer, logros, limitaciones, conclusiones y recomendaciones.

Introducción

A continuación se presenta el informe final de la práctica profesional dirigida de la carrera de Licenciatura en Psicología Social, la cual se desarrolló en la Asociación de Mujeres en Solidaridad, quien se identifica con las siglas AMES, con sede en el departamento de Chimaltenango, se dedica a velar por el bienestar de las mujeres y familias de las mismas.

Uno de los principales temas a abordar son: causas y efectos de la desintegración familiar, porque las familias se desintegran, que efectos que causan a cada uno de sus integrantes, y tipos de familia. También se analizará los efectos psicosociales que provoca este tema.

La indagación se realiza a causa de la demanda en que existe en el centro con numerosos casos de pacientes que tienen dificultad en su ambiente familiar, situación que afecta su vida emocional, familiar, laboral entre otros. Con la presente investigación se contribuirá a erradicar la problemática familiar, beneficiando al paciente a mejorar su vida personal y social.

La información es obtenida personalmente y a través de entrevistas e investigaciones. Lo cual se detalla a continuación.

Capítulo 1

Marco de referencia

En el presente capítulo se da información del lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida, de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social. Se describe su funcionamiento, sus objetivos, misión y visión, así como la forma de organización que posee. A continuación se presentan brevemente los datos más relevantes.

1.1 Descripción de la institución

La Práctica Profesional Dirigida se ha realizado en la sede regional de Asociación de Mujeres en Solidaridad quien se identifica como AMES, fue creada en el año 1996 y está ubicada en 1era. Calle, lote 31 zona 1, Colonia El Esfuerzo, Chimaltenango. La coordinadora de la Asociación es Esperanza Altamirano. El servicio lo brinda a través de sus programas, empoderamiento de las mujeres para su participación plena y una vida libre de violencia, violencia intrafamiliar, atención médica en salud integral y salud preventiva, incidencia política para el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres y fortalecimiento organizativo interno.

Es una organización de mujeres comprometida en el empoderamiento y desarrollo integral de las mujeres guatemaltecas. AMES atiende casos como: violencia intrafamiliar, abuso sexual, desintegración familiar, autoestima, depresión, entre otros. La población que atiende es especialmente a mujeres, niños y familias. Por lo tanto contribuye a la erradicación de violencia intrafamiliar, secuelas que provoca un embarazo no deseado y / o violación sexual, a través de atención psicológica contribuye a que su población posea salud mental.

1.2 Misión

AMES contribuye al desarrollo integral y la vigencia de los derechos de las mujeres, implementando un modelo propio de promoción y defensa de los derechos humanos,

específicamente laborales, sexuales y reproductivo, la salud integral y el derecho a la no violencia.

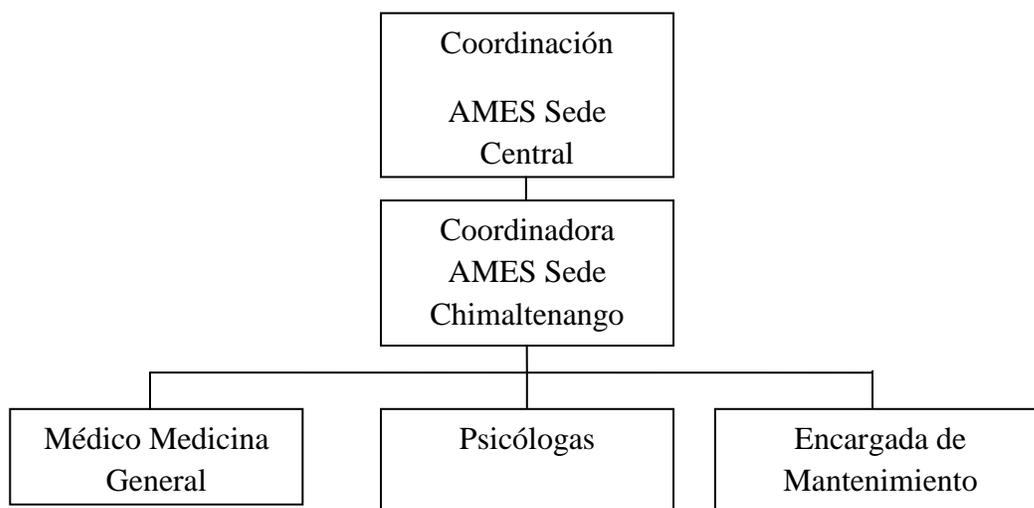
1.3 Visión

Promover la construcción de una sociedad democrática, equitativa entre mujeres y hombres, inclusiva de la diversidad de la población y con justicia social en Guatemala, a través del respeto a los Derechos Humanos y la erradicación de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

1.4 Valores organizacionales

- Solidaridad
- Responsabilidad social
- Humanitaria
- Lealtad
- Colaboración
- Respeto

1.5 Organigrama de Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES



1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Fortalecer conocimientos adquiridos en el proceso de formación profesional, a la vez desarrollar nuevos conocimientos en atención de casos clínicos.

1.6.2 Objetivos específicos

Poseer conocimientos en la atención de casos clínicos.

Brindar ayuda psicoterapéutica a las personas que necesitan y acudan a la Asociación.

1.7 Tipo de población que atiende

La población beneficiaria de la Asociación Mujeres en Solidaridad, AMES es especialmente mujeres, niños, adolescentes y jóvenes.

1.7.1 Descripción de la población que atiende

En su mayoría son de etnia indígena y recursos económicos bajos, población de todas las edades y religión.

1.8 Planteamiento del problema

Debido a problemas de violencia intrafamiliar, infidelidades, hijos no deseados, alcoholismo, entre otros, son algunas de las dificultades que afectan a los integrantes de las familias, causando desintegración familiar, se hace necesaria la atención psicológica con el fin de mejorar los efectos provocados por esta situación.

Capítulo 2

Referente teórico

Es una recopilación de los temas que se investigaron durante la práctica profesional dirigida, los cuales se describen con el propósito de profundizar el contenido de cada uno de ellos. Dichos temas han servido como base teórica para reafirmar el trabajo práctico. Es necesario analizar algunas temáticas que fueron objeto de atención ya que durante la práctica se observaron problemas específicos, por lo cual se eligió el tema que a continuación se desarrolla como una introducción de dicho capítulo.

2.1 Causas y efectos de la desintegración familiar

La desintegración familiar es un proceso que consiste en la ruptura progresiva o violenta de los lazos afectivos y materiales que hacen posible la vida familiar en armonía, disolviendo la vida conyugal y los miembros de la familia.

Cuando existe desintegración familiar en los hogares inician los problemas que afectan en la separación física y emocional, causando inestabilidad y afectando a todos los miembros del grupo familiar.

A continuación se hará un enfoque inicialmente sobre la familia, siendo esta la parte fundamental de toda sociedad, ya que su importancia en la formación integral de la persona es base para el equilibrio emocional.

2.1.1 La familia

Es la base fundamental de la sociedad; en la cual se establecen las normas que señalan cómo debe comportarse cada uno de sus integrantes, en especial los hijos, siendo por ello el núcleo más importante de cualquiera de los grupos sociales. Sus elementos básicos son el matrimonio y los hijos.

La familia es un grupo de personas relacionadas por lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, tías, primos; todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio.

2.1.1.1 La evolución de la familia

Los grupos familiares comenzaron a existir en tiempos primitivos de la cultura humana, es decir, en la prehistoria. Allí los miembros de la familia se alternaban parejas, sin criterios como los que rigen hoy en día. Esta fase en la historia de la familia podría llamarse como la de “promiscuidad”, en virtud de que no imperaba ningún tipo de ley, como la que rige actualmente en relación al incesto. A partir de que el hombre aparece en la tierra y luego de la etapa de la promiscuidad están las siguientes etapas en la historia de la familia:

- Etapa de la comunidad primitiva: Aparece cuando el hombre como tal surge en el planeta y se va a desarrollar según diversas formas de organización social.
- Etapa de la horda: Fue una forma simple de organización social, se caracterizaba por ser un grupo reducido, no había distinción de paternidad y eran nómadas.
- Etapa del clan: Obedecían a un jefe y estaban conformados por un grupo o una comunidad de personas que tenían una audiencia común. En este tipo de familia tenían gran importancia los lazos familiares.

Después de las fases en la historia de la familia surgieron nuevas etapas de organización familiar en forma precisa y cronológica:

- Etapa de la familia consanguínea: Es considerada la primera fase de la familia. Se clasifican los grupos conyugales por generaciones.
- Etapa de la familia punalúa: Se considera un tipo de organización familiar en el que hay un progreso.
- Etapa de la familia sindiásmica: En la historia de la familia aparece este tipo que está entre el salvajismo y la crueldad.

- Etapa de la familia monogámica: Surge en la historia de la familia durante la transición entre el estado medio y superior de la crueldad. Es un signo de lo que luego fue la civilización.
- Etapa de la familia poligamia: En este tipo de organización familiar había una pluralidad de cónyuges y tres tipos de poligamia: matrimonio grupal, poliandria, poliginia.
- Etapa del matriarcado: Se conformaba con la madre y sus hijos.
- Etapa de la familia patriarcal: Se trasmite de forma patrilineal el parentesco y así se establece el tipo de familia patriarcal. La autoridad máxima es el padre o el varón ascendiente de más edad.

2.1.1.2 Las funciones de la familia

La familia no sólo juega una función importante en la socialización, procreación y transmisión de la cultura a las nuevas generaciones, sino que también en la vida económica al constituir una unidad de consumo y en ocasiones también de producción.

Por lo tanto, clasifica las funciones que la familia realiza dentro de la comunidad en categorías:

- Biológica: procreación de los hijos y regulación del instinto sexual.
- Económica: producción y consumo de bienes y servicios.
- Educativa: formación de la personalidad y transmisión de la cultura.
- Religiosa: inculca valores y normas religiosas.
- Afectiva: proporciona afecto y ayuda moral a sus miembros.
- Recreativa: satisfacer la necesidad humana de descanso y recreo.

La familia por el hecho de ser la unidad primaria de la sociedad está comprometida a sobrevivir a las presiones externas que se ejercen sobre ella y, a cuidar física y económicamente a sus miembros, ya que no son capaces de asumir alguna función por sus propios medios. Además de criarlos en un ambiente propicio que les demuestre valor, derechos y obligaciones; en donde los padres serán el ejemplo a seguir.

2.1.1.3 Tipos de familia

Se encuentran diversos tipos de familia, debido a una gran cantidad de factores que intervienen en su desarrollo; a pesar de esto, sigue siendo unidad básica de la sociedad. Los tipos se detallan a continuación:

- **Familia nuclear**

Está formada por los padres e hijos, quienes habitan en la misma casa y mantienen relaciones estrechas en todos los aspectos de su vida. Los hijos pueden ser descendencia biológica de la pareja o adoptados; se forma al principio por el matrimonio; crece conforme nacen los hijos, disminuye cuando se casan estos últimos y termina con la muerte de la pareja de cónyuges, por ello la considera la unidad básica de la procreación.

- **Familia extensa**

Este tipo de familia está constituida por padres, hijos y otros parientes cercanos (abuelos, tíos, primos, entre otros), habitando en la misma casa y abarcando más de dos generaciones.

- **Familia incompleta**

El rasgo distintivo en esta familia, es la carencia de algunos de los padres y por lo general la causa de ello es el divorcio, el abandono o la muerte de alguno de los progenitores.

- **Familia compuesta**

Esta familia, llamada también familia mezclada o reconstituida es una estructura a la cual se adhieren uno o varios integrantes nuevos, ocupando el papel de alguno de los padres y pasan a ser padrastro o madrastra y los hermanos son hermanastro, por lo tanto, está formada por partes de familias nucleares.

2.1.2 Desintegración familiar

La desorganización familiar establece una característica de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria. Una desintegración familiar es el producto del

quebrantamiento de la unidad familiar y la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros.

La desintegración puede ser: física o emocional. La física: es cuando falta uno de los cónyuges, ya sea por causa voluntaria como divorcio, separación, abandono del hogar y causa involuntaria como muerte, guerra, cárcel o enfermedad.

La emocional es la relación inter-familiar que se caracteriza por falta de comunicación y comprensión, en donde los cónyuges viven juntos por compromiso, sin apoyo moral y afectivo. Presentando conductas agresivas, infidelidad, peleas constantes, gritos, no solo entre ellos mismos sino que en momento determinado hay actitudes hacia los hijos de palabras ofensivas e hirientes, incesto y todo lo referente a la violencia intrafamiliar. El adolescente no es un ente aislado de la familia, al contrario es parte importante de la misma y al haber ruptura del núcleo familiar, reciente enormemente el problema, afectándolo en todas sus etapas de crecimiento y desarrollo, trasladando su problema a todos los lugares en que se desenvuelve, como en su centro de estudio, dando como resultado el bajo rendimiento escolar, baja autoestima, regresiones, apatía, cambio de carácter, timidez, agresividad, conductas inapropiadas, inadaptación o rechazo por la familia y la sociedad; que podrían unirse en algunas oportunidades en abandono de la escuela, ya sea porque no se sienta motivado a seguir o porque las autoridades de la escuela ya no soportan las actitudes de agresividad del estudiante. Estos factores determinan la conducta de los adolescentes que afecta su ámbito psicobiosocial y desempeño en su centro de estudio, puesto que no está ajeno a los problemas familiares.

Si el niño no recibe ayuda de alguna persona en este transe tan delicado, podría incluso buscarla en lugares no apropiados tales como pandillas, bandas o con personas que en lugar de ayudarlo, desviarán su atención a la realización de actividades inadecuadas, no correctas ante la sociedad. Si el adolescente no tiene un núcleo familiar consolidado, no tiene sus valores bien fundamentados, no tiene identidad, ni sentido de pertenencia, su autoestima está baja; buscará en grupos ajenos a la familia, consolidar todos estos factores que son indispensables en todo este proceso de crecimiento y desarrollo integral del ser humano y que se van a consolidar en la enseñanza y aprendizaje del niño.

La personalidad del ser humano se forma de los 3 años a los 7 años de edad, pues es cuando mayor estabilidad emocional debe tener el niño y deberían reforzar sus valores éticos, morales y espirituales que tanta falta hacen en la sociedad.

El factor material también afecta el núcleo familiar sobre todo por los problemas económico-sociales como sub empleo y desempleo de parte de los padres de familia, el adolescente se ve afectado por no poder cubrir sus necesidades básicas (vestuario, alimentación, vivienda), que deben tener satisfechas para un mejor rendimiento escolar. Este factor influye en la deserción escolar. La falta de uno de los padres, dará como resultado que el adolescente no cuente con el apoyo de la persona que le cubriría alguna necesidad, es decir que si falta, por ejemplo, el padre de familia por muerte y es este quien sostenía el hogar, el adolescente ya no contará con las mismas condiciones económicas que le permitan mantener el mismo nivel de vida para cubrir sus necesidades básicas.

Por dicha situación se desprende que podría haber abandono de actividades escolares y que hasta que la otra cabeza de hogar se reponga, el adolescente podrá seguir estudiando. Al faltar la madre, el adolescente se verá desprotegido y abandonará poco a poco sus estudios, hasta bajar su rendimiento escolar, ya que esta cumple una función importante en la educación de los hijos, en cuanto al cumplimiento de sus tareas, asistencia a sesiones escolares, a su estudio diario y limpieza personal; pues la madre pone en él ternura, cariño, disciplina y atención.

Cuando la familia es disfuncional, es decir que no pueden convivir juntos, caminar, ni comunicarse entre sí, ya sea por discordias, conflictos, disgustos, pleitos, desavenencias y por problemas de agresividad, alcoholismo o violencia, es preferible el divorcio y/ o separación. Dichas causas afectan principalmente a los hijos, presentando en su mayoría conductas inapropiadas dentro de la sociedad.

Es por eso preferible que la pareja se divorcie o separe para que los hijos crezcan en un ambiente tranquilo y solaz para que no pueda afectar su aspecto psicológico y que al formar su familia no puedan llevar a éste, remordimientos que tengan dentro de su ser, haciendo un círculo vicioso que se pueda repetir.

El concepto de hogar desunido o desintegración familiar, se aplica a un número grande de situaciones heterogéneas que provocan repercusiones psicológicas principalmente en los hijos.

La desintegración familiar es un problema en la medida en que una estructura existente se hace disfuncional, no puede desempeñar eficazmente su finalidad específica, creando consecuentemente un desequilibrio en sus interrelaciones con las demás estructuras sociales.

2.1.2.1 Formas de desintegración familiar

Como ya se ha mencionado, la desintegración es uno de los principales factores que atañe al núcleo de la sociedad; existen diversos tipos de desintegración, los cuales se muestran en los puntos siguientes.

✓ Abandono

Se da cuando alguno de los padres decide dejar el hogar, debido a que no se siente feliz y tiene otras expectativas en la vida, o porque el ambiente está muy tenso, predomina la discordia y no hay armonía, por lo cual no pueden seguir juntos y tampoco por el supuesto bien de los hijos, ya que los daña mucho más.

✓ Divorcio

Se ha definido como el vínculo familiar que se rompe entre la pareja, ya sea por decisión de alguno de ellos o por común acuerdo; para divorciarse se deben presentar ante las autoridades de Registro Civil, encargadas de dictaminar en que término se disolverá la unión y los derechos u obligaciones que cada uno de los padres tendrá con los hijos, si hubiese.

✓ Abandono involuntario

Se da cuando alguno de los padres, por enfermedad o muerte deja el hogar, es decir, no es deseado y es inevitable.

Los efectos causados en los adolescentes por este tipo de desintegración son diferentes a los de las otras formas; en los hijos varones de seis a nueve años de edad la muerte de su padre le crea aspecto negativo mayor, pero de menor intensidad comparados a los del divorcio o el abandono.

✓ Desintegración familiar estando la familia junta

Estos casos se caracterizan por las relaciones conflictivas que establecen sus miembros, dando origen a recelos, temores y fricciones permanentes. Frecuentemente ese tipo de familias son incapaces de planear y realizar tareas, y resolver los problemas juntos; expresan conflictos extremos que no tienen la habilidad de comunicarse con el resto de la familia, lo cual priva al niño de un ambiente armonioso y estable, brindándole una atmósfera hostil que obstaculizará su crecimiento psicológico.

En la actualidad resulta más fácil aceptar un divorcio que permanecer en un matrimonio infeliz, que sólo dañará la autoestima de los esposos y de los hijos.

2.1.2.2 Factores que ocasionan la desintegración familiar

Los factores más comunes que han contribuido a la ruptura familiar son de diversa índole, en lo económico se encuentra la falta de empleo, la pobreza extrema y el ocio; en lo afectivo, la falta de amor entre la pareja o cualquiera de sus integrantes, los vicios y la desviación de costumbres; en lo cultural, la falta de escolaridad, educación y buenos modales. Entre ellos se mencionan:

- ✓ **Machismo:** cuando el padre quiere abusar de su poder y es violento con los miembros de su familia, sobre todo con la esposa.
- ✓ **Adicción:** se da un rechazo social por usar alguna sustancia adictiva.
- ✓ **Emigración:** cuando uno o ambos padres buscan la opción de una mejor vida y abandona a su familia.
- ✓ **Religión:** cuando los miembros pertenecen a distintas denominaciones religiosas, puede llevar a una ruptura matrimonial por diferencias en creencias eclesíásticas.
- ✓ **Enfermedades incurables:** que puede llevar a un miembro de la familia a un aislamiento voluntario por ejemplo los pacientes con VIH-SIDA.

- ✓ **Defunción.** de uno o ambos padres trae como consecuencia que los hijos crezcan sin apoyo paternal, maternal o de ambos, lo que traerá como consecuencias que los menores se incorporen a maras o sean maltratados por otros parientes.
- ✓ **Infidelidad:** es el incumplimiento del compromiso de fidelidad. Hombres y mujeres, tienden a ser infieles de distinta forma. La infidelidad de una mujer suele ser mas "emocional" y la del hombre más "física"; es decir, una mujer se involucra infielmente desde el punto de vista psicológico, mientras que el hombre, comúnmente, solo busca algún placer.
- ✓ **Violencia intrafamiliar:** Puede ser un modelo de conductas aprendidas, en particular involucran amenaza o abuso físico, psicológico, sexual, económico, aislamiento social, castigo, intimidación entre otros.

2.1.2.3 Efectos de la desintegración familiar

Los niños y víctima de la desintegración familiar tienen características propias que los diferencian de otras, en lo general poseen bajo rendimiento escolar, problemas emocionales, autoestima baja, inseguridad, se aíslan y con frecuencia los sentimientos de abandono y de inferioridad los acompañan el resto de sus vidas.

a) Conductas problemáticas

- ✓ **Mala conducta en el centro educativo.** La desintegración familiar se asocia, en los niños y adolescentes, con una incidencia mayor de comportamiento anti social en el aula. Los hijos de hogares con padres casados tienen pocas incidencias de mala conducta en la escuela. Los estudiantes de familias divididas abandonan las clases en un índice notorio al de los hogares unidos.
- ✓ **Adicciones como fumar, consumo de drogas y alcohol.** Los adolescentes de familias divididas son más propensos al consumo de drogas y alcohol. Se establece que la estructura familiar tiene una relación significativa con el apego familiar.

- ✓ Actividad sexual y embarazo en la adolescente. Los adolescentes de familias divididas son más propensos a ser activos sexualmente.
- ✓ Actividades ilegales. Los jóvenes que no viven con sus padres biológicos tienen más probabilidades de tener problemas con las leyes.
- ✓ Problemas psicológicos. Los niños que crecen sin sus padres biológicos y en un hogar unido, tienen altos niveles de estrés, depresión, ansiedad, y baja autoestima. Se estima que durante sus años de adolescencia, pueden reducir su capacidad de concentración y atención en su centro educativo. La desintegración familiar tendrá efectos emocionales durante el resto de sus vidas.

2.1.3 Consecuencias de la desintegración familiar

Las familias que sufren alguna de las causas de la desintegración familiar presentan como consecuencias:

- Baja autoestima de uno o varios miembros de la familia, que pueden provocar depresión, que en caso de no ser tratada a tiempo puede llevar al suicidio en la persona.
- Prostitución, alcoholismo o adicción de alguno de sus integrantes.
- La lejanía de los padres, reflejada en el abandono de sus hijos, afecta emocionalmente.
- Los problemas de integración social, reflejados principalmente en el ámbito escolar de los niños, muestran bajo rendimiento escolar y dificultades interpersonales.
- La poca atención brindada a los niños y sobre todo a los adolescentes podría buscar refugio en las pandillas.

- El vivir con parientes cercanos, en muchas ocasiones no brindan el ambiente propio para el sano desarrollo de los infantes.

2.1.4 Prevención

Se podrían sugerir a los miembros de una familia algunas acciones que promuevan la integración familiar entre ellas podemos mencionar:

- Promoción en la familia, de situaciones que propicien la solidaridad y la ayuda mutua entre todos y cada uno de los miembros, por medio de comidas y salidas que tengan como objetivo primordial la mayor convivencia de sus integrantes.
- La comunicación entre padres e hijos, así como entre hermanos para evitar que los niños caigan en problemas como drogadicción o pandillas.
- La comprensión por parte de la pareja y de los padres hacia los hijos, educándolos bajo un marco de igualdad.

Estas medidas trataran de evitar las relaciones destructivas que terminen dañando o rompiendo los lazos afectivos, que deterioran la actividad individual y colectiva de sus miembros, de esta forma fomentar la confianza y autoestima de cada uno de ellos.

Como consecuencia, se debe trabajar en la institución de la familia previniendo situaciones que puedan causar desintegración con el fin de fortalecerla; logrando así que siga siendo el núcleo fundamental de la sociedad. Por lo tanto, es necesario que se implementen programas dirigidos a evitar la violencia intrafamiliar que pueda ocasionarse y ser objeto sus miembros.

2.2 Psicopatología

En el mundo griego y romano surge por primera vez el concepto de enfermedad mental. En los tiempos de la cultura griega la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones

sobre la locura, era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses enfurecidos. Sin embargo, dentro de la edad de piedra, específicamente en el Perú, se encuentra que el período prehistórico, en el mediterráneo oriental y en el norte de África, la utilización de técnicas como trepanación del cráneo y chamanismo.

La trepanación del cráneo, consistía en un procedimiento quirúrgico, donde se realizaba una perforación de una parte del cráneo con la ayuda de instrumentos agudos y en forma de agujas; la operación se ejecutaba con el objeto de liberar los espíritus malignos supuestamente causantes de los síntomas. Otros motivos para la operación, era la práctica de brujería, que se consideró un modo de permitir la entrada al cuerpo de una persona y el interés de obtener piezas de hueso para propósitos mágico religiosos.

La psicopatología se ha definido como la rama de la psiquiatría y la psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales. Etimológicamente, proviene del griego, donde "*psique*" es alma, "*pathos*" es sufrimiento, y "*logos*" es saber o conocimiento, por lo que la psicopatología se definiría por "un saber acerca del sufrimiento del alma, teniendo en cuenta que la definición de lo que es normal o anormal se puede guiar por diferentes criterios, por ejemplo, dependerá del criterio de salud y enfermedad que se conserva.

También está el criterio estadístico (lo que se aparta de una media poblacional), el criterio cultural (lo que cierta cultura considera como tal), el criterio clínico (por lo que alguien consulta y pide ayuda siendo, por lo tanto, motivo de preocupación o sufrimiento).

Así mismo estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica. Sus causas, síntomas, evolución y tratamiento. La psicopatología integra conocimientos sobre la personalidad, la conducta patológica, la estructura familiar y el entorno social.

2.2.1 Antecedentes

En la edad media se conocía la locura como una enfermedad somática, atribuida a un uso deficiente de la razón, o bien a pasiones que interferían con la razón o de un peculiar aparato

físico en estado de intoxicación o sueño. Las personas aceptaban que el origen de las enfermedades mentales era la posesión de la mente de los enfermos por un espíritu maligno sin importar la voluntad de la persona afectada; el pensar de esta manera era común y aceptado. Es decir, se aceptaba la locura como un desequilibrio, que a su vez posee dos significados: que representaba el fracaso del amor de Dios y el rechazo al orden previamente establecido y la falta de involucrarse en el mundo con el fin de ser premiado en el otro.

La iglesia fue un sistema o una institución de gran importancia y trascendencia en la edad media, teniendo como dilema determinar si la persona mostraba una conducta desviada, era un santo o un enviado del diablo. A finales del siglo VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio. La causa no era atribuible a la persona, sino que era causa de una trasgresión a la voluntad, o a un ser superior; y eran puesto bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal.

Estas ideas demonológicas prevalecieron en los albores del renacimiento. Otro de los grandes factores de la edad media además de la iglesia, fue la brujería. Luego se encontró una de las acciones más imponentes de la iglesia, como la inquisición.

En la edad moderna, se destaca el movimiento del renacimiento, donde todo conocimiento que pretendía ser científico debía ser demostrado empíricamente. Se pretendió clarificar cuadros clínicos definidos de las enfermedades mentales (psicosis maniaco-depresivo, personalidad psicopática) concibió a la enfermedad mental como una desviación de la normalidad, por lo tanto, era necesario buscar factores causales y para encontrar métodos terapéuticos en donde reintegraban al paciente a su estado original de salud.

En la edad contemporánea, se establecieron los principios de la reforma del tratamiento de los enfermos mentales. Distinguiendo tres categorías generales de las enfermedades mentales: melancolía, manía y demencia. La etiología de la enfermedad mental se discutía ampliamente y entre sus causas se citaban las congénitas y las ambientales. Los principios prescritos para el tratamiento consistían en la importancia de tratar a los pacientes con tacto, comprensión, con un enfoque autoritario y firme al mismo tiempo fuera agradable e individualizado.

Un factor importante en el siglo XIX atribuido primariamente al movimiento romántico del siglo XIX el interés por el inconsciente, es decir, la psicogénesis, como los conceptos metafísicos el inconsciente comparado con la voluntad; conceptos biológicos, inconsciente fisiológico. Conceptos basados en la psicología profunda de carácter místico, mesmeriano y parapsicológico destacando el trabajo sobre los sueños el simbolismo del inconsciente, anticipando a ciertos puntos de vista freudianos y jungiano. Conceptos pre científicos destacando las representaciones inconscientes, como fundamento del consciente. El inconsciente dinámico se desarrolló como algo concomitante con la hipnosis por un grupo de médicos de la escuela francesa.

El estudio científico de la hipnosis se inició por el neurólogo Jean Martin Charcot (1825-1893). Él empezó a reconocer que los traumas de naturaleza sobre todo sexual a menudo hacían olvidar las ideas y sentimientos que se hacía inconsciente. Síntomas similares a la histeria, como la idea de parálisis, podían reproducirse experimentalmente mediante la hipnosis. También creía que la histeria podía curarse mediante la hipnosis, que él dividió en tres etapas sucesivas: letárgica, catalepsia y el sonambulismo. Por su parte, Pierre Janet (1859-1947) desarrolló la noción de automatismo psicológico, que consistió en la aparición de funciones psicológicas inferiores cuando las funciones superiores se encontraban alteradas. Entre sus descripciones clínicas están la histeria, la amnesia, las fugas, la anorexia, tics y otros síndromes. En la edad contemporánea, surge el Psicoanálisis, siendo su máximo creador, defensor e investigador Sigmund Freud, en su obra plantea la utilización de la interpretación de los sueños, la cual representó el mayor progreso en el entendimiento de la mente humana en tres aspectos: el primero, introdujo una técnica metodológica estricta en el estudio de los sueños; el segundo, confiaba en el estudio introspectivo del Yo, en contraste con la psicología objetiva de la época; y el tercero, colocó las bases para la fundación de la psicología en la que la normalidad y la patología se concebían como un continuum. La psiquiatría desde mediados de la década de 1950 está ligada históricamente a la corriente psicoanalítica progresivamente mezclada con la psicología del Yo que seguía predominando.

Para el año 1956, Erickson introdujo los conceptos de la identidad del Yo, difusión del Yo y crisis de identidad para explicar el desarrollo complejo de la personalidad, de la niñez a la edad adulta.

El desarrollo psicofarmacológico permitió que gran cantidad de enfermos mentales fueran capaces de funcionar de una manera más integrable y aceptable en las instituciones, era importante que muchos de los enfermos permaneciera menos tiempo en hospitalización o volvieran rápidamente con sus familiares.

En la actualidad la Psicopatología, según Vallejo (1981) existen seis puntos de la investigación científica tradicional, siendo:

- Determinación científica de la existencia de elementos psíquicos patológicos, psicopatología subjetiva y objetiva.
- Investigación de las propiedades y leyes del funcionamiento de los fenómenos psíquicos patológicos como fenomenológica y psicopatológica.
- Investigación de la naturaleza de cada uno de los elementos que constituyen la vida psíquica patológica como la psicopatología compresiva.
- Investigación de la explicación causal última de las leyes y propiedades descubiertas a través de la experiencia en psicopatología explicativa.
- Estudio del aspecto dinámico de las funciones en estado patológico en psicofísica patológica.
- Investigación del desarrollo de las funciones psíquicas, tanto en las fases ontogénicas, filogénicas y alteraciones patológicas.

En la psicopatología genética se destaca la unión de la normalidad o anormalidad de las relaciones psicosociales del enfermo mental, la cual no depende de la naturaleza de la psicosis que padece, sino de la posición psíquica que adopta ante la sociedad a consecuencia de la multitud de factores que intervienen.

Uno de los objetos de estudio de la psicopatología social es el estudio de los desordenes de la vida social directamente determinados por la enfermedad psíquica que padece la persona. En la psicopatología social, es esencial los efectos sociales de la conducta psicopática, que profundizan el problema de reeducación y readaptabilidad social de las personalidades psíquicamente anormales.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

Normalidad se refiere a que el comportamiento de una persona se encuentra dentro de los límites normales y que no registra signos y síntomas ni se observa alguna patología. Existe una mezcla armoniosa y perfecta de los distintos elementos cognitivos que permiten un funcionamiento óptimo.

La definición de normalidad se realiza desde cuatro perspectivas distintas las cuales se detallan:

- Normalidad como salud, que deriva del enfoque médico tradicional, si la persona es sana porque está libre de dolores, molestias e incapacidades, entonces es normal.
- Normalidad como utopía. Es lo ideal, lo óptimo, cuando todos los elementos del cuerpo trabajan de forma armoniosa y perfecta. Freud afirmó un yo normal es, la normalidad en general.
- Normalidad como promedio. Esta perspectiva se basa en el principio de la curva de campana que maneja la estadística. Lo que todo el mundo hace, tiene o es, se considera lo normal. Este concepto de normalidad es el que se emplea en los tests: tras aplicarlos a muchas personas, se obtienen los valores promedios y alrededor de ellos se estructuran las puntuaciones normales y anormales.
- Normalidad como sistema de transacción. Según esta perspectiva, la conducta normal es el resultado de una serie de sistemas que interactúan. Con esto se da a entender que hay cambios temporales en la situación de una persona que entran dentro de la normalidad. La normalidad no es estática, sino que varía con el tiempo.

Anormalidad significa cuando una persona no se encuentra dentro de los límites normales, posee alteraciones de los procesos mentales. Lo anormal es la base para poder definir lo normal, se puede dar cuenta del problema que existe. Y sus componentes claves son: La conducta anormal tiende a ser insólita en la población en general. También pasa por alto las normas sociales frecuentemente. Otro componente es la aflicción personal que tiene la persona. Así mismo la persona muestra incapacidad de trazarse metas.

Todas las personas tienen preocupaciones, temores, inseguridad, sentimientos de depresión entre otros. Estas emociones se transforman en anormales cuando la intensidad se presenta en una forma inesperada y severa. Es muy importante resalta que lo anormal para una cultura puede ser normal para otras culturas.

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

Se refiere al desequilibrio del estado mental de una persona, porque invierte el orden regular de la conducta. Los procesos psicológicos son la principal causa del desequilibrio mental. Las alteraciones psicopatológicas son generadas por anormalidad biológica como genética, bioquímica o neurológica.

También es el comportamiento anormal de las personas, afectando las áreas biológicas, psicológicas neurológicas o sociales. Causadas por las alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social del cual convive la persona. Esas alteraciones pueden ser del razonamiento, comportamiento, facultad de reconocer la realidad.

Algunos trastornos que fueron detectados en el desarrollo de la práctica profesional dirigida, se presentan a continuación:

2.2.3.1 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración de humor, también recibe el nombre de trastornos afectivos, el estado de ánimo de una persona puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando existe un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta angustia general.

Los síntomas son diferentes entre adultos, niños y adolescentes. Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre expresan su estado emocional. Los trastornos del estado de ánimo en los niños pone en riesgo de sufrir otros trastornos como, ansiedad, comportamiento perturbador y abuso de sustancias, que pueden persistir después de haber tratado los episodios de depresión inicial.

Todas las personas pueden sentirse tristes o deprimidas. Los trastornos del estado de ánimo son intensos y difíciles de controlar los sentimientos de tristeza normal. También se debe tener en cuenta que los factores como estrés y ciertos acontecimientos en la vida pueden exponer o potenciar los sentimientos de tristeza o depresión, lo cual dificultan su control.

Los problemas cotidianos pueden desencadenar un episodio de depresión. Existen determinadas situaciones como, un divorcio, la muerte de un ser querido, el fin de una relación afectiva o problemas académicos, donde la presión puede resultar difícil de sobrellevar. Como consecuencia de estrés, una persona puede experimentar sentimientos de tristeza o depresión.

2.2.3.1.1 Tipificación de los trastornos de estados de ánimo

Estos trastornos se dividen en tres partes los cuales se detallan a continuación:

- Primera parte describe: los episodios afectivos que son: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco.
- Segundo parte describe los trastornos del estado de ánimo por ejemplo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos.
- La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastorno depresivo unipolar trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos por ejemplo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado se distinguen de los trastornos bipolares por no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Los trastornos bipolares son: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, lo cual implican la presencia o historia de episodios maníacos,

episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

2.2.3.1.2 Clasificación de trastornos del estado de ánimo

A. Depresión

Del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento» es un trastorno del estado de ánimo. La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. La tristeza no es patológica, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de una persona en determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan su capacidad para relacionarse con otras personas o trabajar, la tristeza se convierte en un trastorno como la depresión, que influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, ya que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen antecedentes familiares.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista y se enfadan fácilmente, y el estrés las predispone a la depresión lo cual se da en niños, mujeres, hombres y ancianos.

- Depresión en la infancia y adolescencia

El niño deprimido puede simular estar enfermo, no tener deseos de ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, entre otros.

El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo como consumo de sustancias psicotrópicas o comportamientos suicidas.

Los comportamientos normales varían de una etapa a otra. Es difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está padeciendo de depresión. En ocasiones el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro.

- **Depresión en las mujeres**

La depresión afecta más a las mujeres que a los hombres, uno de los factores puede ser hormonal que contribuye a una tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia.

Las mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de algún anciano.

- **Depresión en los hombres**

La prevalencia global es inferior entre los varones. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedades coronarias. Sin embargo, se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria juntamente con un trastorno depresivo.

Además, el hábito de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. Los síntomas son diferentes a las mujeres, en los hombres se manifieste con irritabilidad, en lugar de sentimientos de desesperanza, por lo tanto, puede ser difícil de reconocer.

- Depresión en los ancianos

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos o ansiedad. Puede simular un cuadro de demencia senil. Cuando un anciano se deprime, en ocasiones se considera equivocadamente un aspecto natural de esa etapa.

A.1 Causas

Las causas de la depresión son variadas, entre ellas podemos mencionar la bioquímica, las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios.

También puede ser de origen familiar, principalmente en los niños perciben una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor.

O puede ser debido a una pérdida emocional como la pérdida de un trabajo, ruptura sentimental, fallecimiento de un ser querido entre otros, que afecte fuertemente su estado emocional y causa cambios bioquímicos que impulsen la depresión.

A.2 Síntomas

- Tristeza constante.
- Falta de interés en actividades que antes disfrutaban.
- Irritabilidad, pesimismo y fatiga.
- Insomnio o sueño excesivo.
- Pérdida o aumento del apetito.
- Dificultad para concentrarse.

- Sentimientos de culpa.
- Retraimiento.
- Inquietud.
- Incapacidad para tomar decisiones.
- Pérdida de la memoria.
- Disminución de la autoestima.
- Ansiedad o desesperación.
- Dolores de cabeza, espalda y estómago
- Frecuentes pensamientos suicidas.

Algunos síntomas como la tristeza y la desesperanza son emociones naturales y transitorias que invaden ante ciertas pérdidas o la persona siente que algún problema no tiene solución; cuando esas inquietudes persisten se intensifican al grado de no permitir que cumpla bien sus deberes laborales, estudiantil o que atienda con responsabilidad a su familia.

A.3 Tratamiento

Varias formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, se combinan con tareas para el paciente las realice en casa entre una sesión y otra.

✓ Tratamientos cognitivo conductuales

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce pensamientos irracionales que son la causa de la

depresión. La perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

✓ Los objetivos a obtener durante la terapia cognitivo conductual son:

- Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
- Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones.
- Añade una parte conductual importante con los experimentos conductuales. Consisten en poner a prueba los supuestos irracionales desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado de manera que proporcionen oportunidades de éxito para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Se usarán técnicas cognitivas y conductuales. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando 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 base en los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta.

La intervención irá completada de técnicas de retribución y para modificar imágenes, así como de distintos procedimientos para aliviar los síntomas afectivos.

✓ Psicoterapia psicodinámica breve

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la lucha entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve proyectan investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

A.4 Pronóstico

Tiende a ser crónico, recurren en los primeros 6 meses, incidencia de recaídas es menor con defensa antidepresiva. Episodios leves, de corta duración y sin síntomas psicóticos. Tendencia al alcoholismo y abuso de sustancias. Trastornos de ansiedad. Trastornos depresivos previos.

B. Trastorno Bipolar

Es una patología mental cuya característica predominante es lo anormal de un estado de ánimo a otro. Las personas que padecen de trastorno bipolar presentan cambios drásticos en su estado de ánimo ellos pueden estar con energía o ser eufóricos y de un momento a otro se muestran irritables, se sienten tristes, pesimistas, y se presenta en la vida del paciente como un círculo, porque después de que finaliza un episodio nuevamente inicia el ciclo. Los pacientes frecuentemente tienen estados de ánimo normales entre uno y otro ciclo. Afecta la regulación de las emociones.

El trastorno bipolar puede provenir de una tendencia familiar. Suele empezar al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta, entre los 15 y 25 años.

El trastorno bipolar no es lo mismo que los cambios que experimentan todas las personas. Los síntomas bipolares son más potentes y pueden dañar las relaciones interpersonales y tener dificultad en su área laboral o estudiantil. Algunas personas que sufren del trastorno bipolar intentan agredirse o incluso llegar al suicidio.

Este trastorno se divide en, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, ciclotímica y el trastorno bipolar no especificado.

B.1 Causas

Puede ser una combinación de factores genéticos y ambientales. Biológicamente es producido por alteraciones de algunos neurotransmisores cerebrales como noradrenalina, serotonina y acetilcolina, responsables directos del equilibrio del humor.

Los factores que pueden desencadenar un episodio maníaco en personas con trastorno bipolar puede ser a través de cambios en la vida por ejemplo un parto, ingerir psicofármaco como antidepresivos o esteroides, que períodos de insomnio o por consumo de drogas psicoactivas. Se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que han padecido dicho trastorno.

B.2 Síntomas

La fase maníaca puede durar días y hasta meses y puede abarcar los siguientes síntomas:

- ✓ Se distrae fácilmente
- ✓ Trastorno de sueño
- ✓ Control deficiente del temperamento
- ✓ Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol
- ✓ Consumo de drogas
- ✓ Deficiente capacidad de discernimiento
- ✓ Realiza gastos exagerados
- ✓ Estado de ánimo muy elevado
- ✓ Exceso de actividad (hiperactividad)
- ✓ Incremento de la energía
- ✓ Pensamientos acelerados
- ✓ Autoestima elevada
- ✓ Compromiso exagerado en actividades

Los síntomas de manía ocurren con el trastorno bipolar I. En las personas con trastorno bipolar II, los síntomas de manía son similares pero menos intensos.

Existe un alto riesgo de suicidio con el trastorno bipolar. Los pacientes pueden abusar del alcohol u otras sustancias, lo cual puede empeorar los síntomas y el riesgo de suicidio.

B.3 Tratamiento

Es de carácter farmacológico y psicoterapéutico, los períodos de depresión o manía retornan en la mayoría de los pacientes, incluso con tratamiento. Los objetivos del tratamiento son:

- ✓ Evitar que pase de una fase a otra.
- ✓ Evitar la necesidad de una hospitalización.
- ✓ Ayudar a que el paciente se desempeñe lo mejor posible entre episodios.
- ✓ Prevenir la autoagresión y el suicidio.

Se debe hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos. Se usa terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal (EMT) usa pulsos magnéticos de alta frecuencia que están dirigidos a las áreas afectadas del cerebro. Casi siempre se utiliza después de la terapia.

Terapia de comportamiento, se concentra en la conducta que puede aumentar o reducir la tensión y modos para disminuir ó aumentar experiencias agradables que pueden ayudar en mejorar síntomas depresivos.

La terapia cognitiva se concentra en la identificación y el cambio de los pensamientos y las creencias pesimistas que pueden conducir a la depresión.

La terapia interpersonal se concentra en la reducción del esfuerzo que un disturbio del ánimo puede causar en las relaciones.

La psicoterapia puede ser individual, grupal o familiar.

B.4 Pronóstico

Los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Sin embargo, los pacientes a menudo necesitan ayuda y apoyo para tomarlos apropiadamente y garantizar que la manía y la depresión se traten tan pronto como sea posible.

Algunas personas suspenden el medicamento tan pronto se sienten mejor o porque la manía se siente bien. Al suspender los medicamentos puede causar problemas serios.

El suicidio es un riesgo muy real tanto durante el estado de manía como durante la depresión. Las personas con trastorno bipolar que piensan o hablan respecto al suicidio necesitan atención urgente de inmediato.

2.2.3.2 Trastorno de ansiedad

La característica principal de un trastorno de ansiedad, se trata de un miedo irracional, que interfiere en el funcionamiento en la vida de la persona. Es un término general que abarca varias formas diferentes de un trastorno mental, caracterizada por miedo y ansiedad anormal y patológica. Los trastornos de ansiedad llegaron bajo la defensa de la psiquiatría hacia el final del siglo XIX. Gelder, Mayou y Geddes (2005) explican que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos y síntomas episódicos. El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa.

2.2.3.2.1 Ansiedad

La ansiedad del latín *anxietas*, “angustia, aflicción” es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico,

aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, ira, tristeza o felicidad. Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja".

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

2.2.3.2.2 Síntomas

- Falta de aliento o sensación de ahogo.
- Mareo, sensación de inestabilidad o de pérdida de conocimiento.
- Palpitaciones o aumento del ritmo cardíaco.
- Temblores o sacudidas.
- Sudoración.
- Sofocación.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Sensación de no reconocer su propio cuerpo
- Adormecimiento de manos.
- Escalofríos.

- Dolor en el pecho.
- Miedo a morir.
- Miedo a perder el control.

Las crisis de angustia suelen durar entre 5 y 30 minutos. El trastorno es más frecuente en las mujeres y suele iniciarse entre los 20 y 30 años. Algunos pacientes desarrollan secundariamente dependencias al alcohol o a los fármacos ansiolíticos. A menudo se asocia a agorafobia, porque posee miedo a encontrarse en lugares o situaciones en que sea difícil escapar y se concentre mucha gente.

2.2.3.2.3 Clasificación

Los trastornos de ansiedad según el DSM IV se dividen en:

- A. Trastorno de ansiedad generalizada.
- B. Trastorno de pánico (con o sin agorafobia)
- C. Fobia social
- D. Trastorno obsesivo – compulsivo
- E. Trastorno por estrés postraumático
- F. Trastorno de ansiedad por separación

A. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Es un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad que afecta a adultos mayores más común. La ansiedad puede ser un síntoma secundario al abuso de medicamentos o sustancias, y los profesionales médicos deben ser conscientes de ello. El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o

más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la "preocupación por la preocupación".

A.1 Causas

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Los genes pueden jugar un papel. El estrés también puede contribuir a la aparición del trastorno de ansiedad generalizada.

Cualquier persona puede sufrir este trastorno, incluso los niños. La mayoría de las personas que sufren este trastorno han estado ansiosas desde que tienen memoria. El trastorno de ansiedad generalizada es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

A.2 Síntomas

El síntoma principal es la presencia constante de preocupación o tensión, incluso cuando hay poca o ninguna causa. Las preocupaciones parecen emerger de un problema a otro, como problemas familiares o de relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, recurso económico y salud.

- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Fatiga
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido, y sueño que a menudo no es reparador ni satisfactorio
- ✓ Inquietud y a menudo resultar sobresaltado con mucha facilidad

Junto con las preocupaciones y las ansiedades, también pueden estar presentes muchos síntomas físicos, como tensión muscular como temblor, dolor de cabeza y problemas estomacales, como náuseas o diarrea.

A.3 Tratamiento

La combinación de terapia cognitiva conductista y psicofarmacológico ayudan a un mejor funcionamiento.

Los medicamentos son una importante parte del tratamiento. Una vez que se inicia la administración no se debe de suspender, entre los medicamentos se mencionan: inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS) Los inhibidores de la receptación de la serotonina y norepinefrina (IRSN). Se pueden usar otros antidepresivos y algunos anticonvulsivos para casos graves.

Las terapias cognitivas conductistas ayudan a entender los comportamientos y cómo controlarlos. Se deberán tener de 10 a 20 consultas durante varias semanas. En la cual se reconocerá lo siguiente:

- ✓ Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el
- ✓ comportamiento de otras personas o eventos en la vida.
- ✓ Reconocer y reemplazar pensamientos que causan pánico, disminuyendo la sensación de indefensión.
- ✓ Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas.
- ✓ Evitar pensar que las preocupaciones menores se transformarán en problemas muy graves.
- ✓ Un estilo de vida saludable que incluya ejercicio, descanso suficiente y buena nutrición puede ayudar a reducir el impacto de la ansiedad.
- ✓ Un grupo de apoyo permite hablar con personas que comparten problemas y experiencias en común.

A.4 Pronóstico

El trastorno de ansiedad generalizada puede continuar y ser difícil de tratar; sin embargo, la mayoría de los pacientes mejoran con una combinación de medicamentos o psicoterapia conductista.

B. Trastorno de pánico

La característica fundamental de este trastorno es la presencia de crisis de pánico recurrente e inesperado, es de manera espontánea, sin un factor externo que lo pueda desencadenar o por una exposición a una situación social. Otra característica es el miedo persistente a padecer una nueva crisis de pánico.

La persona que padece una crisis de pánico tiene la necesidad de salir de prisa del lugar donde se encuentra o de consultar urgentemente a un médico en el caso que crea que se está muriendo.

Si la crisis se experimenta por primera vez en un lugar determinado, suele quedar temor de volver al mismo lugar.

❖ Causas

Los genes pueden jugar un papel. Sin embargo, el trastorno de pánico a menudo ocurre cuando no hay ningún antecedente familiar. El trastorno de pánico es dos veces más común en las mujeres que en los hombres. Los síntomas por lo general comienzan antes de los 25 años de edad, pero pueden ocurrir hacia los 35 años. Aunque el trastorno de pánico se puede presentar en niños, no suele diagnosticarse hasta ser mayores.

❖ Síntomas

Una crisis o ataque de pánico comienza de repente y con mucha frecuencia alcanza su punto máximo al cabo de 10 a 20 minutos. Algunos síntomas pueden continuar durante una hora o más. Un ataque de pánico se puede confundir con uno cardíaco.

Los ataques de pánico pueden incluir ansiedad respecto a estar en una situación donde un escape pueda ser difícil como estar en una multitud o viajando en un auto o autobús.

Una persona con trastorno de pánico a menudo vive con miedo de otro ataque y puede sentir temor de estar sola o lejos de la ayuda.

Las personas con trastorno de pánico tienen los siguientes síntomas:

- Molestia o dolor torácico
- Mareo o desmayo
- Miedo a morir
- Miedo a perder el control
- Sensación de asfixia
- Sentimientos de separación
- Sentimientos de irrealidad
- Náuseas y malestar estomacal
- Hormigueo en manos, pies o cara
- Palpitaciones, frecuencia cardíaca rápida o latidos cardíacos fuertes
- Sensación de dificultad para respirar o sofocación
- Sudoración, escalofrío o sofocos
- Temblor o estremecimiento

Los ataques de pánico pueden cambiar el comportamiento y desempeño en el entorno familiar, el trabajo o la escuela. Las personas con este trastorno a menudo sienten preocupación acerca de los efectos de sus ataques de pánico.

Los ataques de pánico no se pueden predecir. Al menos en las primeras etapas del trastorno, no hay ningún desencadenante que comience el ataque. El recuerdo de un ataque pasado puede provocar ataques de pánico.

❖ Tratamiento

La terapia cognitiva conductual le ayuda a entender sus comportamientos y cómo cambiarlos. Usted debe tener de 10 a 20 consultas durante muchas semanas. Durante la terapia, aprenderá a:

1. Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o los hechos de la vida.

2. Reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico y disminuir la sensación de indefensión.
3. Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas.
4. Imaginar las cosas que causan la ansiedad, comenzando con la menos temida. Practicar en una situación de la vida real para ayudarle a superar sus miedos.
5. Comer a horas regulares.
6. Hacer ejercicio regularmente.
7. Dormir lo suficiente.
8. Disminuir o evitar la cafeína, determinados medicamentos para los resfriados y los estimulantes.

❖ Pronóstico

Los trastornos de pánico pueden ser duraderos y difíciles de tratar. Es posible que algunas personas con este trastorno no se alivien con tratamiento; sin embargo, la mayoría mejora con una combinación de medicamentos y terapia conductista.

B.A. Trastorno de pánico con agorafobia

Es una variante que suele ir asociado con el trastorno de pánico. Una persona experimenta un ataque de pánico inesperado, y a continuación, tiene temor a la posibilidad de volver a tener otro ataque. La persona teme y evita cualquier situación que podría inducir a un ataque de pánico. La persona nunca o rara vez podrá salir de casa con tal de evitar un posible ataque de pánico que cree que es un terror extremo ineludible.

❖ Causas

Puede ser un comportamiento aprendido, la agorafobia alguna veces ocurre cuando una persona ha tenido una crisis de angustia y comienza a tener miedo de situaciones que podrían llevar a otra crisis. También puede ocurrir en áreas donde anteriormente sucedió algo.

❖ Síntomas

Las crisis de angustia implican períodos cortos de síntomas de ansiedad intensa que alcanzan su punto máximo al cabo de 10 minutos. Estos síntomas pueden abarcar:

1. Sudoración
2. Temblores
3. Nerviosismo
4. Sentir temor de quedarse solo
5. Miedo a estar en lugares donde la evasión podría ser difícil
6. Miedo a perder el control en un lugar público
7. Dependencia de otros
8. Miedo a la separación o distanciamiento de los demás
9. Sentimientos de desesperanza
10. Sensación de que el cuerpo es irreal
11. Temperamento o agitación inusuales
12. Permanecer en la casa por períodos prolongados

❖ Tratamiento

La terapia conductual favorece a cambiar los pensamientos que afectan al paciente lo cual consiste en:

1. Aumentar la comprensión y el control de sentimientos o puntos de vista distorsionados de eventos o situaciones estresantes.
2. Aprender a reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico o angustia.
3. Aprender a manejo de estrés y técnicas de relajación.
4. El paciente debe relajarse y luego imaginar las cosas que le causan ansiedad, trabajando de la menos a la más temida.

❖ Algunas técnicas a trabajar con el paciente se detallan a continuación:

1. Entrenamiento en respiración, que consiste en aprender a cambiar un patrón de respiración rápida por uno de respiración lenta. Ante situaciones de alta ansiedad una respuesta común es hiperventilar.
2. Técnicas de cambio de pensamientos: Un aspecto importante es la reacción que ocurre ante las situaciones en que se interpretan sucesos o situaciones. Lo que se piensa acerca de esas situaciones y el significado.
3. Se enseña cómo identificar, desafiar y combatir los pensamientos o interpretaciones catastróficos, los cuales hacen que aparezcan síntomas de ataques de pánico. Se orienta al paciente a buscar interpretaciones más objetivas sobre las consecuencias de las sensaciones corporales en los ataques de pánico, para afrontar los ataques de pánico y disminuir la frecuencia de los mismos.
4. Exposición en vivo y exposición a las sensaciones corporales: La mejor forma de vencer un miedo es enfrentándose a él. La exposición en vivo consiste en ir exponiendo de manera gradual y progresiva las situaciones que producen miedo y ansiedad, permaneciendo en ellas hasta que el miedo o la ansiedad empiezan a perder intensidad.

❖ Pronóstico

La mayoría de los pacientes puede mejorar con psicoterapia, pero si el paciente no acude a sus citas periódicas tendrá recidiva del trastorno. Puede ocasionar también otros trastornos como ansiedad, estrés y malas relaciones interpersonales.

C. Las fobias o trastornos fóbicos

Es un término que proviene del griego *phobos*. Este concepto se utiliza para hacer referencia a la sensación de miedo y es por eso que la fobia es entendida como un sentimiento de tremendo miedo, pánico y angustia ante una determinada situación, circunstancia u objeto. La fobia normalmente no tiene explicaciones racionales si no que se establece de manera irracional, es

decir, sin que la persona pueda explicar conscientemente a qué se debe. Dependiendo del tipo de fobia del que se hable, la misma puede generar severas complicaciones en la vida de la persona que la sufre ya que impide el desarrollo normal de su rutina.

La fobia es un temor intenso, que persiste y no es justificable, porque no hay un peligro real en juego, en relación a un objeto o situación específica.

Un miedo y una fobia difieren en que las fobias son irracionales. En la fobia se observa que el miedo "es desproporcionado con respecto al peligro al que la persona se expone y lleva a evitar la situación temida", provocando un fortalecimiento aun mayor del temor. En el miedo la persona asume una actitud atenta y de cautela frente a los peligros; el miedo ayuda a estar atentos y alertas en vez de interferir en ella de manera negativa.

Se habla de fobias cuando la intensidad del temor es: injustificado en relación al peligro real, inoportuno dado que no es sentido en el momento apropiado, y por último, cuando interfiere nuestra vida normal reduciendo la capacidad de acción y goce.

Algunos de los síntomas son: ansiedad o crisis encubiertas de ansiedad, fatiga, ataque de pánico, insomnio, palidez, sudoración, taquicardia, ganas de ir al baño, tartamudeo, entre otros.

El fóbico tiene miedo a las personas, por lo cual termina limitando su vida social de manera preocupante. A su vez, y en un segundo tiempo, el fóbico evita enfrentarse a la incompreensión de su problema por parte de los demás, escondiendo su problemática. Para realizar esto, puede llegar a adoptar actitudes agresivas o manipuladoras con el propósito de incluir a los demás en su sistema fóbico.

Esta problemática produce una pérdida de confianza en sí mismo que junto con el comportamiento evitativo, puede desembocarse en una depresión (sobre todo en las agorafobias o fóbicos sociales).

La familia del fóbico tiende a consentir sus limitaciones, lo cual lo hace más dependiente y potencia su problemática.

C.1. Tipos de Fobias

Las fobias se clasifican en distintas categorías según su causa y del mecanismo de evitación entre ellas se mencionan algunas:

- ✓ Acluofobia: Fobia a la oscuridad
- ✓ Acrofobia: Fobia a la altura
- ✓ Agorafobia: Fobia a espacios abiertos
- ✓ Basofobia: Fobia a caminar
- ✓ Catagelofobia: Fobia a ser ridículo
- ✓ Cibofobia: Fobia a los alimentos
- ✓ Claustrofobia: Fobia a estar encerrado
- ✓ Cocorafobia: Fobia al fracaso
- ✓ Gamofobia: Fobia al matrimonio
- ✓ Lisofobia: Fobia a la locura
- ✓ Pantofobia: Fobia a todo
- ✓ Teofobia: Fobia a Dios

C.2. Síntomas

❖ Subjetivos, cognitivos o de pensamiento

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

❖ Síntomas motores u observables

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

❖ Síntomas fisiológicos o corporales

- ✓ Síntomas cardiovasculares como: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial, calor.
- ✓ Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial.
- ✓ Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- ✓ Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- ✓ Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.

C.3. Tratamiento en los trastornos fóbicos

El tratamiento psicológico para los trastornos fóbicos son: terapia de exposición, terapia psicodinámica, terapia cognitivo conductual, tratamientos farmacológicos, a continuación se detalla cada uno:

✓ Terapia de exposición

Consiste en exponer al paciente gradualmente al estímulo fóbico para lograr que el miedo desaparezca. Las técnicas empleadas son: la desensibilización sistemática, la inundación o la exposición graduada.

✓ La terapia psicodinámica

Se basa, en ayudar a la persona a explorar y liberar sus emociones reprimidas, enseñándole a fluir y mejorar su autoestima, para evitar que sus emociones se disfracen.

✓ Terapia cognitivo conductual

Está dirigida a identificar y cambiar las ideas erróneas o pensamientos automáticos lo que se refiere a los aspectos cognitivos y las conductas no deseadas, limitadas o condicionadas por la ansiedad o el temor que son los aspectos conductuales que contribuyen a generar síntomas y circunstancias propicias para el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de Ansiedad.

✓ Tratamiento farmacológico

Los trastornos de ansiedad se desarrollan a partir de una variada combinación de aspectos genéticos, neuroquímicos, sociales y de la historia psicológica del paciente. En la actualidad existen fármacos eficaces en disminuir la intensidad de los síntomas fóbicos, que se utilizan enlazadamente con los tratamientos psicológicos, obteniendo mejores resultados.

C.A. El trastorno de ansiedad social (TAS)

También conocido como fobia social, se caracteriza por un intenso, crónico y persistente temor, acompañado de conductas de evitación, a ser juzgado, avergonzado, humillado o hacer el ridículo en situaciones de interacción social. Este temor puede ser específico para situaciones sociales especiales como hablar en público o, generalmente, experimentarse en la mayoría o todas de interacciones sociales. La ansiedad social específica a menudo manifiesta síntomas físicos tales como rubor, sudoración, temblor, taquicardias y dificultad para hablar. Al igual que el resto de trastornos fóbicos, los que sufren de ansiedad social a menudo tratan de evitar la fuente de su ansiedad; y en el caso de la ansiedad social se torna particularmente problemático, y en casos graves puede llevar a la exclusión social.

✓ Causas

Las causas de este trastorno se originan de múltiple factores como herencia genética, padres poco cariñosos, padres sobre protectores, timidez, eventos traumáticos y humillantes en la niñez, factores neurobiológicos.

Aunque una persona haya heredado genéticamente el desorden, se requiere de otros factores adicionales para que en conjunto se exprese el trastorno, como el estilo de crianza de los padres, los factores psicológicos individuales, no pueden, por si solos, causar el surgimiento de la fobia social.

✓ Síntomas

- Temor intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta ante otras personas que no conoce. La persona teme actuar de un modo diferente o presentar síntomas de ansiedad, angustia o miedo, situación que puede ser humillante.
- Las situaciones más comúnmente son: hablar o comer en público, asistir a reuniones sociales, exposiciones en el aula, espectáculos públicos, mirar directamente a los ojos de la otra persona en una comunicación, miedo a vomitar en público.
- La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo experimentado en forma asociada ruborización del rostro, dificultad para hablar, temblor de manos o en la voz, náuseas, necesidad urgente de orinar.

✓ Tratamiento

Las personas que padecen de este trastorno pueden recibir un tratamiento en psicoterapia combinado con farmacología. En la terapia se orienta al paciente a ver los eventos sociales en forma diferente, se expone ante una situación social amenazadora de tal manera que les sea más fácil enfrentarse a ella; se brinda técnicas de relajación. Los psicofármacos que se emplean son los antidepresivos.

D. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones imágenes o pensamientos angustiosos, persistentes e intrusivos y compulsiones insta a realizar determinados actos o rituales. A menudo el proceso es totalmente irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de terminar con la ansiedad provocada por la obsesión. En una minoría los enfermos de trastorno obsesivo compulsivo, pueden llegar a experimentar obsesiones sin compulsiones (obsesivos puros).

D.1 Causas

Se desconocen la causa de este trastorno, no surge como respuesta a un conflicto psíquico ni conflicto sexual reprimido. La eficacia de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina en el tratamiento del TOC hace pensar que el origen puede deberse a una alteración de la serotonina. Se cree que este neurotransmisor ayuda a regular la disposición de ánimo, la agresión y la impulsividad.

D.2 Síntomas

Las personas con trastorno obsesivo compulsivo, manifiestan las siguientes características:

- ✓ Temor a contaminarse
- ✓ Temor a causar daños a otras personas
- ✓ Ideas agresivas
- ✓ religiosidad excesiva
- ✓ Pensamientos prohibidos
- ✓ Necesidad de armonía
- ✓ Necesidad de decir o confesar
- ✓ Repetir una acción hasta hacerla bien
- ✓ Asegurarse de haber cerrado la puerta o la llave del agua

- ✓ Tocar objetos
- ✓ Contar objetos o hasta un determinado número
- ✓ Ordenar
- ✓ Acumular cosas

D.3 Tratamiento

La psicoterapia conductista ayuda a que el paciente se enfrente, deliberada o voluntariamente, al objeto o idea temida, ya sea directamente o con la imaginación. Al mismo tiempo, el paciente es alentado a evitar sus conductas diarias con apoyo y medios provistos por el terapeuta.

Esta terapia es una de las más efectivas para este trastorno. Pues el paciente es expuesto ante situaciones que desencadena los pensamientos obsesivos y aprenda gradualmente a tolerar la ansiedad y resistir la urgencia de llevar a cabo el acto compulsivo. Se considera que la medicación y la psicoterapia ayudan a reducir los síntomas. La psicoterapia ayuda a brindar formas efectivas de reducir el estrés, reducir la ansiedad y resolver conflictos internos.

D.4 Pronóstico

El trastorno obsesivo-compulsivo es una enfermedad prolongada (crónica) con períodos de síntomas graves, seguidos de períodos de mejoramiento. Sin embargo, es poco común que se presente un período completamente libre de síntomas. La mayoría de las personas mejora con el tratamiento.

E. El trastorno de estrés post-traumático (TEPT)

Es un trastorno de ansiedad que se traduce a partir de una experiencia traumática. El estrés postraumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas que involucra una amenaza.

E.1. Las causas

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación, incendio, o eventos como: un asalto, violencia doméstica, encarcelamiento, violación, terrorismo o guerras.

E.2. Síntomas

Se clasifican en tres categorías principales:

Reviviscencia

- ✓ Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
- ✓ Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho.
- ✓ Pesadillas repetitivas del hecho.
- ✓ Reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

Evasión

- ✓ Insensibilidad emocional o sentirse como si no le importara nada.
- ✓ Sentirse despreocupado.
- ✓ No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- ✓ Falta de interés en las actividades normales.
- ✓ Mostrar menos expresión de estados de ánimo.
- ✓ Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.
- ✓ Sensación de tener un futuro incierto.

Excitación

- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Sobresaltarse fácilmente.
- ✓ Tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto.
- ✓ Sentirse más alerta o hipervigilancia.

- ✓ Sentirse irritable o tener ataques de ira.
- ✓ Tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.

E.3 Tratamiento

El tratamiento de desensibilización puede ayudar a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Este tratamiento ayuda a reducir los síntomas, estimulando a recordar el hecho traumático y expresar los sentimientos al respecto. Con el tiempo, los recuerdos del evento deben volverse menos atemorizantes.

Los grupos de apoyo, donde las personas que han tenido experiencias similares comparten sus sentimientos, son de gran utilidad.

F. Trastorno de ansiedad por separación

Quien padece de un trastorno de ansiedad por separación presenta niveles intensos e inapropiados de ansiedad al separarse de una persona o lugar. La ansiedad de separación es algo normal en el desarrollo natural de bebés o niños, y sólo puede ser considerada como trastorno cuando este sentimiento es excesivo o inapropiado. En los infantes tienden a ser más severos; en algunos casos, incluso una breve separación temporal puede desencadenar sentimientos de pánico.

F.1 Causas

Las personas a medida que van desarrollando experimentan diferentes emociones, el establecimiento de familiaridad con el ambiente del hogar da sensación de seguridad y bienestar. La ansiedad por separación del hogar es una etapa normal del desarrollo, ayuda a los niños a aprender a dominar el ambiente, pero cuando la separación es debido a problemas familiares, violencia, rechazo, enfermedades, entre otros, se podría convertir en un trastorno.

F.2 Síntomas

La persona que padece este trastorno muestra los siguientes síntomas, lo cual provoca una inestabilidad emocional.

- ✓ Sufrimiento excesivo cuando se separa al niño de la persona que lo cuida en primera instancia.
- ✓ Preocupación acerca de la pérdida o daño a la persona que le brinda los cuidados.
- ✓ Rebeldía constante a ir a la escuela u otros lugares debido al miedo por la separación.
- ✓ Temor a acostarse sin la presencia cercana del adulto significativo.
- ✓ pesadillas
- ✓ Quejas físicas repetitivas

F.3 Tratamiento

En este trastorno se aplican técnicas cognitivo conductuales. En las personas de corta edad, se requiere de una serie de adaptaciones. En primer lugar es fundamental considerar la edad y el nivel de desarrollo del niño/a, porque esto indicará qué es normal y que no es normal. Si se inicia la psicoterapia, lo ideal es que las sesiones se desarrollaran en el contexto natural del niño. El terapeuta ha de adoptar un papel activo, puesto que el paciente aún no tiene suficiente capacidad de decisión. Además, y sobre todo en las primeras sesiones, es aconsejable que estén presentes los cuidadores habituales, que den seguridad y apoyo al niño. Es importante trabajar con la motivación por la terapia en el niño, para que le resulte más gratificante estar siguiendo un tratamiento psicológico.

Las técnicas más usadas y que han mostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación son, entrenamiento a los padres y otros educadores en los principios de las técnicas operantes.

La exposición gradual en vivo a las situaciones de separación consiste en que se prepara una lista de situaciones ordenadas de menos a más temidas. Progresivamente el niño se va exponiendo a cada una. En las primeras sesiones es acompañado por alguna persona significativa, para gradualmente ir el paciente haciendo frente sólo a las situaciones con lo que aumentará su confianza.

En las técnicas cognitivas se trabajan los pensamientos o imágenes que podrían estar implicados en el trastorno; fundamentalmente, en este trastorno, se usan las autoinstrucciones positivas. Se trata de invitar al niño a que cambie la forma de hablarse a sí mismo, pasando del “no puedo hacerlo”, “algo malo va a pasar” al “lo voy a intentar”, “puede ser que algo ocurra”.

2.3 Psicodiagnóstico

Es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal entre psicólogo y paciente, teniendo como objetivo realizar una descripción, lo más profunda y completa que se pueda, de la personalidad de la persona.

Así mismo es una evaluación o exploración psicológica de la personalidad, estado psíquico, su relación, o visión dinámica, el cual permitirá llegar a las posibles causas o problemas que afectan a la persona.

Es un proceso, que posee una finalidad específica, utiliza distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección para proporcionar un tratamiento psicológico.

A través del psicodiagnóstico se puede conocer, la manera en qué organiza y procesa la persona la información del exterior, que son los procesos que establecen su capacidad para enfrentar a las situaciones cotidianas. Así mismo la influencia de los rasgos afectivos y de sus emociones, en relación a cómo formula sus decisiones en relación a su conducta y procesos mentales.

Los elementos descriptivos y valorativos que tiene de sí mismo, que establece su autoimagen y autoestima, que tiene de su persona. Las necesidades, actitudes y estilos de respuestas que utilizan en la relación que establece con los demás personas. Su habilidad para utilizar los recursos disponibles para formular y llevar a cabo sus decisiones y actuar de forma eficaz, en el control y tolerancia al estrés.

El psicodiagnóstico es un proceso que comprende varias etapas como: entrevistas con el paciente el cual permitirá obtener el motivo de consulta y planificar la batería de test que se utilizará, administración de test, técnicas proyectivas y cierre del proceso.

2.3.1 Antecedentes

La palabra psicodiagnóstico proviene del griego *psyche*, que significa mente, y de *dia + gnosis*, significa conocimiento, fue acuñada por el psiquiatra Hermann Rorschach, quien utilizó este término como título para su obra de 1921 en la que reportaron los hallazgos obtenidos con una prueba de su autoría.

En los antecedentes no científicos según Dubois “Sitúa el nacimiento de la evaluación psicológica en la antigua China, en donde a los niños se les sometía a un aprendizaje y luego se les evaluaba” Así mismo Juan Huarte de San Juan: en 1575 no había especificado la evaluación psicológica. Partía de que las personas se diferencian del talento que posee cada uno, lo cual era importante estudiarlo para luego poder predecir la evaluación.

En los antecedentes científicos, y según Galton en los años 1822 a 1911, se le consideró el padre de la psicología diferencial. Sus estudios se centraron en la inteligencia la cual considera innata, y que su carácter hereditario lograba mejorar, a través del desarrollo. . Elaboró la primera tabla para comparar a una persona con la mayoría. Pero hasta 1883 publica su obra más importante, donde aparecen los primeros bocetos del tests.

Galton mostró interés en cuantificar las características humanas, recopilando empíricamente y sistemáticamente información, la cual aplicó en el área estadística. Estudió las diferencias individuales.

Así mismo Cattell 1861 – 1934. Se centró en el estudio diferencial de los tiempos de reacción. Trabajó con Wundt y Galton. En 1890 se utiliza por primera vez la palabra “test” en evaluación psicológica. Tenía un gran interés en que las pruebas fuesen objetivas, sin sesgos del investigador. Comenzó una aplicación masiva de los tests.

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

Existen diferentes tipos de psicodiagnóstico entre los cuales se menciona: clínico, educacional y laboral, los cuales se detallan a continuación:

- **Psicodiagnóstico clínico**

Es dirigido a las personas que requieren conocer a fondo sus habilidades o limitantes. Y es solicitado por un profesional de salud mental o por alguna persona que esté interesada en recibir un psicodiagnóstico para sí mismo o para miembros de su familia o entorno. Es un campo de aplicación particular del Psicodiagnóstico, que posee una finalidad específica; utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección del tratamiento psicológico que se requiera. Las técnicas de base que conforman una batería psicodiagnóstica confiable deben integrar distintos tipos de estímulos y tareas. Así debemos incluir técnicas proyectivas gráficas tales como el test de la casa, test del árbol y el test de la persona humana, o el test de Bender, el test de Wartegg. Luego se considera los test proyectivos verbales. Existen algunas otras técnicas confiables para ser administradas lo importante es que una batería clínica debe incluir siempre las técnicas citadas, pues han sido validadas y han sido efectivas en la evaluación psicológica.

Es importante que el profesional que aplique las técnicas tenga siempre en mente una articulación entre el motivo de consulta y las técnicas que según su criterio le permitirán explorar, construir hipótesis y finalmente realizar una síntesis diagnóstica del estado psicológico del paciente y de las posibles causas o conflictos cuales podrían llegar a ser las posibles causas o conflictos que ha tenido.

- **Psicodiagnóstico educacional**

Va dirigido a la población estudiantil en la mayoría a niños, adolescente y jóvenes, comúnmente es solicitado por el centro de estudio o se utiliza como herramienta fundamental para conocer la Orientación Vocacional del estudiante.

Es un área donde se unen distintas disciplinas como: la Psicopedagogía, la Psicología Educacional, las Ciencias de la Educación entre otros, que pueden aportar perspectivas el abordaje complementario y especializado. Así mismo pueden variar las interconsultas y solicitudes para realizar este diagnóstico educacional. Así, pediatras, neurólogos, psicoanalistas,

psicólogos, docentes, equipos de orientación escolar y otros profesionales pueden requerir este diagnóstico para determinar la necesidad de realizar tratamiento, derivar a otros estudios o indicar la escolaridad adecuada.

- **Psicodiagnóstico laboral**

Es dirigido a las personas que van a ocupar un puesto, con el objetivo de conocer las competencias de la persona, habilidades y limitantes relacionadas al nuevo puesto a ocupar. Las empresas cada vez más deciden externalizar las labores de reclutamiento y selección de personal. Para la selección de personal, se diseñan baterías de tests de evaluación, los cuales se adecuen al puesto.

2.3.3 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es un proceso que no puede separar del contexto sociocultural. Por tal motivo se utilizan técnicas que servirán como estrategias para realizar el proceso, como las técnicas metódicas que son las estrategias que ayudan a llevar a cabo el procedimiento que se hace a través de la observación. Así mismo se tiene la técnica diagnóstica subjetiva, que se basa en la observación, esta técnica es flexible y se adaptan a cada persona, a través de la entrevista. La técnica diagnóstica proyectiva, se enfoca a la dinámica personal en forma global, se basa en la teoría psicoanalítica, considera los motivos de la conducta como básicamente inconsciente, a través de estas técnicas se explora la expresión de la subjetividad de cada persona y permite comprender su estructura y la percepción de su mundo por medio de sus deseos y motivaciones internas. La persona desconoce la finalidad de las pruebas que se realizan a través de tests. Y las técnicas psicométricas son de tipo fenomenológico y descriptivo, es de forma estandarizada que brinda una uniformidad de las pruebas y su validez, es estructurada y la persona conoce la finalidad de la prueba, lo cual permite que la desarrolle de forma voluntaria. Entre las técnicas que se utilizan en psicodiagnóstico podemos mencionar, entrevista psicológica, observación y los tests, los cuales detallamos a continuación:

2.3.3.1 Entrevista psicológica

Es un instrumento para obtener información relacionada con algún objetivo general o específico, desde una perspectiva teórica o práctica y desde un ámbito de acción y disciplina que produce por sí mismo un tipo de información y comunicación.

Información: la información que busca el profesional de psicología está relacionada con el rol profesional de su disciplina que ejerce en el momento que está utilizando este instrumento de evaluación y obtención de información. El fin u objetivo que persigue con la entrevista estará definido a su vez por el ámbito laboral, jurídico, clínico, educativo, industrial, que a su vez definirá el objetivo al que va dirigida la entrevista ya sea para diagnosticar, o como parte de los instrumentos de diagnóstico, para asesorar, para seleccionar, o con fines terapéuticos.

La entrevista se definió a partir de la necesidad de encuadrarla como técnica de evaluación, en ese sentido es clásica la definición de Bingham y Moore (1924): "La entrevista es una conversación con un propósito".

Podemos definir la entrevista psicológica como: "La entrevista psicológica es una técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento, diagnóstico y terapéuticos. En la entrevista se establece una relación directa y asimétrica con los clientes y se establecen unos objetivos que se pueden comunicar o no comunicar al cliente y que pueden ser parecidos o diferentes a los que consulta el cliente. La entrevista se desarrolla dentro de un marco determinado por el rol de psicólogo y paciente-cliente" (M. Vidal, 2011 en La entrevista psicológica en la infancia).

En cuanto al concepto de entrevista como método o técnica de evaluación o de tratamiento psicológico se debe destacar los siguientes criterios para considerarla entrevista psicológica.

* **Relación asimétrica y diferente roles**

El entrevistador puede ser una persona o varias y el entrevistado una o varias personas a la vez o en diferentes ocasiones dentro de un contexto marcado por unas pautas que establecen los entrevistadores.

* **Comunicación verbal y gestual de la que se obtiene información para ser evaluada.**

La información verbal y gestual es evaluada para realizar el diagnóstico, asesoramiento o intervención psicológica.

* **Objetivos que conducen la entrevista**

Los objetivos los propone el psicólogo y pueden o no coincidir con los del cliente-paciente, y puede comunicarlos o no al paciente-cliente según considere adecuado para obtener información

El objetivo último de la entrevista psicológica es obtener información para la toma de decisiones y proponer una posible solución a la consulta por parte del paciente.

2.3.3.2 Observación

Se refiere a la capacidad, inspección o estudio que se hace de alguien o algo, mediante el empleo de sus sentidos, con o sin ayuda de aparatos técnicos, de las cosas o hechos de interés social.

La observación juega un papel muy importante en toda investigación porque proporciona los hechos que se considera elementos fundamentales.

La observación se traduce en un registro visual de lo que ocurre en el mundo real, en la evidencia experimental. Así toda observación; al igual que otros métodos o instrumentos para consignar información; requiere de la persona que observa la definición de los objetivos que persigue su

investigación, determinar su unidad de observación, las condiciones en que asumirá la observación y las conductas que deberá registrar.

Cuando se emplea para la recopilación de datos se debe tomar en cuenta algunas consideraciones de rigor. En primer lugar debe de planificarse a fin de reunir los requisitos de validez y confiabilidad. Un segundo aspecto está referido a su condición hábil, sistemática y poseedora de destreza en el registro de datos, diferenciado las cualidades significativas de la situación, de los que no tienen importancia.

Así también se requiere habilidad para establecer las condiciones de manera tal que los hechos observables se realicen en la forma más natural posible y sin influencia de otros factores de intervención.

La observación es muy útil en todo tipo de investigación; particularmente de tipo: descriptiva, analítica y experimental. En áreas como la educacional, social y psicológica; es de suma importancia, por ejemplo cuando se estudia aspectos del comportamiento.

En el campo de la psicología organizacional; es la técnica más antigua para recoger los datos y ejecutar la evaluación, aunque aun es usada pero con un mayor grado de sistematización.

La observación es una técnica observacional, es importante distinguir entre la observación ordinaria y la observación científica.

En la observación ordinaria, se realiza percepciones casuales u ocasionales, en el cual se puede comprobar los hechos tal y como se presentan espontáneamente. En la observación científica, se utiliza hipótesis expresas y manifiestas.

El principal objetivo de la observación es la comprobación de lo observable, el observador se debe de distinguir del testigo ordinario, porque la intención del observador en llegar a un diagnóstico. Por lo contrario el si no se tiene un objetivo muchos sucesos pasaran desapercibidos.

La observación es, por tanto, un instrumento básico para el logro efectivo de los objetivos, constituye uno de los aspectos importantes del método científico. La observación se considera una técnica científica en la medida que: sirve a un objetivo ya formulado de investigación, es planificada sistemáticamente observando cómo y cuándo, está sujeta a comprobaciones de validez y fiabilidad.

2.3.3.2.1 Características de un buen observador

- ✓ Debe poseer “espíritu” de observador
- ✓ Buena función de sus sentidos sensoriales
- ✓ Atención poderosa y constante.
- ✓ Debe ser capaz de distinguir entre un hecho objetivo y una interpretación subjetiva.
- ✓ Ser curioso y preocuparse de los detalles.
- ✓ Ser imparcial y honesto

2.3.3.3 Test psicológico

Es una prueba creada por psicólogos y validada científicamente para evaluar aspecto de la psique de cada persona. Algunos test psicológicos utilizan una medida estadística para analizar los resultados, mientras que otros se basan en la singularidad de cada persona y los datos son analizados en función de la significación que se le dé a las respuestas elegidas. El test psicológico buscará brindar información confiable sobre algún aspecto.

Los test psicológicos, son herramientas que permiten evaluar o medir las características psicológicas de una persona. Es también denominado prueba psicológica, es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen la personalidad de una persona.

El comportamiento individual que los reactivos del test provocan serán valorados comparándolos, ya sea estadística o cualitativamente con otras personas que son sometidos al mismo test.

2.3.3.3.1 Tipos de tests psicológicos

Los cuales son psicométricos y proyectivos. Los psicométricos miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico, como: inteligencia, memoria, atención, desempeño cognitivo y comprensión verbal, entre otros. Están dirigidos a actividades de evaluación y de selección, tal sería el caso de las entrevistas laborales. Casi siempre, cuando la persona aplica algún puesto laboral, además de ser evaluado en cuanto a experiencia y conocimientos, será sometido a un test psicológico, para determinar si cumple con las características psicológicas que el puesto requiere, en cuestión de demanda. Así mismo, los test psicométricos, se usan a instancias del diagnóstico clínico. Por su organización, comprensión, administración, interpretación e incluso la corrección suelen estar estandarizada y objetivada.

Los Tests Proyectivos, como su nombre lo indica, proyectan información del inconsciente de la persona. Parten de una hipótesis menos estructurada que pondrá a prueba la individualidad de la respuesta de cada individuo en orden a inferir sus rasgos de personalidad. Este tipo de test suele ser más usado en ámbitos clínicos, forenses e infantiles.

Se dividió los sistemas de test en clasificaciones distintas, por ejemplo los de inteligencia, los de aptitudes, los de conocimiento.

2.3.3.3.2 Tipos de tests

- Tests individuales: Estos test tiene la ventaja de darle al psicólogo la posibilidad de observar de cerca al sujeto y a veces estas pruebas son más sensibles para evaluar las características especiales y se utilizan cuando la motivación del sujeto es dudosa.
- Tests grupales: Se usan para recolectar rápidamente datos de una gran cantidad de personas, se aplican a un número alto de personas al mismo tiempo y en forma rápida, tienen la ventaja de permitir que gran cantidad de datos se obtengan en forma rápida, son menos costosos y generalmente no requieren tanta habilidad para ser administrados.
- Tests de velocidad: Estos test tienen un tiempo limitado como una variable significativa. Se espera que los sujetos hagan lo mejor posible en una cantidad de tiempo limitada.

→ Pruebas de lenguaje: Son pruebas que requieren del conocimiento de un idioma dado con el fin de comprender las instrucciones de la prueba o las preguntas de las mismas. El desempeño de ellas depende de la capacidad idiomática del sujeto cualquiera sea el tipo de habilidad medida.

Los profesionales pueden combinar varios tests psicológicos, diferentes en una serie y presentarlos a una persona a los que se les llama batería de test. Los resultados de varios tests, a menudo se presentan gráficamente en un perfil de puntajes, el cual proporciona la información que se utiliza posteriormente.

2.3.3.3 Forma de utilizar las pruebas

- Las pruebas tienen que ser traducidas y adaptadas al país, pero no se puede cambiar el fondo del test.
- Se traduce, se adapta, o se elimina ítems, entre otros.
- La estandarización consiste en sacar las normas para el país en donde se aplicará.
- Las pruebas tienen que ser bien aplicadas en todos sus aspectos y el examinador debe ser idóneo.
- Se deben dar las instrucciones claras, explicando y aclarando toda duda.
- Deben ser aplicadas en un local adecuado y cómodo, con buena iluminación, sin ruidos distractores y sin interrupciones.
- Los cuadernillos y las hojas de respuesta deben ser de fácil lectura, comprensión y marcación en caso de que se requiera lectura y ejecución individual por parte del examinado.

2.3.3.4 Factores que miden los tests

- Personalidad: conjunto total de las características de una persona, que reflejan su ajuste al ambiente e incluye carácter, temperamento y en algunas ocasiones aptitudes e intereses.
- Actitudes: forma en que una persona mira su contexto. Es la organización de procesos preceptuales cognitivos y motivacionales, que resultan de la experiencia.

- Intereses: organización de motivos que predisponen a una persona a prestar atención a determinados hechos de su ambiente más que a otros y necesariamente incluyen predisposiciones heredadas y experiencias pasadas.
- Habilidad: potencialidad de la persona para responder.
- Eficiencia: lo que la persona puede hacer en cada momento, sin preparación previa.
- Potencialidad: reacciones que la persona aprende a hacer, si se le da la experiencia y entrenamiento necesario, pero que no es capaz de hacer en el momento.

Aptitudes: término más amplio que potencialidad, en tanto incluye la habilidad potencial, como factores de eficiencia, personalidad, temperamento e intereses.

2.3.3.3.5 Clasificación de los tests

- Inteligencia
- Personalidad
- Intereses y aptitudes

Según el método que utiliza

- Directos
- Proyectivos.

Según la edad

- Infantil
- Adolescentes
- Jóvenes
- Adultos

Según la forma de aplicación

- Individuales
- Colectivos o grupales

2.3.3.4 Manuales de diagnóstico

Es un instrumento que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre los trastornos psicológicos que afectan a la persona, entre los cuales se mencionan Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado, (DSM IV TR), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) y Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), los cuales se describen a continuación:

A) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV)

Trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es el DSM-IV. Actualmente, ya salió un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, el cual al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado el ICD-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM, es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer lineamientos de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribir a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría. Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínicas, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica. Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. De igual forma, no se adscribe a una teoría o corriente específica dentro de la

psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

EL manual DSM IV guía al profesional clínico en la elaboración de un diagnóstico completo que basándose en criterios definitorios clarifica el estado mental, físico y el social de un individuo; para luego clasificar la psicopatología.

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin ceñirse estrictamente al libro. (Por ejemplo el juicio clínico puede justificar el dx. A pesar de que sus signos y síntomas no cumplan (siempre que estos síntomas y signos persistan durante largo tiempo y no se consideren graves).

Según el instructivo del manual las pruebas Psicológicas que no tienen validez de contenido (tests proyectivos) no pueden ser utilizadas como datos primarios para establecer un diagnóstico. El manual presenta los diferentes elementos que deben tomarse en cuenta para conocer a fondo un cuadro patológico. En este sentido, utiliza una metodología descriptiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Características diagnósticas
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- Prevalencia
- Curso
- Diagnóstico diferencial
- Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10
- Criterios para el diagnóstico de cada cuadro patológico descrito

Es importante mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos o enfermeras), dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

El manual diagnóstico tiene como propósito facilitar la investigación clínica; en el contexto guatemalteco se puede percibir que la utilización del mismo necesita una experiencia profesional que contribuya al uso confiable del mismo. Uno de los objetivos del manual es proporcionar una guía útil para la práctica clínica psicológica, y a la vez mejorar la comunicación entre clínicos.

En la docencia el manual también es aplicable a la enseñanza de la Psicopatología y psicología clínica y da a conocer la nomenclatura oficial en la diversidad de contextos instruyendo a la clasificación de los trastornos mentales en la sociedad.

B) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10)

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

CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor énfasis en la apreciación clínica (como señalan E. Requena y A. Jarné, en Manual de Psicopatología clínica).

En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

En el caso de la CIE-10 los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números es decir son alfanuméricos. Esta estructura permitió incluir un mayor número de códigos y términos diagnósticos en comparación con las revisiones anteriores, cuyos códigos eran sólo numéricos. El diseño de la CIE ha permitido la elaboración de otros sistemas de

clasificación relacionados con la atención a la salud los cuales tienen principios estructurales y funcionales semejantes.

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE fue publicada por la organización mundial de la salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

La lista CIE-10 tiene su origen en la Lista de causas de muerte, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. La CIE es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

La clasificación CIE 10 fue diseñada para uso exclusivamente médico y su origen corresponde a estadísticas relacionadas con morbilidad y mortalidad; En Guatemala el uso de esta clasificación

de enfermedades es estrictamente hospitalario y aporta información verídica que ayuda al esclarecimiento de las enfermedades físicas por las cuales muere la población.

La CIE 10 Clasifica los datos por rango de edad, prevalencia, enfermedad y causas externas de la misma; es de importancia destacar que en la sociedad guatemalteca el Ministerio de salud pública en sus informes anuales describe los factores que influyen en el estado de salud y el contacto que la población tiene con los servicios de salud; la descripción de lo anterior es una sugerencia de carácter importante dentro del marco legal de los derechos de las y los pobladores de la nación la cual se encuentra en el capítulo XXI código Z00-Z99 de la CIE 10.

C) La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

Surge como respuesta a la necesidad de la Psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina.

Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y Raab, 1980; Singer, 1984). Se debe atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

Esto debería, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericanos y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica. El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica.

Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo

consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional.

Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

La GLADP no es más que la CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 reflejadas, han sido literalmente incorporadas a la GLADP.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP se ha conservado la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos del manual de uso clínico de la OMS. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía, se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, en general, las descripciones clínicas y la organización taxonómica del sistema de la OMS. Se ha considerado adecuado para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y especialidades aliadas en la región.

En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

Los síndromes propios de determinadas culturas ("síndromes culturales"), serán clasificados en la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptaciones, entre otros), señalando además el "trastorno cultural" específico de que se trata. Los síndromes culturales más importantes para la región latinoamericana son descritos en detalle en la Sección correspondiente de la GLADP.

2.4 Psicoterapia

La palabra *psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser y la palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos*, que significa asistente o aquel que cuida de otro. También significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus pacientes, ofreciendo comprensión, respeto, ayudando a los pacientes a encontrar soluciones a sus problemas.

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor, mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en las sesiones

de terapia. La psicoterapia ayuda al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

Psicoterapia también significa un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios y una persona que acude a consultarlo a quien se le denomina paciente o cliente, el cual se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida del paciente, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Es un proceso comunicativo transformacional bi-direccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en la persona, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

El objetivo central de la psicoterapia es promover las transformaciones cuantitativas y cualitativas de la personalidad, transformaciones que encuentran su materialización únicamente en la actividad social, por ende esta se centra en sanar. De igual forma la palabra es el instrumento fundamental de la psicoterapia, siendo la vía a través de la cual puede llevarse a cabo cualquier forma de psicoterapia. La palabra es capaz de provocar profundas modificaciones en todo el organismo, dado que existe una conexión entre la palabra y los estímulos externos e internos del organismo.

2.4.1 Antecedentes

El origen de la psicoterapia se remonta en Grecia y el Mundo antiguo, sus orígenes derivados de su tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional. Los filósofos enseñaban en lugares destinados al saber y la adopción de una doctrina filosófica implicaba una forma de pensar y de vivir. Se fomentaban métodos para que la parte racional del ser humano que hace posible la convivencia, predominase sobre la parte pasional. La escuela insensible recomendaba ejercicios escritos y verbales para controlar todas aquellas pasiones desestabilizadoras.

Aristóteles se refiere a los distintos usos de la palabra, que se usaba en Grecia para fines curativos. Se refiere a la palabra persuasiva como ensalmo. Platón habla de cómo el discurso

bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma, que facilita la acción de los productos químicos. Incluso algunos historiadores han visto en la obra de Platón observaciones sobre las pasiones, sueños e inconscientes que anteceden al pensamiento de Freud.

Otro aspecto destacable de la sociedad griega era la existencia de las escuelas filosóficas como la academia Platónica, Liceo Aristotélico, Casa Jardín de Epicuro, entre otros, donde se cultivaban formas o estilos de vida con su propio entrenamiento psicológico, como las técnicas de autocontrol, recitación, memorización y control de la dieta. Estas escuelas eran contextos bien estructurados alrededor de una doctrina filosófica, también, se ha señalado como formas o estilos de vida.

Aristóteles que proponía la doctrina de la virtud como forma de llevar a cabo los fines racionales de la naturaleza humana. La virtud era el medio de establecer el justo término medio entre dos extremos viciosos. La alternativa estoica, consistía en el control de pasiones que generaban excesos irracionales. Para ello se modificaban las falsas opiniones que le generaban representaciones engañosas de las cosas, mediante ejercicios escritos o verbales de meditación y concentración.

Hipócrates en el siglo IV antes de Cristo, sistematizó los conocimientos de diferentes fuentes y localizó las enfermedades en base a estados internos del organismo. Postuló la existencia de cuatro humores en consonancia con los principios de la naturaleza los cuales son fuego, aire, tierra y agua, asociados a cualidades básicas como calor, frío, sequedad, humedad. Así, la sangre perteneciente al corazón determinaría un temperamento sanguíneo; la flema perteneciente al cerebro, un temperamento flemático; la bilis amarilla perteneciente al bazo, un temperamento melancólico. La salud sería determinada por el equilibrio existente entre estos cuatro humores, y la enfermedad por el desequilibrio.

En el transcurso histórico de la psicoterapia se han distinguido formas específicas que adquieren su nombre a partir de su objetivo central de estudio. Por ejemplo el psicoanálisis es una forma de psicoterapia centrada en el análisis del inconsciente, el conductismo el cual estudia el estímulo respuesta y la gestalt le atribuye sus estudios a la percepción.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

Existe una serie de importantes procesos comunes en la psicoterapia, entre ellos se mencionan, intercambio de pago por servicio, ofrecer consejo, ampliar la visión del mundo del cliente, ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos, establecer una experiencia emocional correctiva, promover expectativas positivas, permitir la expresión de emociones, ejercer una influencia social y animar la práctica de nuevas competencias, los cuales se detallan a continuación:

* Intercambio de pago por servicio

Según Thomas Szasz, (1985^a), describe el proceso del pago de una cuota por pago del cliente a cambio de un servicio, señalando que se vende algo y que se da dinero a cambio, lo que los clientes pagan es un dialogo basado en filosofía de que dos cabezas piensan mejor que una.

Así mismo Arnold Lazarus (1985), explica que el servicio que proporcionan los terapeutas es una suma de recursos entre el terapeuta y el cliente para buscar solución a los problemas del cliente. Los clientes pagan a los terapeutas por un servicio, por lo tanto el servicio es negociado y el cliente sabrá que puede y no puede esperar.

* Ofrecer consejo

Existen tres razones por las cuales los terapeutas evitan dar consejo a sus clientes. A) es si es ético que los clínicos brinden consejo a sus pacientes. B) los terapeutas evitan dar consejos para que sus clientes no dependan de la sabiduría del terapeuta en lugar de pensar por sí mismos. El tipo de dependencia del cliente no es consistente con que el terapeuta intente establecer una relación de colaboración, que ponga el acento en la responsabilidad del cliente. C), no se da consejos a los clientes por la sencilla razón de que no funciona, ya que se considera que al proporcionar consejos se desanima a los participantes de centrarse en sus sentimientos.

A pesar de los peligros respecto a dar consejos, hay ocasiones en que puede ser adecuado hacerlo, estas ocasiones se dan cuando el cliente y terapeuta acuerdan un curso de acción y el

cliente esté dispuesto en aceptar la sugerencia del terapeuta. Sullivan lo denomina “como la prescripción de una acción, para distinguir del hecho cotidiano de dar consejo”. Arnold Lazarus “Sugiere decir algo similar a que el terapeuta mencione que él lo utilizó y funcionó con él”.

* **Ampliar la visión del mundo del cliente**

Cuando los clientes llegan a terapia habitualmente están estancados, porque tienen problemas en solucionar un problema y si han intentado alguna solución no les ha funcionado. Es importante ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva, en el cual deben ser conscientes de respuestas de afrontamiento que han de considerar o que no imaginaron que fuera posible. Una manera más específica de comprender el mundo de las creencias de cada persona es definiendo los esquemas que crean para sí. Las personas construyen un esquema interpersonal a través de, ser suspicaz, toma actitudes precavidas, ser pasivo y conciliador.

Otra forma de ampliar la visión del mundo del cliente, es considerar el valor de enseñar a los pacientes a ser flexibles funcional, porque es un aspecto importante del ajuste personal. La flexibilidad tiene dos componentes que son: tener un amplio abanico de respuestas de afrontamiento en el repertorio del cliente. Así mismo debe ser capaz de acoplar la respuesta adecuada a la situación.

* **Ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos**

Una de las contribuciones de Freud a la psicoterapia fue el reconocimiento de la tendencia de los clientes de transferir conflictos no resueltos en la infancia. Este proceso se denomina transferencia y contempla un elemento crucial de la terapia. La tarea del terapeuta era permitir una neurosis de transferencia con el fin de desarrollar y proporcionar *insights* e interpretaciones adecuadas. Al revivir el pasado reprimido a través del proceso de la neurosis de transferencia se presenta al cliente una oportunidad de superar defensas y resistencias neuróticas. Mientras los clientes y los terapeutas enfocan su atención en aspectos y problemas del cliente, tiene lugar un proceso interpersonal en que los clientes comportan con el terapeuta de la manera que han aprendido a hacerlo con otras personas significativas en su vida.

Strupp (1989) describió las etapas que los terapeutas debían considerar a cerca del proceso en que los clientes recapitulan sus conflictos con el terapeuta: El terapeuta es consciente de sus sentimientos respecto al cliente, comprender el significado de los comportamientos del cliente, evita jugar un rol complementario en los dilemas vitales del cliente y ayuda al cliente a ganar *insight* sobre los efectos del comportamiento con el terapeuta.

* **Establecer una experiencia emocional correctiva**

Significa explicar un objetivo central de la terapia, es exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado. El proceso de experiencias colectiva implica una relación terapéutica segura, empatía del terapeuta, re experimenta en el aquí y ahora y responder de una manera diferente de lo que espera el cliente.

* **Promoción de expectativas positivas**

Las expectativas positivas son un componente importante de todos los acercamientos psicoterapéuticos y promueve expectativas de éxito en el cliente es uno de los principales objetivos terapéuticos, entre ellos se mencionan: reforzar la demanda de terapia del cliente, preparar a los clientes para la terapia, inculcar expectativas realistas, acentuar la responsabilidad del cliente, proporcionar alivio a los síntomas, desarrollar una relación terapéutica positiva.

* **Permitir experimentar emociones**

La terapia no es sólo un ejercicio intelectual en el que los clientes hablan y analizan sus problemas, también lo sienten. Para comprender el proceso de experimentar emociones en psicoterapia se deben considerar tres categorías de emociones, las emociones primarias que son los sentimientos auténticos experimentados en el aquí y ahora. Son las emociones con las que los clientes conectan en la terapia y pertenecen al individuo en ese momento. Las emociones primarias, son experiencias espontaneas que facilitan la resolución de problemas y comportamientos orientados a objetivos.

Las emociones secundarias, son las emociones que interfieren con la solución de problemas, son emociones como la ira, depresión y ansiedad, que los clientes buscan eliminar al asistir a psicoterapia, en esta etapa se capacita a los clientes para analizar aquellos acontecimientos a cogniciones que precipitan emociones secundarias, al ser activamente generadas y experimentadas.

Las emociones instrumentales son utilizadas conscientes o inconscientes para alcanzar logro personal, estas emociones son exploradas durante la sesión de terapia a medida que son recapituladas en la relación terapéutica.

La experimentación de emociones en psicoterapia implican seis procesos que son: reconocimiento, creación de un significado, activación, toma de responsabilidades, modificación de respuestas afectivas disfuncionales y expresión de sentimientos en la relación terapéutica.

* Ejercer una influencia social

Es imposible ser completamente neutral hacia los clientes y sus problemas. Es inevitable que los terapeutas tengan creencias, valores y normas de comprender el mundo que influyan sobre su forma de trabajar con las personas. Ser conscientes de los propios valores y creencias, al igual que las necesidades personales de sí mismas, es una responsabilidad ética de los psicoterapeutas.

* Promover la práctica de nuevas competencias

Implica ofrecer a los clientes la oportunidad de practicar nuevas competencias, nuevas formas de comportar, pensar y sentir, son puestas en práctica primero en la terapia y posteriormente en la vida del cliente. Un método común para establecer la práctica de nuevas competencias es mediante el empleo de tareas para que el cliente las realice en su casa, este método proporciona una continuidad entre las sesiones de terapia y ayudan a generalizar lo que se ha aprendido en las sesiones de psicoterapia. Así mismo ayuda a capacitar al cliente para examinar maneras alternativas de responder a desafíos diversos, las tareas pueden ser, idear tareas para casa, presentar tareas para casa y despejar problemas.

2.4.3 Competencias de psicoterapia

El resultado terapéutico satisfactorio depende de las competencias interpersonales del terapeuta, como de su dominio técnico. Lambert (1989), concluye que las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnica en el tratamiento.

La competencia es la capacidad del terapeuta para ayudar a sus clientes a resolver problemas y mejorar la confianza en sí mismos. Incluye todas las habilidades necesarias, de autoconocimiento, autocontrol, relacionales o técnicas. La competencia de un terapeuta está directamente relacionada con el nivel de experiencia terapéutica.

Las competencias interpersonales del terapeuta son un componente crítico del éxito en la psicoterapia. Los terapeutas competentes están técnicamente bien formados y son capaces de implementar de manera flexible intervenciones terapéuticas con una sensación de colaboración con el cliente. Son capaces de mejorar sus propios problemas. Entre las competencias se mencionan, proximidad y competencias verbales, los cuales se desarrollan a continuación:

- Proximidad

El terapeuta próximo comunica al cliente un interés vital por lo que tiene que decir. Los clientes se sienten reasegurados porque el terapeuta está con él. El terapeuta transmite a sus clientes a través de comportamientos verbales y no verbales. El terapeuta próximo es capaz de ejercitar las competencias en relación a responder activamente a lo que el cliente está diciendo tanto de manera verbal como no verbal. Así mismo responde de una manera que sea congruente, tanto con el mensaje como con los sentimientos que el cliente está comunicando. El terapeuta debe tener la habilidad de responder con precisión a lo que el cliente está diciendo.

- Competencias de la proximidad

Ser próximo requiere de las siguientes competencias:

- ❖ Habilidad para atender o que el cliente está intentando comunicar
- ❖ Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente.

- ❖ Energía para responder al ritmo demandado por el cliente
- ❖ Habilidad para comprender lo que el cliente está comunicando desde su punto de vista
- ❖ Estar entrenado en competencias básicas de entrevista

- Competencias verbales

Las nueve competencias verbales son:

- Tanteo: es una pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información.
- Clarificación: es una pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo. Las clarificaciones se utilizan para estimular a los clientes a elaborar su discurso.
- Paráfrasis: es reformular las frases del cliente de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho.
- Reflejo: es una reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente. Los reflejos son la forma principal que tienen los terapeutas de comunicar empatía hacia sus clientes así como la aceptación de sus sentimientos.
- Ofrecer información: la falta de información compromete la capacidad del cliente para tomar una decisión informada.
- Confrontación: se utilizan para identificar mensajes confusos en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. La confrontación no debe estar dirigida hacia la persona del cliente, sino hacia la dificultad que está experimentando.
- Interpretación: se utiliza para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Los cuatro criterios para realizar interpretaciones efectivas son: momento oportuno, dosis mínima detalle concreto y enfoque individual.
- Recapitulación: las proposiciones se utilizan para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión de terapia. Los terapeutas utilizan la recapitulación para identificar temas comunes, revisar el progreso y proporcionar un encuadre cuando las proposiciones del cliente parecen estar inconexas.

- Preguntas: el uso de las preguntas es para obtener hechos, se encuadren dentro del aquí, ahora, el qué y por qué, son denominadas preguntas.

2.4.4 Metas de psicoterapia

La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor concienciación. Según Thomas Szasz (1973), menciona que en la mayoría de los tipos de psicoterapia voluntaria, el terapeuta intenta esclarecer las reglas del juego no explícitas por las que se conduce el cliente; y ayuda al cliente a escrutar las metas y valores de los juegos de la vida a los que está jugando.

La psicoterapia como una relación de trabajo entre terapeutas y clientes tienen tres implicaciones importantes que son: la patología no es necesariamente un constructo explicativo, la meta del cambio en lugar de la curación y los clientes son responsables de establecer cambios en sus vidas.

✓ De la patología al afrontamiento

La patología no es necesariamente un constructo explicativo. La persona llega a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan. El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los clientes y ayudarles a superar el estancamiento mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar.

✓ Cambio en lugar de curación

El objetivo no es una curación total sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del paciente, incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal inadaptativo. El objetivo del terapeuta es ayudar a los pacientes a apreciar que el cambio es una posibilidad.

✓ El cliente es el responsable

Los síntomas y problemas de un cliente a menudo son una expresión de pérdida de control, la incapacidad del cliente o su falta de voluntad para controlar su vida. La tarea del terapeuta es desanimar al cliente de expresarse mediante excusas y animarle a emplear un lenguaje de responsabilidad.

2.4.4.1 Metas terapéuticas fundamentales

Las metas específicas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del cliente. Existen algunas metas que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas entre ellas están:

- Ayudar a los clientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza.
- Potenciar la sensación de dominio y autoeficiencia del cliente.
- Animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas.
- Ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
- Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.
- Ayudar a los clientes a adquirir *insight*.
- Superar la desmoralización y ganar esperanza

Esta es caracterizada por sentimientos de incompetencia, baja autoestima, alienación y desesperanza. Las manifestaciones más comunes de la desmoralización son, ansiedad, soledad y depresión. Una meta principal de la psicoterapia es ayudar a los clientes a superar sus sentimientos de desmoralización y a ganar una sensación de esperanza.

Los terapeutas ayudan a los clientes a incrementar sus habilidades para encontrar caminos fructíferos, para alcanzar los objetivos, mediante la enseñanza de nuevas competencias, ayudando a los clientes para que vean una perspectiva diferente de sus vidas y posibilidades que nunca había apreciado. El objetivo es enseñar a ver los problemas como desafíos en lugar de verlos como amenazas.

✓ Superar la evitación

Una fuerza motora de muchos problemas es la evitación. Se desarrollan estilos de afrontamiento que protegen de ansiedades, temores y situaciones desagradables que a menudo son condiciones esenciales e inevitables de la vida. Las personas que evitan enfrentarse a sus problemas sufren del temor que entraña enfrentarse al problema, que el problema en sí.

La evitación es básicamente una forma de negación y escape que requiere distorsiones del pensamiento y la percepción. Estos procesos impiden virtualmente la posibilidad de crecimiento y maduración personales debido a las inadecuaciones inherentes a ese tipo de respuestas.

✓ Ser consciente de las ideas erróneas de sí mismo

Los terapeutas guían a sus pacientes en la reevaluación de sus percepciones e interpretaciones acerca de lo que desean y de lo que están obteniendo de la vida. El objetivo de este proceso es que los clientes modifiquen aquellas creencias o expectativas que tienen sobre la vida y que no respondan a sus intereses.

✓ Aceptar las realidades de su vida

El mundo tiene aspectos buenos y malos, se debe aprender a apreciar y vivir y disfrutar de las cosas que son buenas. Establecer metas realistas y aceptar la responsabilidad de destinar el esfuerzo necesario para su logro, es algo importante que cada persona sea responsable de sus actos.

✓ Lograr *insight*

La fase de *insight* de la terapia de consejo psicológico gira entorno a ayudar a los clientes a tomar conciencia de porque eligen funcionar como lo hacen. Cuando el paciente logra *insight*, empieza a analizar sobre el por qué del problema que lo aflige, tomará sus propias decisiones, asumiendo las responsabilidades.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

Es una representación, sistema, idea, o guía, que describe estilos de evaluación y tratamientos específicos de la forma en que ha sido abordado algún tema de la conducta humana. Es un patrón conceptual, los modelos enfocan partes importantes de un sistema. Es un sistema formal que permite conceptualizar un grupo de fenómenos cuya elaboración debe sustentarse en un principio racional. Un modelo brinda los términos y proposiciones que al ser validas pasan a conformar una teoría. Entre los modelos se mencionan, Psicodinámica, humanista, conductista y sistémico.

2.4.5.1 Modelo psicodinámico

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, inicia su teoría en el siglo XX. Freud propuso que se nace con un conjunto de necesidades psicológicas que son pulsiones y necesidades innatas. Esta teoría surge cuando había muchas necesidades de descubrir las causas orgánicas de las enfermedades mentales.

La conducta humana y su desarrollo se determinan principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente del ser humano. Estos factores proporcionan las causas profundas de las conductas que se manifiestan. Consiste en ser un método de investigación de los significados mentales inconscientes. Se basa en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseos inconscientes. Sus teóricos son: Sigmund Freud, Carl Jung y Alfred Adler.

Entre sus características se menciona que: descubre el material inconsciente como sentimientos y recuerdos. La conducta humana se determina principalmente mediante hechos impulsos deseos y conflictos que se encuentran dentro de la mente.

Considera que los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la frustración de necesidades o impulsos básicos. Entre las técnicas que se aplican están:

- **Hipnosis:** es ayudar al paciente a ser consciente de sus sentimientos y recuerdos inconscientes, hace lo inconsciente consciente.

- **Asociación libre:** este método motiva al paciente a decir lo que le venga a la mente durante el tiempo de la sesión. El terapeuta procura dar sentido a las secuencias de las asociaciones del paciente.
- **Análisis de los sueños:** se refiere a los sueños como el camino real inconsciente. Los sueños representan la satisfacción de los deseos y se distingue en dos niveles de contenido en el análisis de los sueños. Teniendo contenido manifiesto y contenido latente, el contenido manifiesto es el contenido real del sueño. Y contenido latente se representa simbólicamente.

2.4.5.2 Humanista

Los antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano (1838 -1917) destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E. Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K. Jaspers (1883-1969), filósofo y psicopatología que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S. Kierkegaard (1813-1855), precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida, la muerte, y la ansiedad existencial; L. Binswanger (1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado *dasein* análisis (forma de ser en el mundo); J.P.Sartre (1905-1980), que destaca como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por sí mismo.

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

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

Es un modelo de psicoterapia desarrollado por C. Rogers, que valora a la persona como sujeto individual, resalta su carácter único, y está en contra por tanto de las clasificaciones. El psicólogo humanista nunca pondrá una etiqueta, si cada sujeto es particular, la percepción es distinta, y por tanto su comportamiento es diferente.

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

Esta terapia se basa en la empatía, en la conexión psicólogo-cliente. El trabajo del psicólogo no es tratar, sino hacer crecer el carácter personal. Le importa el presente, y no el pasado. Actúa cuando ese proceso de maduración se para porque es ahí cuando surgen los enfrentamientos psicológicos. Es parte de su forma de trabajo el considerar positivamente y aceptar todo cuanto diga el "cliente" sin condiciones de valor, evitando corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica" el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" A todas las orientaciones anteriores se les denomina en los años sesenta la "tercera fuerza", por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

2.4.5.3 Conductista

Durante el siglo XIX, el enfoque tradicional del modelo médico concebía la conducta desadaptada, como el epifenómeno de una enfermedad subyacente, cuya etiología era exclusivamente de naturaleza orgánica.

En la década del cuarenta y cincuenta, como consecuencia del desarrollo de las teorías psicológicas del aprendizaje y la constatación de los resultados efímeros de la terapia psicoanalítica, se producen cuestionamientos a los modelos existentes, dando lugar al surgimiento del modelo conductual, asumiendo el rol protagónico como una nueva forma de terapias de la conducta desadaptada.

Los estudios sobre el reflejo condicionado y la teoría del condicionamiento clásico, realizado por el fisiólogo ruso Iván P. Pavlov (1904), son considerados como las bases sobre las que se han configurado las teorías del aprendizaje, nutriendo directamente el modelo conductual. Watson (1914) por su parte, asume una postura radical, dejando de lado la psicología tradicional y el método introspectivo, planteando como alternativa los métodos objetivos y experimentales basados en las leyes del aprendizaje. Así, el conductismo más que una teoría es una nueva postura en el campo de la ciencia y la investigación.

La conducta humana es aprendida bajo la asociación estímulo-reacción y los refuerzos, dando lugar a la formulación de teorías donde se destaca la importancia del aprendizaje. Estas teorías, basadas en el rigor científico del conductismo y postuladas a partir de la experimentación animal, se sustentan en conceptos como el condicionamiento clásico de Pavlov, en el refuerzo del condicionamiento operante de Skinner, la contigüedad de Guthrie, el aprendizaje latente de Tolman y otros, cuyas contribuciones han sido relevantes para la aplicación en el campo de la psicoterapia conductual.

Según este enfoque, la conducta es concebida de manera dimensional, señalando que la conducta normal y anormal no son cualitativamente diferentes, sino distintas gradaciones a lo largo de un continuo (Eysenck, 1956). La terapia va dirigida a la conducta anormal desadaptativa manifiesta y observable, así como a las encubiertas emociones y verbalizaciones implícitas que están causando malestar o desadaptación.

Las terapias de la conducta son definidas como técnicas que, basadas en las teorías del aprendizaje, se aplican al tratamiento de conductas inadaptadas, a fin de modificarlas o extinguirlas. Eysenck (1987) las define como el intento de alterar la emoción y el

comportamiento humano de una manera beneficiosa de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje. Estas terapias en su conjunto comprenden, según Kazdin (1978), tres incisos siendo los siguientes:

- a) un área de contenidos sustentados en teorías y hallazgos procedentes del aprendizaje
- b) un objetivo terapéutico en tanto trata de modificar la conducta.
- c) un específico enfoque metodológico de tratamiento que pretende fomentar conductas socialmente deseables.

2.4.5.4 Sistémico

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

En la de los sesenta el grupo de Milan y el de Palo Alto, fueron los más influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar.

En la década de los años 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico-comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son:

- La Escuela Interaccional del MRI (*Mental Research Institute*) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Batenson. Su aportación más significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick, Weaklan y Fisch "Cambio"(1974). Para los autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo

problema-solución intentado. Para ello distinguen los llamados cambios 1., el cual se refiere a seguir la "lógica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema. Y los cambios 2. se refiere a centrar en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar.

- La Escuela Estructural-estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin. Se centra en los sistemas tríadicos es una relaciones con un mínimo de tres miembros. Instan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones un progenitor y un hijo frente al otro progenitor. El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las dediciones de la familia del paciente-problema y la prescripción de tareas con el fin de desequilibrar el problema actual del sistema.
- La Escuela de Milan alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa. Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma.

Los desarrollos más actuales de los modelos sistémicos se centran más en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva. Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia.

Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa (Anderson y Goolishian, 1988). Este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido cada vez mayor acercamiento de los modelos sistémicos y los modelos cognitivos, acercamiento que se propone como una de las mayores revoluciones en el campo de las psicoterapias (Feixas y Miró, 1993).

2.4.6 Formas de psicoterapia

Existen distintas escuelas de psicoterapia, la tendencia ha sido reunir las en tres grandes grupos, si bien éstos han sufrido desarrollos tardíos y nuevas adquisiciones, tres han sido las principales grandes escuelas de psicoterapia, encontramos, autores que las han denominado las tres grandes fuerzas de la Psicología, estas son: Psicoanálisis, Conductismo y Humanismo.

2.4.6.1 Psicoterapias psicodinámicas

Es un tratamiento psicológico basado en la relación paciente terapeuta, consiste en ayudar al paciente a implementar los recursos necesarios para afrontar, asimilar y adaptar sin dificultad las circunstancias psicosociales individuales. Ayuda al paciente a aumentar su consciencia sobre sus conflictos inconscientes, sentimientos, motivaciones, deseos y fantasías, así como sus comportamientos y relación problemáticas, deseos y fantasías, así como sus patrones de comportamiento y relación problemáticos, con el objetivo contar nuevas formas de relacionarse consigo mismo y con los demás.

A) Psicoanálisis

Se considera el primer sistema estructurado de psicoterapia. El iniciador de esta tendencia es Sigmund Freud, que dividió la actividad mental en consciente e inconsciente, y que en esencia es la base de las teorías psicoanalíticas, tomando como consciente al contenido al que se es capaz de acceder de manera intencionada y el inconsciente formado por todo aquello que se ha reprimido, inhibido, no asumido, o al que no se puede acceder de manera voluntaria. Para los

teóricos psicoanalistas es relevante la parte inconsciente y sus técnicas se derivan de la liberación, concediendo especial importancia a los sueños. Freud dividió la psique en Yo: representado por la razón, el sentido común y la realidad, el Ello que representa el inconsciente, el superyo formado por la interiorización o introyección de las figuras de los padres. Además formuló la teoría de la libido, o energía sexual reprimida en la cual diferenció cuatro etapas, según la zona erógena en la que tenga lugar: oral, anal, fálica y genital. Partiendo de esto, las técnicas que Freud empleó en el tratamiento de los pacientes son aquellas liberadoras de lo reprimido en el inconsciente, la interpretación y la transferencia, mediante la cual el paciente transfiere al analista sus ideas, sentimientos, deseos y actitudes, y también la interpretación de los sueños, puesto que estos provienen del inconsciente.

En un principio Freud tuvo varios seguidores pero más tarde se fueron desligando de él debido a ciertas discrepancias, entre estos destacamos a Carl Jung para el cual en el inconsciente, además de contenido personal distingue también un contenido de carácter colectivo, llamado inconsciente colectivo formado por conjuntos mitológicos, motivos e imágenes que siempre han estado ahí y en cualquier momento pueden volver a producirse, se mencionan los arquetipos o modelos primordiales de carácter arcaico, algunos de ellos son la sombra, el ánima, el animus, el tesoro y el mándala. Además dividió a los individuos en un sistema caracterológico de tres dimensiones cada una de las cuales se dividen en dos polos: extraversión-introversión, sensación-intuición y pensamiento-sentimiento, si estas se combinan dan lugar así a los tipos psicológicos.

Otros seguidores fueron: Alfred Adler acuñó el complejo de inferioridad y dio especial importancia a la atmósfera familiar en la que se desarrolla el individuo. Eric Fromm, deriva los problemas psicológicos a la conexión entre individuo y mundo, y a la incapacidad de amar y de ser productivo. Karen Horney propone que las condiciones específicas de la cultura en la que vivimos también son significativas. Harry S. Sullivan trabaja en el ambiente doméstico y en las perturbaciones o frustraciones. Melanie Klein fue la primera en aplicar el psicoanálisis a niños. Erik Erikson da importancia al desarrollo del yo como garantía de estabilidad psíquica y postula las edades del hombre. J. Lacan, en cuyo psicoanálisis estructuralista retomó las ideas de Freud y dio especial importancia al lenguaje ya que según el autor el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Entre otros.

B) Psicoterapia breve y de emergencia

Consiste básicamente en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de permiso para verter el súper yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos una actuación. Estas terapias proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

La psicoterapia breve considera desde la perspectiva psicoanalítica, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en cinco o seis sesiones. Se debe conceptualizar de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben ser planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor.

Una historia pasada que contenga violencia será crucial, así como también lo será la estructura de personalidad específica. Un nuevo evento será interpretado en términos de la experiencia preexistente e de la estructura de la personalidad. Aquellos que tienen gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco.

En un sentido amplio se podría decir que la psicoterapia breve permite seguir adelante en el trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con el que exista anterior a la enfermedad, en ese sentido la psicoterapia breve no solo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general.

C) Psicoterapia de apoyo

Es general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación recorriendo a

aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso.

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación terapeuta – paciente, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial énfasis, reforzar las defensas del “ego” del paciente.

Es acompañada de estímulos para incentivar el cambio personal en los sitios de vida más desadaptadas. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y terapeuta.

Este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica entrante. Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas en la resolución de nuevas situaciones.

2.4.6.2 Terapias conductistas

Se deriva de la segunda fuerza en Psicología, las terapias conductuales son conocidas también como modificación de conducta, nacen como consecuencia del desarrollo de la psicología del aprendizaje, y parten de que la conducta tanto adaptada como inadaptada es aprendida y que por lo tanto se rige por las mismas leyes que el aprendizaje. Toman para sus explicaciones las aportaciones del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, y el aprendizaje por modelado. Son partidarios de la aproximación experimental y parten de que el terapeuta es un agente directivo y con control. Ponen todo el énfasis en la conducta y tratan de identificarla y

definirla, así como identificar las condiciones bajo las que se da. Y también en las técnicas para modificarla, o eliminarla. Algunas de las principales son: desensibilización sistemática de Wolpe, que se basa en el principio de inhibición recíproca, según el cual, dos conductas incompatibles no pueden darse a la vez, así si se da la relajación es imposible que se produzca ansiedad, entonces según las leyes del condicionamiento clásico, tratan de asociar los estímulos o situaciones ansiógenas con respuestas de relajación. En sí la relajación progresiva de Jacobson o la de Schultz son consideradas como técnicas conductuales. Con esta misma óptica pero modificando las técnicas encontramos también la inundación e implosión que se basan en los principios de sensibilización y habituación, en las cuales la exposición repetida a estímulos ansiógenos durante un periodo amplio de tiempo hará que esos estímulos pierdan la capacidad de provocar ansiedad.

Otras técnicas de gran aceptación son aquellas basadas en los principios del condicionamiento operante, según la cual la conducta o respuesta que dan los pacientes está determinada por las consecuencias que la siguen, esto es de si se verá reforzada positiva o negativamente. Los conceptos de refuerzo y castigo son esenciales para llevarlas a la práctica. Se destaca el condicionamiento encubierto de Cautela, y las terapias aversivas. Además también usan técnicas de aprendizaje por modelado, o por imitación de un modelo propuesto por Bandura y las técnicas de Biofeedback. Dentro de las técnicas cognitivo-conductuales se destacan las de Meichenbaum sobre la inoculación del estrés y el tratamiento de trastorno por estrés postraumático que son una combinación de las dos. Y dentro de la orientación más cognitiva, en la cual prima las cogniciones, que se refiere a, ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, las cuales determinan o modifican las conductas o respuestas de las personas. Durante la técnica se establece un dialogo con el paciente, para orientar a modificar sus creencias irracionales.

A) Terapia racional emotiva

El conocimiento que se adquiere es influido por las interpretaciones que imponen las percepciones. La terapia racional emotiva, es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados.

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo ABC, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente. La terapia involucra el entrenamiento de este para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales por el terapeuta, el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

A.1. Las técnicas que se emplean son

- *Insight* racional emotivo: La meta principal de esta técnica es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.
- Método socrático: Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- El debate filosófico: El método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es del debate filosófico que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.
- Imaginación racional emotiva: Consiste cada vez que la gente se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere

hacerlo, están empleando imágenes racionales emotivas, la forma más eficaz de práctica emocional.

- Autoanálisis racional: Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones causa – efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.
- Las imágenes racionales emotivas: Su base descansa en el hecho neuropsicológico de que las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- Reestructuración racional sistemática: El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término, aprendan a funcionar como sus propios terapeutas.
- Debatir creencias irracionales: Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.
- Autoexamen racional: Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus razones emocionales ante los hechos o eventos.

A.2. Es aplicable en las siguientes terapias

- Terapia individual: Esta indicada para personas que tienen dificultad en hablar frente a personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.

- Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. El objetivo de la terapia de pareja es capacitarlos a ambos para que desarrollen y apliquen sus habilidades.
- Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.
- Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros. Aprenden a aceptarse a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

B) Modificación de la conducta

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

Aunque existe variedad de técnicas, objetivos de aplicación, y enfoques teóricos diferentes, se comparten ciertas características definitorias:

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico.
- La evaluación objetiva.
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

B.1. Técnicas de modificación de la conducta

- Refuerzo positivo

Este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro.

Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.

- Refuerzo negativo

Consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que se busca es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta.

- Modelado

Consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias.

- Encadenamiento

Consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas encajadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades. Este procedimiento puede utilizarse para que adquiera nuevas habilidades (convirtiendo esa conducta en pasos, que se enseñarán mejor si se empieza por el último de la cadena) o para ensamblar las conductas del niño de modo que constituyan cadena y conseguir así que esas conductas se mantengan de forma natural (como procedimiento para mantener la conducta).

B.2) Procedimientos para reducir o eliminar la conducta

- Extinción

Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir, en no dar la recompensa que la mantiene.

- Reforzamiento de conductas incompatibles

Es un método complementario de cualquier intento de eliminar una conducta problemática. Se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar ó ignorarla. El aumento de la conducta alternativa incompatible conlleva una disminución de la conducta indeseable.

- Aislamiento o tiempo fuera

Es un procedimiento que puede ser de gran utilidad cuando no podemos retirar el reforzador que mantiene la conducta. Lo que se hace es sacar a la persona de la situación en la que se encuentre cuando realiza la conducta que se desea suprimir.

- Control de estímulos

Un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta, y es ausente cuando no se refuerza, la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Aunque en un principio sean neutrales, como consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella.

- Costo de respuesta o castigo negativo

Consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta como algún reforzador disponible. Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que gusta, pero no hace uso de estimulación aversiva.

- Práctica positiva

Este método consiste en hacer que la persona practique, durante periodos de tiempo determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta inapropiada. No se mejora, sino que se ejecuta el comportamiento adecuado. Este procedimiento tiene efectos rápidos y de paso enseña conductas aceptables a los niños.

- Saciedad

Con este procedimiento se consigue suprimir una conducta basándonos en la utilización del propio reforzador que la mantiene porque aumentando de forma considerable la administración de reforzamiento se hace que el reforzador pierda su valor como tal.

- Castigo

Consiste en aplicar una consecuencia punitiva a una conducta. El castigo debe ser usado sólo y exclusivamente cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida del niño esté en peligro y ello pueda evitarse recurriendo al castigo.

C) Terapia cognitiva

Es una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. Es la terapia psicológica más avalada en la actualidad y la más eficiente logrando los mejores resultados terapéuticos en el menor tiempo posible en la que los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de la conducta.

Las teorías y técnicas de esta línea psicológica comienzan a desarrollarse con el conductismo o psicología conductista, de Watson, en América del Norte y la investigación sobre los reflejos condicionados de Pavlov, en Rusia.

El término "cognitivo" se refiere a las "cogniciones", que son los pensamientos racionales, los pensamientos automáticos, las creencias y esquemas cognitivos. Los términos "conductual" o "comportamental" se refirieren a las conductas que derivan de las emociones y cogniciones.

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La concepción implica que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de sí mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el autocontexto.

Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se espera que mediante terapia un paciente pueda tener *insight* de sus distorsiones cognitivas, y corregir los constructos erróneos.

El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación.

D) Psicoterapia grupal

Fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de “clases colectivas” a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos. El método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica. La técnica se apoya en dos pilares que son: la aparición de sentimientos de rivalidad, estímulo y solidaridad en el grupo y el terapeuta asume el papel de figura paterna idealizada. Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal: Técnicas grupales analíticas. No directivos y terapia Gestalt.

Estas corrientes se aplican a diversos tipos de grupos en las cuales podrían mencionarse, familiar, parejas, grupos de encuentro, de crecimiento, terapia represiva inspiradora (Método de Pratt).

D.1. Características del grupo

Según González Núñez (1992), es la interacción, o espacio temporal donde se relacionan los miembros del grupo. Percepción y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es una parte del todo. El grupo pueden tratar de lograr metas de diferentes índoles, como laborales, escolares, entre otros.

D.2. Beneficios de la terapia grupal

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente

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

D.3. Diferencia entre psicoterapia de grupo y los grupos de apoyo

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. Provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas. Se ha demostrado, mediante estudios científicos, que la psicoterapia de grupo es tan eficaz como la individual.

Al contrario de participar en un grupo de apoyo no garantiza que se sentirá mejor o vivirá más tiempo, involucran reuniones regulares donde las personas que experimentan problemas similares o transiciones de vida se reúnen para ofrecer otro tipo de apoyo y estímulo. Los grupos de apoyo se limitan comúnmente al alivio de los síntomas. Pueden no ser guiadas por profesionales.

2.4.6.3 Terapia Humanística

Es también denominada como la tercera fuerza de la Psicología, que nace en la década de los sesenta, como descontento con las otras dos, su punto de partida está en la filosofía humanista, en ver al ser humano superior a la suma de sus partes, en priorizar la búsqueda de sentido de la vida, ver al sujeto como un ser autónomo, responsable de su desarrollo, que tiende a la autorrealización

y la forma de terapia es no directiva sino de sacar las propias cualidades que cada persona lleva dentro. Dentro de este enfoque destacan Abraham Maslow y la Psicología del ser, el autor no se centra en lo patológico de las personas sino en lo extraordinario que se puede llegar a ser. El término humanismo se relaciona con las concepciones filosóficas que colocan al ser humano como centro de su interés. El humanismo filosófico resalta la dignidad del ser humano, aunque interpretada de distinto modo en las diferentes formas de humanismo (cristiano, socialista, existencialista y científico). El humanismo puede ser entendido como una determinada concepción del ser humano, y también como un método

La figura de la psicoterapia humanista es centrada en la persona, el cliente, mostrándole confianza, consideración incondicional, empatía y autenticidad con las propias emociones, dándole importancia al presente y a la relación terapéutica como experiencia de crecimiento personal en sí misma.

La terapia comienza con el establecimiento de un contrato entre terapeuta y paciente y en ella se trata de intervenir para aclarar y reforzar los límites de los estados del yo mediante preguntas interrogativas, especificaciones, explicaciones, confrontación entre los estados, interpretación. Uno de los últimos autores humanistas es Jacob Moreno, que introdujo el psicodrama y la psicoterapia de grupo, en el cual se da lugar la representación de roles de aspectos dramáticos en la vida del individuo con el fin de liberarlos.

A. Terapia centrada en el cliente

La Terapia Centrada en la Persona, conocida también como "Relación de Ayuda", "Terapia no directiva", "Counselling", "Terapia Centrada en el Cliente" o "Terapia Rogeriana" Fue desarrollada por el psicólogo Carl Rogers (1902-1987). El modelo de Carl Rogers pertenece a la corriente de la psicología humanista. La psicología humanista promueve los aspectos más humanos de la persona, como son: la libertad, creatividad, trascendencia, responsabilidad, autonomía.

A.1. Cliente en oposición a paciente

El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación del vocablo, relacionado con la patología, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta o sanador. La contrapropuesta es que no existe tal cosa como la enfermedad mental, sino formas disfuncionales de vivir.

A.2. Actitudes básicas para la relación de ayuda

Según Carl Rogers, una relación servirá de ayuda si la forma de ser persona con el otro refleja tres actitudes básicas:

- ✓ La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
- ✓ La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
- ✓ La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.
- ✓ La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta. El cliente debe estar en un estado de incongruencia.
- ✓ Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida.

B. Terapia Gestáltica

La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista o tercera fuerza, la cual se caracteriza por no ser exclusivamente para tratar pacientes, sino también para desarrollar el potencial humano. 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.

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.

Se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a qué el terapeuta lo cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta. En esta terapia, el cliente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo le guía y le ayuda para que lo consiga, haciendo más bien una función de observador externo y no tanto de "el que cura".

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.

Se basa en, el aquí y ahora, vivir y sentir el presente. El darse cuenta, es el paciente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar una conducta. Aceptar lo que es la persona, no buscar ídolos, 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?

- Técnicas supresivas

Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí y ahora.

Entre las principales supresivas se detalla:

- ✓ Experimentar el vacío, no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- ✓ Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- ✓ Detectar los "debería" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "debería" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
- ✓ Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que la persona se dé cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

- Técnicas Expresivas

Se espera que la persona exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibe. Como expresar lo no expresado.

- ✓ Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
- ✓ Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.

- ✓ Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

- **Técnicas Integrativas**

Se busca con estas técnicas que la persona incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, se hace énfasis en la incorporación de la experiencia.

- ✓ El encuentro intrapersonal: Consiste en que la persona mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos.
- ✓ Asimilación de proyecciones: Se busca que la persona reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le pide que imagine que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

C. Análisis Transaccional

El análisis transaccional es un sistema de psicoterapia individual y social que engloba dentro de la psicología humanista propuesto por el psiquiatra Eric Berne en los años 1950 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro juegos en que participamos.

Busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo padre, adulto y niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuar y el tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en la interacción con los demás, como también con la persona misma, creciendo en el logro de una personalidad integradora. El Análisis Transaccional es aplicable en crecimiento personal, educación, enfermería, trabajo social, desarrollo organizacional y en otras actividades en las cuales las personas interactúan entre sí.

Es una teoría de la personalidad neofreudiana que retoma por los conceptos de ello, yo y superyó y se concentraba en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales.

Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes en lugar de solamente entenderlos. Para este fin, el introdujo uno de los aspectos más importantes del análisis transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente para buscar el cambio específico que el cliente deseara.

El objetivo es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones.

Berne afirma que todos los seres humanos manifiestan tres estados del yo, definidos como sistemas coherentes de pensamientos y sentimientos manifestados por los correspondientes patrones de conducta. Asegura que estos tres estados se refieren a fenómenos basados en realidades verdaderas.

C.1. Los tres estados del yo

El estado padre del yo. Derivado de los padres y madres que han tenido y de las personas mayores que han intervenido de manera directa en la educación de cada persona. Se siente, se piensa, se actúa y se habla de una manera muy semejante a como lo hacían los padres y madres cuando eran niño, ya que los padres fueron modelos básicos en la formación de la personalidad.

Los valores e ideas acerca de la vida, las pautas de comportamiento, normas, reglas y leyes de convivencia, se van grabando en el hijo o hija, e influyen de forma poderosa en la configuración futura de su personalidad. Todo eso sucede sin que la persona sea consciente de ello, por lo que se terminan reproduciendo pautas aprendidas en la infancia sin darse casi cuenta.

El estado niño del yo. En él aparecen los impulsos naturales, las primeras experiencias que se graban en la infancia y cómo se responde ante ellas. Es la parte de la persona que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que cuando se era niño. Tiene un tipo de pensamiento mágico e irracional, las relaciones las concibe como algo eminentemente emocional.

El estado adulto del yo. En él percibimos la realidad presente de forma objetiva, de forma organizada, calculamos las circunstancias y consecuencias de los actos con la base de la experiencia y los conocimientos.

Es la dimensión interior del individuo, que se caracteriza por el análisis racional de las situaciones, la formulación sensata de juicios y la puesta en marcha del propio sentido de la responsabilidad.

Este estado hace posible la supervivencia y, cuando está suficientemente desarrollado, debe analizar si en la conducta hay exceso de influencias inconscientes e irracionales de su padre o del niño.

C.2. Áreas se aplica el Análisis Transaccional

El Análisis Transaccional se usa en el área de psicología clínica, en la educación, empresas u organizaciones. También se puede usar en el campo de la orientación, en el político, religioso y otros. Es fácil integrar otros modelos y técnicas en la terapia de análisis transaccional, tales como gestalt, multimodal y neurolingüismo.

Cuando se encuentra en una organización o a un grupo de trabajo, la interacción va a provenir de la posición o tipo de adaptación que se decida la infancia, predominantemente, en el nivel emocional. Ya adultos, se tienen mecanismos adicionales para generar otras conductas, pero la posición que se decida en la niñez se graba.

D. Logoterapia

La logoterapia propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

La logoterapia es la "tercera escuela Vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo y psiquiatra, Viktor Frankl. Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se

centra en una "voluntad de sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "voluntad de poder" o la "voluntad de placer" de Freud.

✓ Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la de reflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático.

En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma.

En la de reflexión, se anima al consultante a olvidar su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hipereflexión.

En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" como se le llama al cliente o paciente aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.

En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio.

El diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de Dios u otro ser sobrenatural. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En el presente capítulo se da a conocer la planificación de actividades, cronograma y agendas, empleadas durante la práctica profesional dirigida, para organizar de mejor manera el trabajo realizado.

3.1 Programa de la práctica

I. Propósito del curso

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

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

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

II. Competencias a fortalecer

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Investiga temas relacionados de interés en la aplicación práctica de la Psicología
- Resuelve problemas sociales ocasionados en las áreas de riesgo de la sociedad guatemalteca.

- Brinda ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica así como a poblaciones en riesgo con el fin de promover la salud mental en Guatemala.
- Atiende casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca

III. Contenido temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico
4. Detección y atención de casos
5. Capacitación en salud mental
6. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
7. Atención a comunidades de riesgo
8. Detección de situaciones de resiliencia
9. Creación de programas y proyectos

IV. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

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

V. Formas, técnicas y procedimientos de evaluación

Actividades	punteo
I fase	
Resumen del libro la entrevista psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica	5 puntos
Elaboración de referente metodológico	5 puntos
Elaboración de marco de referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II fase	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III fase	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos

Continuación..... Formas, técnicas y procedimientos de evaluación	
Presentación de capítulo IV del informe final presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del informe	5 puntos
Presentación completa del informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2 Cronograma de actividades

Contenido	Actividades	Evaluaciones / entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02) 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica.</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo.</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos.</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos</p>
La entrevista	Panel foro Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado	<p>Guía de lectura</p> <p>Valor 5 puntos</p>

Continuacióncronograma de actividades		
Contenido	Actividades	Evaluaciones/entrega de trabajos
<p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p>	<p>Laboratorio.</p> <p>Inicio de práctica lunes 1 de Marzo en centro de práctica: Investigación marco de Referencia</p> <p>Observación de actividades, integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática Principal atendida en el Centro de Práctica</p>	<p>Entrega y revisión</p> <p>Valor 5 puntos</p>
<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica.</p>	<p>Elaboración de Referente Metodológico.</p> <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas juegos, entrevistas.</p> <p>Registro de casos/ formularios,</p> <p>Aplicación de cuestionarios y pruebas proyectivas.</p> <p>Discusión de casos.</p>	<p>Entrega y revisión del Marco de referencia.</p> <p>Valor 5 puntos.</p> <p>Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos dos casos).</p>

Continuacióncronograma de actividades		
Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Análisis y discusión de formas De Psicoterapia: -Psicoterapias psicoanalíticas Humanistas Conductistas	Exposiciones y aplicaciones Prácticas Laboratorios Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos Entrega de Informes Mensuales Entrega de constancia de horas de práctica (firmadas y selladas)

II fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades Primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de Práctica. Valor 10 Puntos.
Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares	Elaboración Historias Clínicas Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) Discusión de casos.	Presentación de 5 historias clínicas Completas. Valor 5 puntos.

Continuación ...cronograma de actividades fase II		
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema Valor 5 puntos
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él.	Elaboración de Planificación y Cronogramas. Ensayos en el aula Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de Capacitaciones. Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y Selladas.
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Elaboración de Proyecto de Salud Mental. Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica.	Entrega de proyecto. Valor 5 puntos Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro.

III fase

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales	Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto. Entrega de evidencias electrónicas del Proyecto. Valor 5 puntos. Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida	Elaboración de resultados, gráficas y Tablas.	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados. Valor 5 puntos
Primera revisión de Informe final	Elaboración de Informe Final	Presentación de primera parte del Informe. Valor 5 puntos
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del Informe. Valor 5 puntos
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del Informe Final. Valor 15 puntos
Entrega de informe/ examen final		

3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Lugar: Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES

Coordinadora: Esperanza Altamirano

Alumna practicante: Aracely Martínez Rompich

Ciclo: 2012

Meses de enero y febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Informar sobre el contenido temático de práctica.</p> <p>Organizar las actividades a realizar durante la práctica dirigida v.</p> <p>Identificar el proceso de entrevista</p>	<p>Elaboración carta de solicitud para centro de práctica.</p> <p>Elaboración de planificación anual de actividades generales de práctica dirigida</p> <p>Elaboración de resumen de lectura entrevista psiquiátrica de Sullivan</p>	<p>Clases magistrales de parte de la catedrática del curso.</p> <p>Instrucciones verbales, de parte de la catedrática.</p> <p>Lectura de libro, la entrevista psiquiátrica de Sullivan.</p> <p>Comprobación de lectura.</p>	<p>Programa de estudio.</p> <p>Formatos para planificación anual.</p> <p>Formato de solicitud para centro de práctica.</p> <p>Libro entrevista psiquiátrica de Sullivan.</p> <p>Lista de preguntas.</p>	<p>Se informa sobre el contenido del curso de práctica dirigida V.</p> <p>Planifica las actividades a desarrollar durante el año.</p> <p>Se informa sobre el proceso de entrevista.</p>

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Conocer el centro de práctica.</p> <p>Presentar la carta de solicitud para realizar la práctica.</p> <p>Realizar un recorrido en las instalaciones de la institución.</p> <p>Observar actividades</p> <p>Integrar actividades del centro de práctica.</p> <p>Investiga marco de Referencia, y referente metodológico.</p> <p>Investiga problemática principal atendida en el Centro de Práctica.</p>	<p>Visitar centro de práctica.</p> <p>Hacer acuerdos con autoridades del C. P.</p> <p>Diagnóstico institucional.</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p> <p>Investiga documentos de registro.</p> <p>Participación e investigación</p>	<p>Concertar cita con coordinación del centro de práctica.</p> <p>Entregar la carta de práctica.</p> <p>Hacer un recorrido conociendo las instalaciones.</p> <p>Observación directa.</p> <p>A través de entrevista, e investigación documental.</p> <p>Poseer criterio y ojo clínico.</p> <p>Atención de casos.</p>	<p>Carta</p> <p>Carta</p> <p>Formato de diagnóstico institucional</p> <p>Personal, cuaderno de apuntes y lapicero.</p> <p>Control de registro, historia clínica, plan terapéutico, informe clínico.</p> <p>Historias clínicas, expediente de pacientes.</p>	<p>Se identifica el centro de práctica.</p> <p>Se acepta a la practicante para realizar la práctica.</p> <p>Se recorre las instalaciones.</p> <p>Se interrelaciona con el personal del centro de práctica.</p> <p>Elabora marco de referencia.</p> <p>Identifica la problemática principal.</p>

Mes: abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Iniciar atención psicológica a pacientes en el centro de práctica.</p> <p>Analizar formas de Psicoterapia:</p> <p>-Psicoterapias psicoanalíticas.</p> <p>-Psicoterapias Humanistas.</p> <p>-Psicoterapias Conductistas.</p>	<p>Atención de casos a mujeres, niños y familias.</p> <p>Psicoterapia individual, grupal, familiar.</p> <p>Observación directa.</p> <p>Elaborar historia clínica.</p> <p>Prescripción de tratamiento.</p> <p>Archivar expediente.</p> <p>Informe de casos.</p> <p>Exposición y aplicación práctica.</p> <p>Laboratorio e investigaciones.</p>	<p>Entrevista psicológica con pacientes.</p> <p>Aplicación de test.</p> <p>Clases magistrales.</p>	<p>Formato de entrevista.</p> <p>Test</p> <p>DSM IV TR.</p> <p>Internet</p> <p>Libros de Psicología.</p> <p>Cañonera</p> <p>Laptop</p> <p>Presentación power point.</p>	<p>Conoce la problemática individual y social del paciente.</p> <p>Refuerza y adquiere nuevos conocimientos, aplicados en la práctica.</p> <p>Enriquece su aprendizaje.</p>

Mes de mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Facilitar talleres grupales. Discutir casos entre compañeros.	Impartir temas de autoestima, violencia intrafamiliar, comunicación, entre otros.	Dinámica rompe hielo. Dinámica introducción al tema. Exposición del tema Panel foro	Cañonera Material didáctico Recurso humano. Recurso institucional. Físico Moderador	Facilita talleres grupales y entrega informes. Participa en la solución de problema.

Mes de junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Dar atención psicológica a pacientes del centro de práctica.	Elaboración de Historias Clínicas. Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos. Discusión de casos en el aula.	Entrevista psicológica con pacientes. Aplicación de test. Clases magistrales.	Formato de entrevista. Test DSM IV TR. Internet Libros de Psicología.	Adquiere nuevos conocimientos y experiencia.

Mes de julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Dar atención de casos individual y de pareja.	Atención de casos individuales y familiares	Entrevista psicológica Terapia de pareja	Formato de entrevista. Expediente de paciente.	Adquiere experiencia y aporta conocimiento.

Mes de agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar un Proyecto de salud mental para población del área rural. Finalizar actividades en el centro de práctica	Propuesta, elección Organización, presupuesto y Contacto con autoridades para ejecutar el proyecto. Clausura en centro de Práctica.	Trabajo grupal Delegar funciones Trabajo individual Participativa	Pizarrón Material didáctico. Financiero. Refacción Carta de agradecimiento.	Organiza proyecto de salud mental. Concluye satisfactoria mente la práctica dirigida.

Mes de septiembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Promover en el área rural salud mental.	<p>Promoción de la actividad.</p> <p>Invitación a los participantes.</p> <p>Ejecución del proyecto de salud mental.</p> <p>Elaboración de gráfica y tabla de resultado.</p>	Uso de volantes, anuncio radial, y afiches.	<p>Recursos económicos.</p> <p>Donaciones</p> <p>Mobiliario y equipo.</p> <p>Humano</p>	Promueve la salud mental en el área rural.

Mes de octubre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar informe final	<p>Elaboración de borrador.</p> <p>Presentación para primera revisión.</p> <p>Segunda revisión</p>	<p>Recopilación de trabajo realizado.</p> <p>Revisión y corrección de contenido</p>	<p>Trabajos de investigación.</p> <p>Instructivo Universidad Panamericana</p> <p>Guía elaboración de informe final.</p>	Presenta informe para su revisión.

Mes de noviembre

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Entrega el informe final de práctica dirigida.</p> <p>Culmina con la práctica profesional dirigida.</p>	<p>Tercera revisión</p> <p>Examen final</p>	<p>Integración de contenido corregido.</p> <p>Preguntas y respuestas, escritas.</p>	<p>Borrador primera y segunda revisión.</p> <p>Test de evaluación</p>	<p>Presenta informe final.</p> <p>Aprobar el curso satisfactoriamente.</p>

F: _____

Aracely Martinez Rompich
Alumna Practicante

F: _____

Vo. Bo. Licda. Sonia Pappa
Asesora de práctica V

Capítulo IV

Presentación de resultados

Introducción

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la práctica profesional dirigida, en el cual se describen los logros y las conclusiones a que se ha llegado durante la realización de los diversos programas que se trabajaron; se dan a conocer los informes de los casos atendidos, las actividades de capacitación y el proyecto de salud mental.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ✓ La Asociación AMES, contó con apoyo profesional en el área psicológica.

- ✓ Los pacientes tuvieron seguimiento en su psicoterapia, lo cual contribuyó a su progreso emocional y mejoras a su salud mental.

- ✓ Se impartió talleres educativos a grupos de promotoras de la Asociación AMES, a estudiantes del nivel diversificado de la Escuela Leonidas Mencos Ávila, a padres de familia de la Asociación Programa de ayuda a los Vecinos del Altiplano.

4.1.2 Limitaciones

- ✓ La asociación no cuenta con un profesional en el área psicológica para dar seguimientos a casos.

- ✓ El cambio de instalaciones durante el proceso de práctica profesional dirigida dificultó el acceso a los pacientes.

- ✓ Otra de las limitantes fue la falta de espacio para atención de pacientes, antes del cambio de sede si se contaba con clínica y ambiente privado, después no se contó con un área específica.

4.1.3 Conclusiones

- ✓ La atención de los diferentes casos fue una experiencia enriquecedora, la cual contribuyó a la formación del profesional en salud mental.
- ✓ Fue una experiencia de compartir conocimientos adquiridos con los pacientes que necesitaron apoyo psicológico.
- ✓ El resultado de la práctica profesional dirigida fue de forma positiva por los avances que se vieron de parte de los pacientes.
- ✓ El área de atención psicológica, en el centro de práctica profesional dirigida, fue aceptada de una forma positiva como un apoyo profesional.

4.1.4 Recomendaciones

- ✓ Continuar con la atención psicológica, por la demanda de pacientes que tiene dicha asociación.
- ✓ Crear programas que promuevan la salud mental en las diferentes actividades que realiza la asociación, tanto en el área urbana como rural.
- ✓ En el centro de práctica debe de haber ambiente y material adecuado para atención de casos infantiles.

4.1.5 Presentación de Historias Clínicas

Historia Clínica No. 1

I. Datos generales

Nombre: M. C.

Sexo: femenino

Edad: 38 años

Religión: católica

Escolaridad: 6to. Primaria

Ocupación: ama de casa

Estado civil: unida

II. Motivo de consulta

Manifiesta paciente, que ha perdido el apetito, se siente triste, sola, desmotivada y sin ganas de hacer las labores que siempre acostumbra realizar, se siente preocupada y ansiosa, situación que empeoró cuando su médico le indicó que deberá ser intervenida quirúrgicamente.

III. Historia del problema actual

Refiere paciente que su relación conyugal es mala por motivo de infidelidad, su conviviente ha tenido varias parejas sexualmente, frecuentemente bebe alcohol.

Manifiesta que últimamente no se siente motivada para realizar alguna actividad, ha perdido el apetito y se siente desesperada, ya que debe someterse a una operación pero tiene temor de ser portadora de alguna enfermedad de transmisión sexual, debido a que su pareja ha tenido relaciones sexuales con otras personas. En años pasados le diagnosticaron herpes genital y

papiloma, al cual recibió tratamientos, su esposo continúa siéndole infiel y cuando le obliga a tener relaciones íntimas no le gusta utilizar condón, tiene dudas de haberse contagiado con VIH Sida, manifiesta estar angustiada por los exámenes de laboratorio que debe realizarse previo a la operación.

También le preocupa que su hijo de 8 años de edad, quien se enferma frecuentemente haya sido contagiado durante la gestación. El temor de saber el resultado definitivo de su sospecha hace que postergue su operación.

IV. Factores precipitantes

Estado de salud de su hijo menor. Sospecha de estar infectada con VIH SIDA, futura intervención quirúrgica, debido a exámenes de laboratorio, que debe realizarse previo a la intervención.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación ha afectado su relación familiar debido a la actitud de su conviviente, pero ha obtenido apoyo de parte de sus tres hijos mayores, quienes saben del caso, excepto el último, se siente insegura al interactuar en algún grupo social, porque cree que la van a discriminar o aislar, su desempeño laboral ha disminuido, debido a su estado de salud emocional y somática.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Comenta la paciente que cuando ella tenía aproximadamente 6 ó 7 años, (no recuerda bien) falleció su mamá, su papá fue muy violento y quiso regalarla, porque él no podía criarla eran 4 hermanos, su primera hermana era de 11 años y su hermano 10 años, ella es la tercera y su hermanito que en ese entonces tenía 3 años. A sus hermanos mayores se lo llevó la guerrilla, ella cuidó mucho a su hermano menor, pero cuando él tenía ocho años, emigró para México. Después ella ingresó a un convento y las madres la guiaron, a ella le gustaba aprender y la educaron para ser auxiliar de un médico. Allí conoció a su conviviente.

A los 19 años de edad conoció a su conviviente, con quien formó un hogar y nació el primer hijo, su conviviente dudaba de la paternidad, considera que era un pretexto para no hacerse cargo

de sus responsabilidades, porque no tenía otras parejas. Cuando nació su segunda y tercera hija su conviviente bebía demasiado alcohol, ella quiso abortar a sus dos hijas, pero a donde acudió las personas le recomendaron que no lo hiciera.

VII. Historia médica

Hace seis años le diagnosticaron herpes genital, tuvo un mes de tratamiento con Aciclovir. Dos años después le diagnosticaron papiloma, la paciente no recuerda ningún medicamento aplicado en el tratamiento.

Recientemente le diagnosticaron un tumor en el útero, por lo que debe ser intervenida quirúrgicamente. De momento el tratamiento médico consiste en inyectarse diariamente una neurotropas durante 6 días.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente está formada por el conviviente y cuatro hijos dos hombres y dos mujeres, de dieciséis, trece, diez y ocho años de edad. Poseen casa propia. Otros familiares están lejos del lugar de residencia, poseen comunicación solo vía telefónica.

Su esposo le ha sido infiel, hace tres meses la agredió, por tal motivo acudió al juzgado de familia, a denunciarlo, como medida de seguridad. El conviviente frecuente beber alcohol y en ocasiones la humillaba. Él labora en la Procuraduría de Derechos Humanos en turnos de 48 horas por 48.

Manifiesta la paciente que su conviviente no desea recibir asistencia psicológica, ni ayuda para cambiar de conducta, ella lo ha soportado porque no quiere que sus hijos crezcan sin su padre, ella se recuerda de su experiencia, al crecer sin padres.

IX. Examen mental

La paciente viste de una forma sencilla, con una actitud de cambio no se resiste, su lenguaje es adecuado a la conversación, su estado de ánimo es triste, frecuente llorar, tiene sentimiento de

culpa, su percepción es adecuada. Hila sus pensamientos y fluyen sus ideas. Logra controlar sus impulsos, su tono de voz es adecuado, paciente reconoce la situación que le causa problema.

X. Criterios diagnósticos

- Tristeza
- Baja autoestima
- Ansiedad
- Falta de apetito
- Conflicto familiar
- Falta de motivación
- Angustia
- Temor
- Culpabilidad

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. (F43.22)

Eje II Sin Dx. Z03.2

Eje III Presencia de F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Como reacción al diagnóstico de Extracción de útero. (N00-N99)

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V 51 EEAG

XII. Pronóstico

Favorable pero con ayuda psicológica, de lo contrario puede producirse un cuadro depresivo mayor.

XIII. Plan terapéutico

La terapia a emplear es cognitivo conductual y las técnicas que se trabajan se describen a continuación:

- Técnicas de relajación (respiración profunda, música suave, ejercicios, esto le servirá a controlar el estrés y la ansiedad.)
- Técnica de desensibilización (Para trabajar fobia al resultado medico)
- Técnica implosiva (Se deja fecha límite para que realice examen de ITS ó VIH SIDA)
- Taller de autoestima (para que interactué con otros participantes)
- Taller como evitar la violencia intrafamiliar (Para que interactué con otras participantes)
- Técnicas la silla vacía (Para perdonarse así misma)

Historia clínica No. 2

I. Datos generales

Nombre: A. P.

Sexo: femenino

Edad: 17 años

Religión: católica

Escolaridad: 5to. Bachillerato en computación

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltera

II. Motivo de consulta

Manifiesta la madre de la paciente que últimamente llega a su casa y se encierra en su habitación, ha mostrado malhumor, rebeldía, bajo rendimiento escolar, situaciones que le preocupan, por la situación en que está viviendo su hija.

III. Historia del problema actual

La paciente es una señorita de 17 años de edad cursa quinto bachillerato en computación, fue traída por la madre a la consulta, según comenta la progenitora, que ha visto a la paciente con poca motivación para realizar las actividades diarias, ha descuidado su higiene personal, duerme más de lo normal, ambas han tenido mala comunicación.

Manifiesta la paciente sentirse triste, sentimiento que inicia cuando su tía quien cuidaba de ella desde muy pequeña, tuvo que emigrar a otro lugar. Sus padres no cuidaron de ella cuando era bebé, para su padre ella fue una hija no deseada, su madre se lo confesó.

En su hogar existe desintegración debido a mentiras e infidelidad de su padre, se enteró que su progenitor tenía a una amante con quien procrea dos hijas y frecuenta verlas.

La relación de la paciente y la madre no es buena, debido a que la paciente le tenía más confianza y conversaba con su tía.

IV. Factores precipitantes

Separación de la paciente con su tía, bajo rendimiento escolar, pérdida de empleo de parte de la madre de familia e infidelidad de parte del progenitor.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de la paciente ha afectado su salud, últimamente ha sentido dolor en el área del corazón. La relación con su madre no es buena, siente que ella le regaña mucho, ambas se pelean. Ha tenido dificultades en su rendimiento escolar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Indica la paciente que actualmente cursa 5to. Bachillerato en computación y que este año culminará sus estudios del nivel medio, inicio a sentirse deprimida después de la ausencia de su tía, también ve que la relación de sus padres se está deteriorando, le preocupa la situación de desempleo de la madre pues ella proveía la alimentación. La comunicación con ella siempre fue

mala pues ella se dedicaba completamente a sus labores fuera de hogar, ahora que pasa más tiempo en casa, se pelean pues hay cosas que ella tenía costumbre de hacer y a la mamá no le parece, siente que la madre es muy enojada y que no controla sus sentimientos, entonces empieza a llamarle la atención de una forma inadecuada, caso contrario con el padre él la apoya y considera que le comprende más, en cambio la mamá prefiere a su hermana y que la ve como ejemplar, porque ella va bien en sus estudios y es muy ordenada, tienen mejor comunicación. Lo cual también le afecta emocionalmente.

VII. Historia médica

Ha padecido de dolor en el área del corazón, recibió asistencia médica, le recetaron vitaminas, y la práctica de un electrocardiograma.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente está formada por la madre, el padre, una hermana y un hermano, la paciente vive en un hogar desintegrado, debido a infidelidad y vicio de alcohol de parte del progenitor. Tiene dos hermanastras, una de cinco y otra de tres años.

Su padre es abogado y su madre actualmente no tiene empleo, sus padres están separados pero viviendo bajo el mismo techo, situación que dificulta la armonía en el hogar. Cuando se agreden verbalmente la paciente prefiere retirarse del lugar y encerrarse en su habitación.

Los gastos de estudio son cubiertos por el padre de familia, pero en ocasiones reprocha cuando debe de pagar gastos extras o cubrir útiles escolares ó actividades como día del cariño, aniversario entre otros. A ella la eligieron ser la representante de la belleza de su grado, pero el atuendo lo obtuvo a base a regaños y limitaciones, situación que le hace sentir muy triste. En ocasiones no le dan para el pasaje de su autobús, tampoco para gastos de alimentación. Su padre se resiste al cambio.

IX. Examen mental

La paciente frecuentemente se viste de color negro, en ocasiones se resiste al trabajo terapéutico, su lenguaje es coherente, su estado de ánimo es deprimido y en ocasiones aparenta estar feliz, manifiesta estar muy preocupada por la situación de sus padres, está orientada en tiempo y espacio, sus pensamientos fluyen e hilan sus ideas, frecuentemente se acomoda el cabello del frente de su rostro, reconoce la situación en la que vive. Durante la sesión de terapia muestra confianza.

X. Criterios diagnósticos

- Tristeza
- Ansiedad
- Baja autoestima
- Temor
- Mal humor
- Rebeldía
- Aislamiento
- Bajo rendimiento escolar
- Mala comunicación con la madre
- Falta de motivación
- Síntoma físico
- Duerme más de lo normal
- Descuido en su higiene personal

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Sin Dx. (Z03.2)

Eje II Sin Dx. (Z03.2)

Eje III Ningún trastorno

Eje IV Problemas relacionados al grupo primario de apoyo

Eje V 60 EEAG

XII. Pronóstico

Favorable pero con ayuda psicológica, de lo contrario puede producirse un cuadro depresivo menor.

XIII. Plan terapéutico

La terapia a emplear es cognitivo conductual y las técnicas que se trabajan se describen a continuación:

- Terapia grupal
- Como recuperar autoestima
- Técnica de la silla vacía
- Moldeamiento: Se utiliza para desarrollar pasos graduales.
- Desensibilización: El cual le ayudará a reducir su ansiedad.

Historia clínica No. 3

I. Datos generales

Nombre: M.A.

Sexo: Femenino

Edad: 40 años

Religión: Evangélica

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

II. Motivo de consulta

La paciente manifiesta que frecuenta tener insomnio, dolor de cabeza constante, y su relación conyugal es mala, la familia de su cónyuge constantemente interviene en la relación, comenta que desde el inicio de su vida conyugal no fue aceptada como integrante de la familia.

III. Historia del problema actual

Paciente manifiesta sentirse sola, hace tres meses empezó su malestar con insomnio, situación que le está provocando agotamiento físico y mental durante el día. La relación con su pareja se ha deteriorado, últimamente él abandonó el hogar, pero la familia de él la ha criticado y no la dejan en paz, la han amenazado en que la sacarán de su domicilio, situación que empeora el estado de salud emocional de la paciente.

IV. Factores precipitantes

La paciente está confundida sentimentalmente pues un ex novio la enamora nuevamente y ella siente que no puede rechazarlo, también le preocupa el pago de un crédito y la educación y orientación de su segundo hijo, quien se está comportando indiferente.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación de la paciente ha afectado su salud, también la relación familiar principalmente con su cónyuge por las constantes discusiones, situación que considera que le desconcentra su diario vivir, el cual afecta su desempeño laboral.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente recientemente inició un negocio adquiriendo un crédito en un banco del sistema, le preocupa el pago mensual que debe de realizar. Así mismo manifiesta que cuando era niña, una persona quiso abusar de ella, también su hermano, pero ella pudo informar a tiempo a su progenitora, quien le brindó protección.

Refiere la paciente que se ha sentido sola, pero un viejo amigo con quien tuvo una relación sentimental en el pasado, nuevamente la está conquistando y ella ha accedido a sus citas, el pretendiente le ha pedido que formalicen la relación, pero como está casada considera que primero debe disolver su anterior matrimonio. Sus hijos la apoyan si inicia una nueva vida matrimonial. Aunque a sus hijos les hace falta la presencia de su padre en el hogar.

VII. Historia médica

Manifiesta la paciente que desde muy jovencita hasta la actualidad ha padeció de una alergia que es provocada por los rayos solares, la cual debe aplicarse protector solar diariamente, el medicamento que toma es Loratadina. Recientemente ha padecido de anemia y color irritable, recibe tratamiento en el hospital nacional. Tiene carencia de vitamina E.

VIII. Historia familiar

La paciente proviene de una familia integrada, conformada por su madre, padre un hermano, su hermana y ella, cuando cumplió 21 años contrajo matrimonio con su esposo, con quien procreó cuatro hijos, de 19, 17, 14 y 10 años de edad, su esposo emigró a Estados Unidos, después regresó a Guatemala, pero a los dos meses de su retorno tuvo un accidente, el cual lo dejó con parálisis de medio cuerpo, fue intervenido quirúrgicamente y referido a Fundabiem, para su fisioterapia, pero trataba mal a las enfermera motivo que provocó que se retirará de sus terapias.

Manifiesta que agredía física y verbalmente a su tercer hijo, quien ha exteriorizado que no es hijo suyo. Recientemente abandonó el hogar y se fue a vivir en casa de la mamá, pero que frecuentemente llama a su segundo hijo para pedirle dinero. El segundo hijo trabaja y estudia, para ayudar al sostenimiento del hogar, pero le ha sido difícil proveerle recurso económico a su padre.

El soporte económico de la familia se obtiene de los ingresos del negocio de la paciente, los hijos mayores deben de trabajar y estudiar, para sufragar los gastos de estudio y parte de alimentación u otros gastos que requieren en el hogar.

IX. Examen mental

La paciente viste de acuerdo a su edad, muestra una conducta agresiva, su actitud es acorde a la entrevista, tiene un lenguaje coherente, su estado de ánimo se muestra deprimido, muestra un sentimiento de preocupación por su situación, está orientada en tiempo y espacio, está ubicada en su realidad, tiene pensamientos fluidos e hilados, logra controlar su tono de voz, tiene conciencia sana en relación a su situación, fue capaz de reconocer la situación que le pasa, posee apariencia confiable.

X. Criterios diagnósticos

- Insomnio
- Dolor de cabeza
- Agotamiento
- Soledad
- Separación conyugal
- Preocupación
- Alergia solar
- Anemia
- Colon irritable
- Carencia de vitamina E

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Problema de relación con la pareja (Z63.0)

Eje II Sin Dx. (Z03.2)

Eje III Enfermedad de la piel. (L00-99)

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. (E00-E90)

Eje IV Problemas relacionados al grupo primario de apoyo

Eje V 70 EEAG

XII. Pronóstico

Si no sigue tratamiento psicológico, puede complicarse con un cuadro de trastorno depresivo mayor, ansiedad, culpabilidad, o baja autoestima.

XIII. Plan terapéutico

La terapia a emplear es cognitivo conductual y las técnicas que se trabajan se describen a continuación:

- Técnica de relajación
- Realizar alguna actividad física antes de dormir.
- Leer un libro antes de dormir
- Técnica de automotivación
- Referirla a un médico para dar seguimiento a diversas enfermedades
- Técnicas de autoestima
- Técnica de la silla vacía
- Técnica de narración

Historia clínica No. 4

I. Datos generales

Nombre: H.L.

Sexo: masculino

Edad: 15 años

Religión: evangélico

Escolaridad: 1ero. Básico

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

II. Motivo de consulta

Refiere la progenitora del paciente, que hace varias noches que no puede dormir, tiene pesadillas y escucha voces extrañas, lo cual lo desconcentra en sus actividades diarias, prefiere estar aislado.

III. Historia del problema actual

El paciente es un joven de quince años, cursa primero básico, su madre y su segunda hermana lo acompañan a la clínica, comenta la progenitora que el paciente tiene dificultades para conciliar el sueño, hablar solo, se está muy inquieto y ansioso, cuando logra dormir frecuentemente tiene pesadillas, y escucha muchas voces que un hombre le dice palabras obscenas e incluso que tengan relaciones sexogenitales.

La familia se dio cuenta porque revisaron su celular y encontraron un mensaje de texto en donde dos hombres citaban al paciente en Antigua Guatemala, para que se conocieran, e incluso decía el mensaje que le iban a enseñar cosas nuevas, que ambos ya habían experimentado. También frecuentaban tener comunicación vía *facebook*, por esa vía le solicitaron datos personales y dirección.

Cuando su segunda hermana se enteró le comunicó a la madre, y se empezaron a angustiar por el mensaje y la respuesta que había proporcionado el paciente porque había respondido que si deseaba conocerlos y aceptaba la invitación que ambos le proporcionaban.

IV. Factores precipitantes

La relación sentimental finalizó con su novia cuando ella lo traicionó, también cuando sostuvo comunicación vía *facebook* con dos individuos desconocidos a quien les proporcionó la dirección de su hogar y aceptó que ellos llegaran a su hogar a conocerlo.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación del paciente ha afectado académicamente su rendimiento escolar, asimismo ha afligido emocionalmente a los miembros de la familia, también han demostrado temor social porque piensan que los demás los van a rechazar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Manifiesta el paciente que empezó a sentir una atracción por personas de su mismo sexo cuando tenía diez años de edad, pero pudo controlar sus deseos y conducta, sus amigos le decían cosas

que le hacían sentirse mal y lo humillaban. En relación a sus estudios perdió tercero primaria y debió de repetirlo, también recuerda que el molestaba bastante en el aula, perdió cuarto primaria pero ese año dejó de estudiar. A los catorce años re inicio sus estudios estudiando cuarto, quinto y sexto primaria por madurez, actualmente estudia primero básico.

Durante aproximadamente cinco años olvido la atracción por personas de su mismo sexo, no paso nada significativo en su vida durante ese tiempo, hasta que conoció a las dos personas que le hacían recordar e imaginar varias situaciones. Fue allí donde siente el paciente que la atracción fue demasiado fuerte y que no pudo controlar su conducta, hasta llegar al punto de decidir que si deseaba experimentar una relación sentimental con los individuos.

Pero que le da miedo, el desea cambiar y no practicar las actitudes de las dos personas que conoce únicamente por medio de *facebook*, manifiesta estar angustiado y desesperado.

Dejo de asistir a su iglesia, hace como tres años, estuvo a punto de bautizarse, pero después ya no le puso importancia a su vida espiritual. Su familia si asiste pero a él le cuesta tomar la decisión de ir nuevamente. Aunque manifiesta que el grupo de jóvenes le han invitado a participar en sus actividades.

VII. Historia médica

Cuando tenía once meses de edad fue internado por padecer de problemas en los pulmones, le administraron medicamento a cada quince día, pero la progenitora no se recuerda el nombre del fármaco.

Cuando tenía cuatro años se enfermaba mucho del estómago y le recetaron tomar diariamente una dosis de metronidazol.

VIII. Historia familiar

El núcleo familiar del paciente está integrado por su madre, padre y 3 hermanas, un hermanito y él. Manifiesta que con su padre y hermano tiene mala comunicación. Su padre lo agrede y castiga continuamente, y con su hermano frecuentemente discuten.

Con sus hermanas mayores se lleva muy bien, ellas lo escuchan y considera tenerles confianza. La economía del hogar es sustentado por el padre de familia, en ocasiones viaja al interior del país para laborar.

IX. Examen mental

El paciente viste con ropa de colores fuertes, y muy ajustados a su cuerpo, presenta una actitud de timidez e inseguridad, su lenguaje es adecuado, muestra un estado de ánimo triste, comenta tener sentimiento de culpabilidad y preocupación, está orientado en tiempo y espacio, hila sus pensamientos, está ubicado en su realidad, su inteligencia está pendiente de evaluar, frecuenta mover las piernas, tiene capacidad de *insight* débil.

X. Criterios diagnósticos

- Insomnio
- Tiene pesadillas
- Escucha voces extrañas
- Falta de concentración en sus actividades
- Trastorno sexual
- Se aísla
- Esta inquieto
- Ansioso
- Imaginación sexogenital
- Fantasías sexuales
- Bajo rendimiento escolar

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno de la identidad sexual en adolescentes, con atracción sexual por los hombres.

F64.0 (302.85)

Eje II Sin Dx. Z03.2

Eje III Sin Dx.

Eje IV Problemas relacionados al grupo primario de apoyo

Eje V 60 EEAG

XII. Pronóstico

Con ayuda psicológica puede mejorar la conducta, de lo contrario se prevé paciente homosexual, posible depresión mayor, y baja autoestima.

XIII. Plan terapéutico

La terapia a emplear en el presente cuadro clínico es cognitivo y terapia racional emotiva, las técnicas que se trabajan se describen a continuación:

- Teoterapia
- Terapia grupal
- Técnicas de relajación
- Práctica de ejercicios
- Lecturas de libros motivacionales
- Apoyo familiar
- Técnicas de autoestima
- Técnica de moldeamiento

Historia clínica No. 5

I. Datos generales

Nombre: E. F.

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

Religión: católica

Escolaridad: 3ero. Básico

Ocupación: Voluntaria en exhumaciones

Estado civil: unida

II. Motivo de consulta

Refiere paciente tener malas relaciones conyugales por motivo de infidelidad de parte de su conviviente, lo que le ha causado dificultades en su vida diaria.

III. Historia del problema actual

Comenta la paciente que hace cinco años se enteró que su conviviente le fue infiel de esa relación sentimental procrea dos 2 hijas, una de 5 años y otra de 3 años. Situación que afecto y desintegró a su familia.

La paciente manifiesta estar preocupada por el bienestar emocional de sus 3 hijos, ya que se han sentido mal, tristes y sin armonía. Ella recibe humillaciones porque la amante llama a su casa y la humilla, él conviviente acepta las llamadas, y no hace nada para defenderla, lo cual crea discusión entre ellos, y los hijos dentro del matrimonio sufren emocionalmente.

Se siente desanimada, muy triste, con baja autoestima, de mal humor y preocupada por el estado emocionalmente de sus hijos, su hija mayor está teniendo dificultades en sus estudios.

Ha tenido crisis económica, porque en ocasiones no tiene dinero para sufragar los gastos del hogar, sus hijos le piden dinero para sus estudios y ella no tiene, en algunas ocasiones se han enfermado y el papá no apoya en la asistencia médica, y si aporta en el hogar, lo hace de malas ganas, enojado y con regaños.

La paciente tenía esperanzas de que su situación cambiará, pero fue imposible cada vez se distancias más, (entra en catarsis), comenta que tiene que hacerse la idea que vivirá sola porque así se siente como mujer y que se equivocó al elegir a su pareja, ha sufrido mucho pero por sus hijos no abandona el hogar.

IV. Factores precipitantes

Recientemente se quedó sin trabajo, el cual significaba la única fuente de ingreso económico. También el bajo rendimiento escolar de su hija que cursa el último año del nivel medio, con quien ha tenido mucha discusión.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Existe un conflicto familiar, el cual es difícil de renovar por la poca colaboración de parte del conviviente de la paciente, quien se niega a recibir asistencia psicológica o ser referido a algún centro de salud mental.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente es excombatiente del conflicto armado interno de Guatemala. A los diecisiete años inició la vida con su conviviente, estando de alta en las montañas quedó embarazada de su primera hija, para el cuidado de ella tuvo apoyo de su familia que era civil, cuando se firmó la firma de la paz, la forma de vida de ella cambió, es allí donde le dan la oportunidad de estudiar un diplomado en salud mental, el cual le da la oportunidad de apoyar psicológicamente a las familias cuando son exhumados los cuerpos de las víctimas del conflicto armado interno y son entregados a sus familiares. Es convocada y asiste en el proceso, situación que en ocasiones le permite viajar al interior del país, principalmente a las áreas de Quiché. Ella contribuye y aporta a las familias en el proceso de duelo. A la paciente le gusta recibir cursos de capacitación.

VII. Historia médica

Desde que tiene memoria no recuerda haber padecido de alguna enfermedad significativa. Actualmente no tiene ningún tratamiento médico.

VIII. Historia familiar

En el campo de batalla conoció a su esposo, pero desde un principio ella no era la única en la vida de él. Esta consciente que la forma de su noviazgo fue muy distinta. Ella quedó embarazada a los 17 años de su primera hija, su conviviente le sugirió que abortaría, pero ella no quiso y

enfrentó la decisión de tener a su hija. Para dar a luz, ella recibió asistencia médica en México, ya que la situación de ellos no les permitía recibir asistencia en Guatemala. Después del parto acudió a su familia quien la apoyó ellos crearon a su hija, a los dos años ella regresó nuevamente a los campos de batalla, cuando llegó su conviviente tenía otra persona, pero cuando supo que ella llegaría despidió a la otra persona. Situación que se entero por medio de sus amistades, en ese momento se sintió muy indignada (entra en catarsis). Comenta que la vida de ellos cambio con la firma de la Paz y fueron desmovilizados.

Ella inició un negocio, la vivienda en donde residían era alquilada, conforme pasó el tiempo ellos pudieron comprar una casa propia, la escritura de la casa está a nombre de los dos. Vivía con su esposo y tuvieron dos hijos más una hija que actualmente tiene 14 años y cursa 2do. Básico y un hijo, de 12 años quien cursa sexto primaria. Empezaron a tener oportunidades de superación, su esposo estudió Leyes y es director de una organización en donde ella también laboraba, la fundación es financiada por ayudas de otras organizaciones, pero el contrato de la paciente finalizó y no tuvo oportunidad de renovarlo y dejó de laborar. Actualmente se dedica a los oficios domésticos de su casa.

IX. Examen mental

La paciente viste de una forma adecuada y su atuendo es típico en ocasiones viste deportiva, es colaboradora y amable, su lenguaje es coherente, en ocasiones se muestra tímida, y deprimida, tiene sentimientos de enojo en relación a su conviviente, está consciente de la fecha y hora del momento, desea salir adelante razón que le entusiasma al recibir psicoterapia, su forma de pensar es fluyente e hila sus ideas, en momentos entra en catarsis, está consciente de la situación en la que vive.

X. Criterios diagnósticos

- Baja autoestima
- Desanimo
- Triste

- Mal humor
- Soledad

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Problema de relación con la pareja Z63.0

Eje II Sin Dx. Z03.2

Eje III Sin Dx.

Eje IV Problemas relacionados al grupo primario de apoyo

Eje V 80 EEAG

XII. Pronóstico

Si no tiene acompañamiento psicológico puede tener un cuadro de depresión mayor, de continuar con terapia se prevé pronóstico favorable.

XIII. Plan terapéutico

La terapia a emplear en el presente cuadro clínico es terapia sistémica familiar y existencial, desarrollando las siguientes técnicas:

- Técnica de la silla vacía
- Técnica de relajación
- Técnica de autoestima
- Técnica de autocuidado
- Técnicas de automotivación

4.2 Programa de Capacitación

4.2.1 Logros

- ✓ Al impartir taller se ayuda a la población participante a prevenir problemas psicológicos.

- ✓ Se llevó al terreno de la práctica conocimientos adquiridos durante la formación profesional.
- ✓ Por medio de los talleres, las participantes detectaron problemas psicológicos, y asistieron a psicoterapia.

4.2.2 Limitaciones

- ✓ El espacio para impartir talleres con determinado grupo fue muy reducido, impidiendo desarrollar efectivamente las actividades programadas.
- ✓ Las inclemencias del tiempo impidió que las participantes llegaran a recibir algunos talleres.

4.2.3 Conclusiones

- ✓ Fue muy importante impartir talleres porque se adquieren nuevos conocimientos.
- ✓ El impartir talleres da experiencia para poder trabajar diversos temas, además se adquieren destrezas para trabajar con grupos de personas.
- ✓ Los temas disertados fueron de gran ayuda para la población participante.

4.2.4 Recomendaciones

- ✓ Tener todo el material a utilizar a la mano y en orden para no caer en desorden durante el taller.
- ✓ Si se utiliza equipo de cómputo, realizar pruebas previas para no tener ningún inconveniente.
- ✓ Si se entrega material escrito a los participantes, llevar juegos extras por si llegan más participantes.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres impartidos

A continuación se presenta las agendas de los talleres que se realizaron durante la práctica profesional dirigida, realizada en la asociación AMES, con sede en Chimaltenango, e impartido a otras organizaciones o centros de estudio del nivel diversificado. Los temas disertados fueron:

autoestima, liderazgo, violencia intrafamiliar, los celos, sexualidad, paternidad responsable, y como ser emprendedor, en total fueron 10 talleres impartidos.

- Taller de autoestima

Dirigida a grupo de Promotoras de AMES, padres de familia de Asociación PAVA y alumnas de 5to y 6to. Secretariado bilingüe, de la Escuela Leonidas Mencos Ávila, Chimaltenango. El cual se desarrollo en los meses de abril, mayo y junio.

Objetivo

Mejorar el concepto de sí mismo, de cada participante, fortaleciendo su autoestima para poder ser una persona emprendedora.

Agenda utilizada

- Bienvenida
- Elaboración de gafete
- Dinámica de introducción los globos
- Desarrollo del tema “Autoestima”
- Dinámica elaboración de flor
- Tema “Tipos de autoestima”
- Dinámicas (Corazón y/o el billete de cien quetzales)
- Tema “Como recuperar la autoestima”
- Dinámica el nudo de manos
- Conclusión

Contenido del tema

Autoestima es el sentimiento valorativo, la manera de ser, de quien se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se

puede mejorar. La autoestima es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos, que darán como resultado una sensación general de valía e incapacidad.

Autoestima alta es cuando una persona siente que nadie más es superior a él o ella, y que sólo esa persona puede hacer las cosas.

Autoestima equilibrada facilita el crecimiento personal, puede tener acceso a energía interior permite ser feliz y libre. No es alta ni baja. La opinión que tiene a sí misma la persona es buena, su relación es adecuada con los demás, ejerce el trabajo o quehacer diario con gusto.

Y en autoestima baja las personas no tienen muy buena opinión de sí mismos, se critican demasiado, no se sienten bien consigo mismos no se valoran.

- Taller Liderazgo

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango. Se desarrolló el 15 de abril del presente año.

Objetivo

Fortalecer conocimientos en las participantes para tener liderazgo y poder guiar al grupo de señoras y señoritas en sus comunidades.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica gente con gente
- Disertación del tema “Liderazgo”

- Dinámica. En el centro.
- Tema “Tipos de liderazgo”
- Conclusión

Contenido del tema

Liderazgo es el proceso de influencia en las personas para lograr las metas deseadas. Para ser un buen líder se requiere carisma, inteligencia, poder de convencimiento, sensibilidad, integridad, imparcialidad, ser innovador, simpatía, y sobre todo mucho corazón para poder dirigir a un grupo de personas y lo sigan por su propia voluntad, motivándolos, estimulándolos y así alcanzar las metas deseadas.

El líder es aquella persona capaz de inspirar y guiar a personas o grupos. El líder es el modelo para todo el grupo. El líder es sencillo, veraz, capaz de trabajar en grupo, capaz de expresar libremente sus ideas, capaz de luchar por sus principios, tiene buenas relaciones humanas, piensa con estrategia, entre otros.

- Taller violencia intrafamiliar

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango. El día 20 de mayo del año en curso.

Objetivo

Desarrollar en las participantes la confianza para denunciar casos de violencia intrafamiliar, brindando información de entidades o asociaciones que pueden atender su denuncia.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción “El Gato y El Ratón”
- Desarrollo del tema “Violencia Intrafamiliar y sus fases”

- Características del agresor
- Causas y Consecuencias de la Violencia
- Trabajo grupal
- Conclusiones

Contenido del tema

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas, en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que infrinja contra la integridad tanto física como psicológica y moral de cualquier persona o grupo social.

La Violencia intrafamiliar tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o limitación económica.

Se puede dar a del esposo hacia la esposa y viceversa, también de padres a hijos y de hijos hacia los padres. Los más propensos en estos casos son los niños, mujeres y ancianos.

- Taller tema los celos

Dirigida a grupo de damas de la iglesia evangélica, La verdad y la gracias, con sede en el sector tres de la Alameda, Chimaltenango. Se desarrollo el día 23 de mayo, del presente año.

Objetivo

Que las participantes, identifiquen las manifestaciones de una persona celosa, causas, efectos y consecuencias que provocan los celos.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción gente con gente
- Disertación del tema “Los celos”

- Trabajo grupal elaboración mural con recortes de causas, efectos y consecuencias de los celos.
- Exposición de mural por cada grupo
- Conclusiones

Contenido del tema

Los celos es una respuesta emocional compleja y perturbadora, surge cuando una persona percibe una amenaza hacia algo que considera como propio. Comúnmente se denomina así a la sospecha o inquietud ante la posibilidad de que la persona amada reste atención en favor de otra. También se le conoce así, al sentimiento de envidia hacia el éxito o posesión de otra persona.

Psicológicamente se explica que los celos son la respuesta natural ante la amenaza de perder una relación interpersonal importante para la persona celosa. Los celos se dan entre pareja, hermanos o compañeros de trabajo. Los celos son una respuesta compleja que tiene componentes internos y externos. El componente interno de los celos incluye ciertas emociones, pensamientos y síntomas físicos que a menudo no son visibles para el mundo externo.

Los celos patológicos causan tristeza, ira, sentimiento de frustración y miedo que termina en peleas constantes, persecuciones, discusiones y agresiones. La persona celosa piensa constantemente que es engañada y para corroborar sus creencias indaga en la vida de su pareja revisando sus bolsillos, observándola, fastidiándola con preguntas, prohibiéndole determinadas actividades.

Los celos cuando son excesivos resultan sofocantes para quien los sufre y son perjudiciales también para quien los padece, además se agravan con el tiempo si no son tratados.

La pareja del celoso puede verse obligada a mentir para evitar problemas o a terminar la relación por el grado de hostigamiento que el otro le propicia, pero estas serían las consecuencias más leves ya que hay casos de agresiones físicas, privación de la libertad hasta asesinatos a causa de los celos. La persona celosa termina con importantes problemas psicológicos que pueden condicionar su vida.

- Taller La sexualidad

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango. Se impartió el 10 de junio del año en curso.

Objetivo

Diferenciar la anatomía entre el hombre y la mujer, diferenciar los cambios en cada etapa del desarrollo del ser humano.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción (Presentación de diapositiva)
- Desarrollo del tema Sexualidad
- Refacción
- Trabajo grupal y exposiciones
- Conclusiones

Contenido del tema

La sexualidad es un conjunto de manifestaciones biológicas, psicológicas que expresa todo lo que es un ser humano y como se presenta ante el mundo en la forma de pensar, sentir, y actuar.

El derecho de la sexualidad está arraigado en los principios más básicos de los derechos humanos. En términos generales, los derechos del cuerpo en la sexualidad y la reproducción abarcan dos principios básicos: a) El derecho de atención a la salud sexual y b) el derecho a la libertad sexual y reproductiva.

Comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. La persona que practica un comportamiento sexual responsable se caracteriza por vivir la sexualidad con autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. No pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación.

- Taller Paternidad responsable

Dirigida a grupo de promotoras de Asociación de Mujeres en Solidaridad, identificada como AMES, sede en Chimaltenango. Desarrollado el día 19 de agosto del presente año.

Objetivo

Informar las causas y efectos, que ocasionan principalmente en los niños la falta de paternidad responsable.

Agenda

- Bienvenida
- Dinámica de introducción (Un padre ama tanto a su hijo)
- Desarrollo del tema paternidad responsable
- Refacción
- Trabajo grupal y exposiciones
- Conclusiones Diapositiva de motivación

Contenido del tema

La Paternidad responsable debe considerarse bajo diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí. En relación a los procesos biológicos, significa conocimiento y respeto de sus funciones; la inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana. La labor educativa es esencial, pero también difícil y de efectos a largo plazo.

En relación con las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, la paternidad responsable pone en práctica para determinar el número de la familia. El embarazo no debe ser una sorpresa, sino la consecuencia de una preparación de la pareja. La paternidad responsable comprende, sobre todo, "Una vinculación con la conciencia recta", de los padres y esto exige preparación en el marco de respeto mutuo, bajo principios éticos y morales.

Paternidad responsable significa que las gestaciones sean planificadas para que ocurran en el momento deseado por la pareja. Decisión que debe partir de la pareja, previo conocimiento y educación de la misma.

Que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí; sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia es la célula básica de la sociedad.

Los padres además de cubrir y brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, también tienen la responsabilidad de brindar amor, amistad, tiempo y protección.

Paternidad responsable es dar vida en plenitud; tener los hijos deseados, para transmitirles vida en plenitud. Es decir, que los padres enseñen a sus hijos, día a día, no sólo con palabras, sino con el ejemplo, a ser verdaderas personas humanas; esto exige una paternidad responsable.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- ✓ En la elaboración del programa de proyecto de salud mental se adquirió nuevos conocimientos.
- ✓ El grupo de estudiantes de psicología y consejería social, de la Universidad Panamericana dedicó tiempo para su autocuidado.
- ✓ Esta actividad fomentó la unidad en el grupo de estudiantes, cada uno demostró responsabilidad, dedicación y eficacia en la elaboración del mismo.

4.3.2 Limitación

- ✓ En el lugar a realizarse los talleres había interferencia de sonido, lo cual dificultó en algún momento realizar la actividad. También el servicio de agua potable fue insuficiente.

4.3.3 Conclusiones

- ✓ El proyecto fue muy productivo porque fomentó el autocuidado personal.
- ✓ Se aprendieron técnicas para el autocuidado personal.
- ✓ Fue un momento muy especial compartir con el grupo de estudiantes de psicología.
- ✓ Es muy importante que el psicólogo se dedique tiempo, para tener energía de transmitir salud mental a los pacientes.

4.3.4 Recomendaciones

- ✓ Realizar frecuentemente actividades de autocuidado personal.
- ✓ En las diversas actividades fomentar talleres de motivación personal.
- ✓ Al finalizar talleres entregar material escrito a los participantes.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Proyecto de Salud Mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

Introducción

Los estudiantes del quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, llevan a cabo un proyecto de salud mental dentro de las actividades del curso de práctica profesional dirigida.

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que está por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del autocuidado propio, para que pueda brindar un servicio de calidad a las personas que atiende. Es por ello que en este proyecto se impartirán temas relacionados a la

salud mental del psicólogo como también actividades de convivencia, relajación, reflexión, entre otros.

I. Datos generales

El proyecto se llevará a cabo en el Hotel, Restaurante de Don Carlos Beach, ubicado en la Curvina (Monterrico) de Guazacapán del municipio de Taxisco, en el departamento de Escuintla. Dicho proyecto se realizará los días sábado 6 y domingo 7 de octubre del año 2012. Su propósito principal es perpetuar los avances obtenidos hasta el momento en la salud mental de los psicólogos.

II. Descripción del proyecto

El proyecto "Fortaleciendo la salud mental del psicólogo" se realiza con el fin de que los alumnos graduandos puedan tener una salud mental adecuada al momento de egresar de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Dicho proyecto consta de una serie de actividades, incluyendo talleres, dinámicas, juegos recreativos, momentos de reflexión, entre otros; en donde los estudiantes podrán compartir con los demás integrantes del grupo y realizar diversas acciones que ayudaran a fortalecer su salud mental.

III. Justificación

Con el propósito de que los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología social y consejería familiar de la Universidad Panamericana, fortalezcan la salud mental adquirida durante su preparación académica a lo largo de estos cinco años; se realiza un proyecto de cuidado personal, emocional y psicológico. Ya que es de suma importancia que la salud mental del psicólogo en formación esté a un nivel equilibrado, debido a las situaciones a las que ha sido sometido (estudio intenso de los cursos, trabajo personal, práctica en atención de casos, estrés por ser el último año de la carrera, etc.), para concluir con éxito su último año de carrera profesional.

Cada estudiante tendrá la oportunidad de autoconocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana; creemos que todos estos aspectos, de manera integrada, son fundamentales para la salud mental y el correcto auto cuidado que debe poseer un psicólogo.

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

- ✓ Fortalecer la salud mental del futuro profesional aplicada en el área personal, laboral, familiar y social.
- ✓ Crear y aplicar proyectos que promuevan la salud mental.

IV.2 Objetivos específicos

1. Compartir y convivir grupalmente para fortalecer las relaciones interpersonales.
2. Aprender y aplicar algunas técnicas que promueven la salud mental en el profesional de la psicología.
3. Impulsar la salud mental como parte fundamental en la vida del psicólogo.

V. Cronograma de actividades (Ver Anexos)

VI. Metodología

El grupo de estudiantes utiliza el proyecto como método, esta es una estrategia con la cual se puede llevar al futuro profesional a un proceso donde se integra el conocimiento adquirido durante la formación del psicólogo. Dicho proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto.

La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en

psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

VII. Recursos

- Humanos: El proyecto se llevara a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social.
- El proyecto será asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.
- Didácticos: Para llevar a cabo este proyecto será necesario un área para audiovisuales, el retroproyector electrónico, película en DVD, papelógrafos, marcadores, hojas bond, lapiceros y lápices.
- Financieros: El apoyo económico personal es de Q.350.00 incluye pasaje, hospedaje y 4 tiempos de alimentación.
- Transporte: Para este proyecto se contrato un vehículo expreso.

VIII. Actividades (Ver anexos)

IX. Lecciones aprendidas

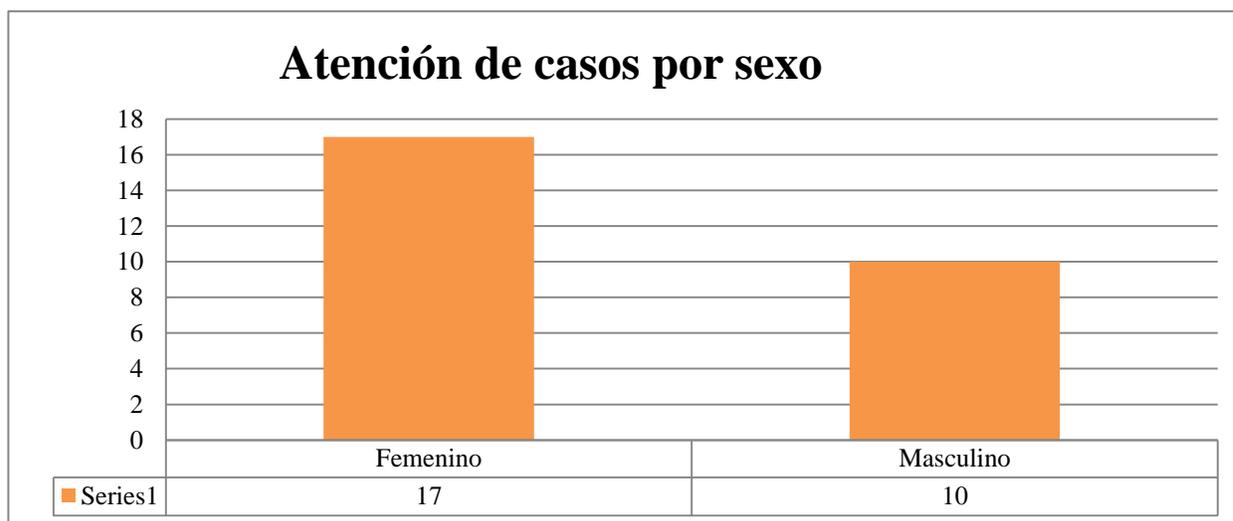
1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.

3. Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
4. Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
5. La obtención de conciencia sobre que el cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello se debe cuidar, alimentar, relajar, hacer ejercicios, para mantenerlo dinámico.
6. Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.
7. El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.
8. A lo largo de las actividades aprendieron, compartieron, y experimentaron cambios en su ser, agradecieron a la Licda. Sonia por la intervención en la actividad de la fogata. Los participantes aprendieron a combatir sus temores convirtiéndolo en energía para poder vencer los obstáculos de la vida.
9. El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero para dar lo mejor de sí.
10. Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.

4.4 Presentación de resultados con gráficas

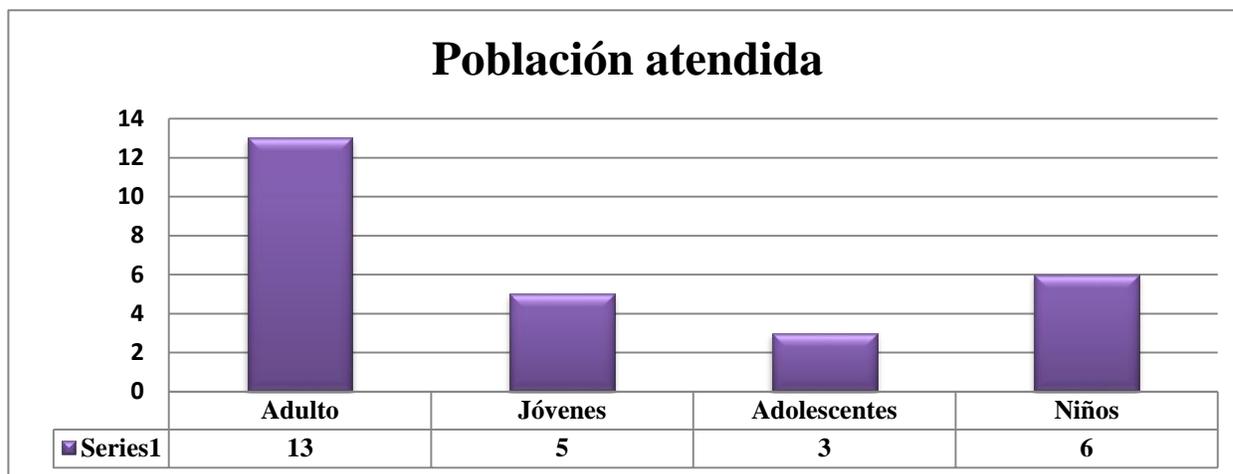
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



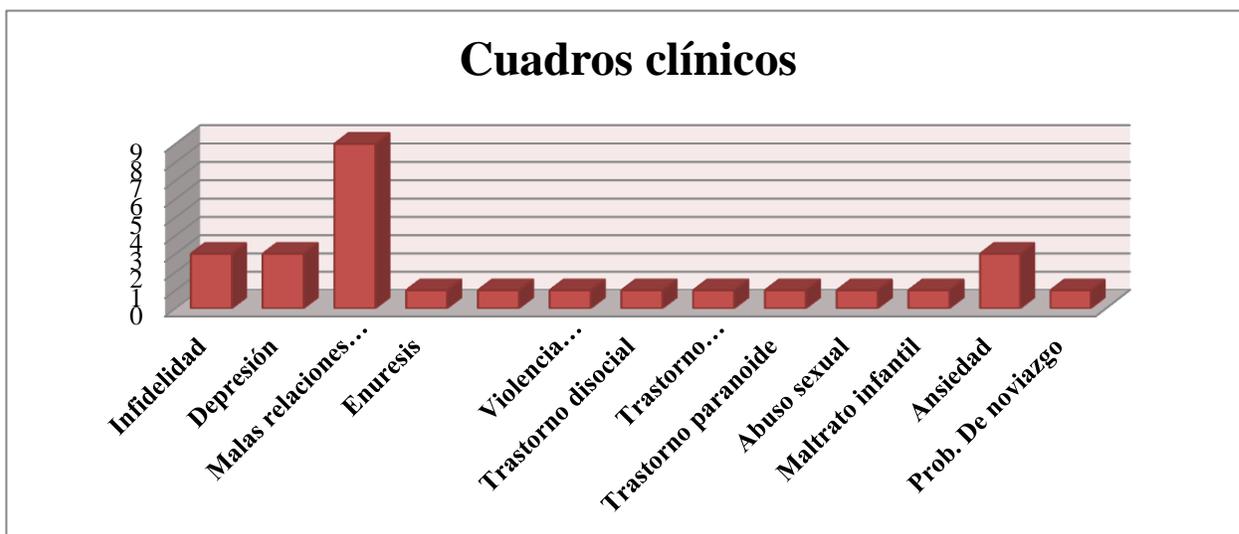
Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 2



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3



Fuente: Elaboración propia

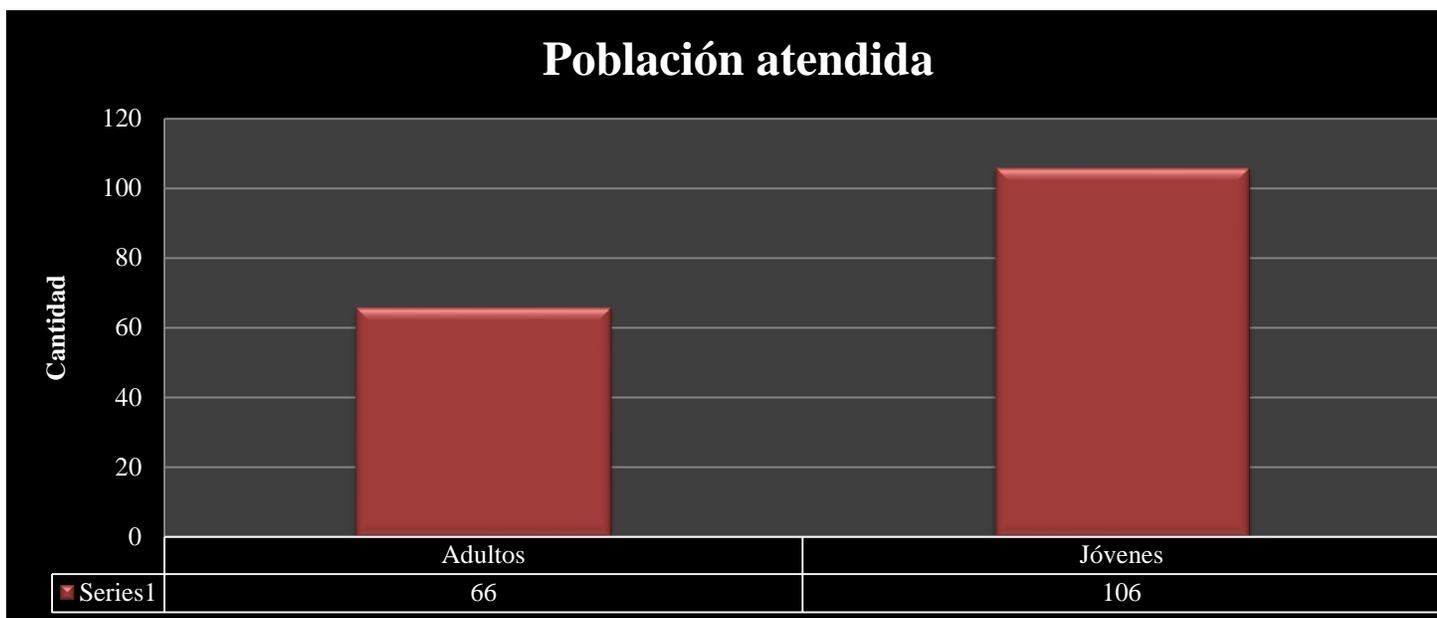
4.4.2 Programa de capacitación

Gráfica 4



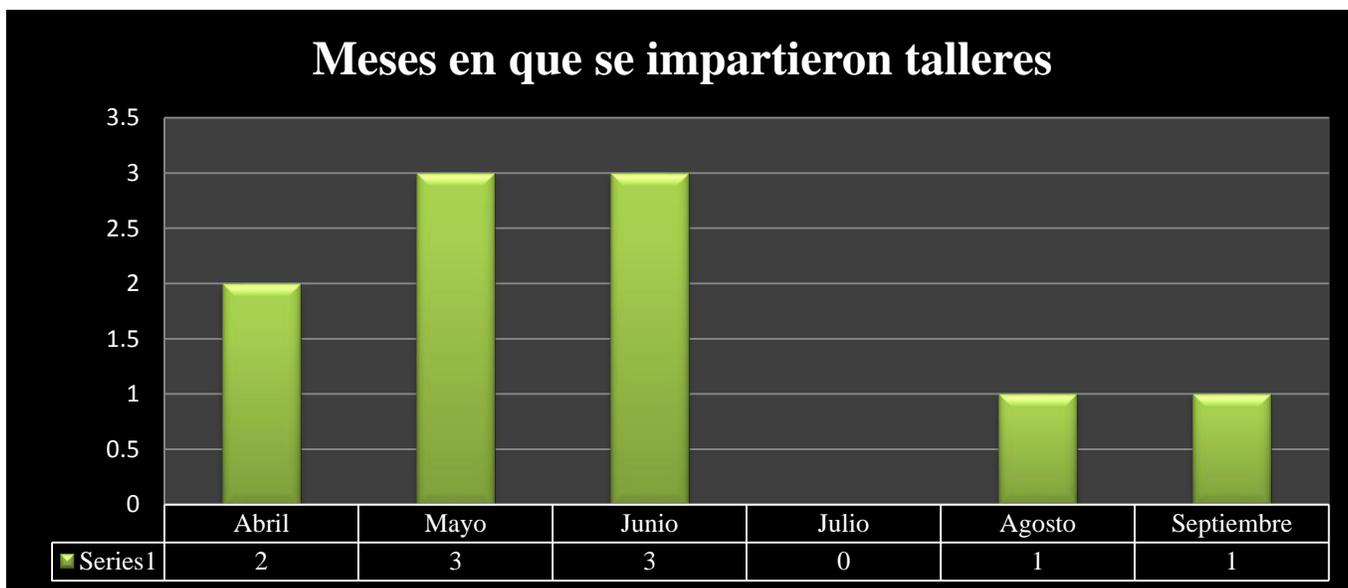
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5



Fuente: Elaboración propia

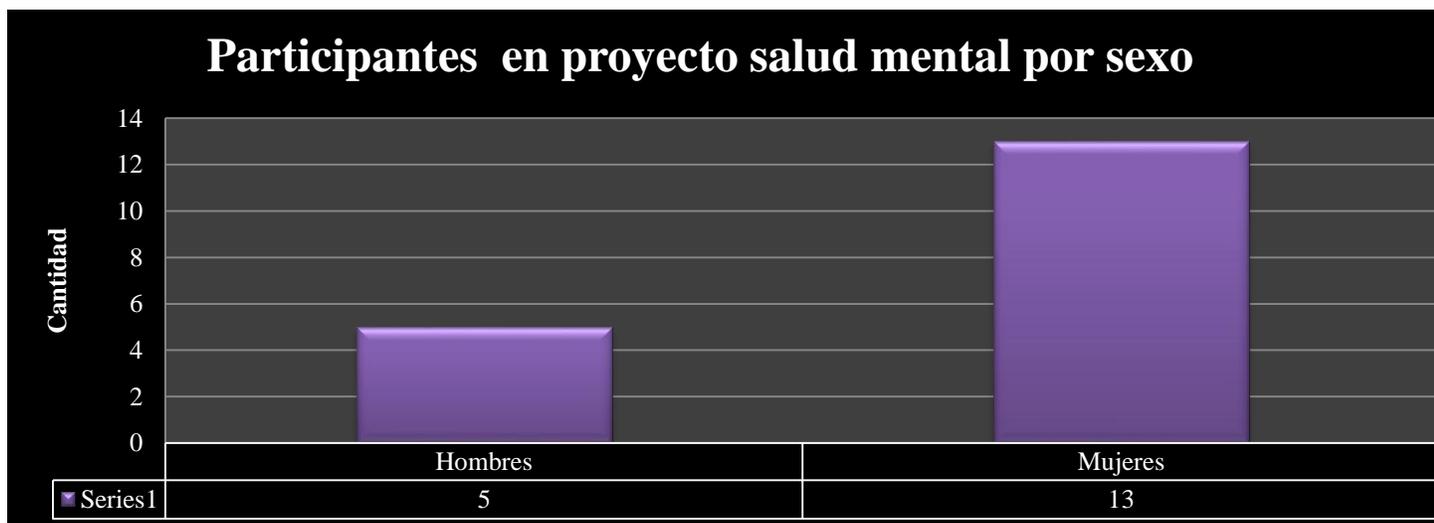
Gráfica 6



Fuente: Elaboración propia

4.4.3 Programa de proyecto de salud mental

Gráfica 7



Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 8



Fuente: Elaboración propia

4.4.4 Análisis de datos

A continuación se describe la interpretación de las gráficas, que se mostraron anteriormente.

1. Género: En la gráfica 1 se observa que 17 mujeres y 10 hombre fueron atendidos, dando un total de 27 casos atendidos durante la práctica profesional dirigida.
2. En la gráfica 2 se muestra la población atendida, siendo la población adulta quienes más acudieron a psicoterapia, seguidamente fueron los niños, jóvenes y adolescentes.
3. La gráfica 3 representa los cuadros clínicos que se atendieron durante la práctica profesional dirigida, dando como resultado que la mayoría de casos fueron problemas familiares, seguido de problemas de depresión, ansiedad y problemas conyugales como infidelidades. Estos cuadros clínicos fueron los casos con mayor índice que afectan a los pacientes.
4. La gráfica 4, representa los temas expuestos en el programa de capacitación, siendo el tema de autoestima que se impartió mayor veces por motivo de ser uno de los problemas que más afecta a la población atendida.
5. En la gráfica 5, muestra que el programa de capacitación atendió a la población joven con 106 participantes, así mismo atendió a la población adulta con la participación de 66 personas.
6. La gráfica 6 muestra los meses en que se impartieron los talleres siendo los meses de mayo y junio con mayor participación, seguidamente en el mes de abril con dos talleres y los meses de agosto y septiembre con un taller cada uno, por inclemencias de tiempo se suspendió el taller del mes de julio, el cual queda sin ninguna participación.
7. En la gráfica 7 se observa que 13 mujeres y 5 hombres participaron en el proyecto de salud mental titulado Fortaleciendo la salud mental del psicólogo.
8. La gráfica 8 muestra las actividades que se realizaron en el proyecto de salud mental fortaleciendo la salud mental del psicólogo.

Conclusiones

1. La práctica profesional dirigida, fue una experiencia valiosa, teniendo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.
2. Al atender diversos cuadros clínicos, se fortalece el aprendizaje y amplia conocimientos, los cuales ayudan en la vida profesional.
3. Fue una satisfacción para la estudiante contribuir al bienestar emocional y familiar de los pacientes.
4. Para la estudiante fue muy importante e interesante poder relacionarse con organizaciones y entidades que velan por el bienestar psicológico de las personas.
5. La elaboración del presente informe es muy importante porque queda plasmado el trabajo realizado durante la práctica profesional dirigida.

Recomendaciones

1. La formación académica del alumno es fundamental, el cual contribuye a tener éxito en el proceso de práctica profesional dirigida.
2. El alumno practicante de psicología debe tener seguridad en sí mismo, para atender diversos cuadros clínicos.
3. Previo a realizar la práctica profesional dirigida, el estudiante debe de asistir a psicoterapia, para poder realizar en forma efectiva esta parte fundamental de la profesión.
4. Poseer buena salud mental contribuirá en el proceso de atención de pacientes, fortaleciendo la relación paciente terapeuta.

Referencias

Bibliográficas

Bellack, L. y Siegel, H. (1,986). *Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Editorial El manual moderno.

Bruce E. y Ian H. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Editorial Mcgraw-Hill/Interamericana.

Collins, G. (1,992). *Consejería Cristiana efectiva*. Estados Unidos: Editorial Portavoz.

Ellis, A. y Eliot, A. *Manual de Terapia Racional Emotiva* .Volumen II Bilbao: Editorial Desclee.

González, J. *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno.

Kleinke, Ch. (2,002). *Principios comunes en psicoterapia*. (4ta. Ed.). Bilboa: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. (2,003) Editorial Masson. México.

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

Morris, Ch. y Masito, A. (2005) *Introducción a la psicología*. México: Pearson Prentice.

Oblitas, L. (2,008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Editorial Edamsa.

Sullivan, Harry Stack, *La Entevista Psiquiátrica*. Edit. Psique

Internett

www.psicologiapopular.com

www.comportamental.com

www.psicodirectorio.com

<http://www.mallorcadiario.com/noticias/el-trastorno-bipollar-sin-diagnosticar-o-mal-tratado-100310.html>

<http://www.eluniversal.com.co/suplementos/dominical/bipolaridad-y-creacion-80530>

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar-facil-de-leer/qu-es-el-trastorno-bipolar.shtml>

<http://www.proyectopv.org/2-verdad/queesnormpsic.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000924.htm>
<http://www.eita.uji.es/espanol/investigacion/panico-agorafobia/panico-agorafobia.htm>
<http://partenon55.wordpress.com/2009/12/03/causas-de-la-fobia-social/>
<http://www.galene.es/psicodiagnostico.html>
http://www.cintrapsicologia.com/?page_id=41&lang=es
<http://www.infored.com.mx/p/orientacion-vocacional.html>
<http://tests-psicologicos.blogspot.com/>

Anexos

Anexo 1

Constancia horas de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Sede Chimaltenango

Chimaltenango, 18 febrero de 2012

Sra. Esperanza Altamirano
Coordinadora
Asociación de Mujeres en Solidaridad
Chimaltenango



Respetable Sra. Altamirano:

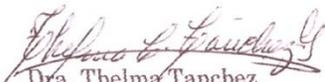
La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, **Aracely Martínez Rompich** pueda realizar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

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

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

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica


Dra. Thelma Sanchez
Coordinadora Sede Chimaltenango



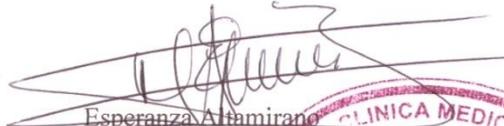


Asociación De Mujeres En Solidaridad Chimaltenango, Chimaltenango

A quien corresponda

La infrascrita coordinadora de la Asociación de Mujeres en Solidaridad, quien se identifica como AMES sede Chimaltenango, por este medio hace constar que es aceptada la solicitud de la alumna **Aracely Martinez Rompich**, de Universidad Panamericana, extensión Chimaltenango, para que realice su práctica profesional dirigida de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en nuestra asociación, dando inicio el 4 de marzo del año en curso.

Y para los usos que a la estudiante convengan, se extiende la presente en la ciudad de Chimaltenango a los veintiséis días del mes de febrero del año dos mil doce.


Esperanza A. Amirano
Coordinadora – AMES
Sede Chimaltenango





UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Extensión Chimaltenango

Horas de práctica

Asesora de práctica: Licda. Sonia Pappa

Estudiante: Aracely Martinez Rompich

Horas de práctica acumuladas en la universidad	75
Horas acumuladas en proyecto de salud mental	25
Horas de talleres a diferentes grupos	60
Horas de práctica en Asociación de Mujeres en Solidaridad – AMES-	375
Total de horas acumuladas	535

Vo.Bo.

F:

Licda. Sonia Pappa
Asesora de Práctica



Asociación De Mujeres En Solidaridad Chimaltenango, Chimaltenango

Chimaltenango, 16 de septiembre del 2012

Licenciada Sonia Pappa
Asesora de práctica profesional dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango

Estimada licenciada:

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que la alumna practicante **Aracely Martinez Rompich**, estudiante de 5to. Grado de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, realizó práctica en el área de Psicología de la Asociación de Mujeres en Solidaridad -AMES- sede Chimaltenango, durante los meses de marzo a agosto del año en curso, acreditando **trescientas setenta y cinco (375 hrs.) de práctica.**

Agradeciendo su apoyo para nuestra asociación, me despido como su atenta y deferente servidora.

Sinceramente,


Esperanza Altamirano
Coordinadora - AMES -
Sede Chimaltenango





Asociación De Mujeres En Solidaridad Chimaltenango, Chimaltenango

Chimaltenango, 16 de septiembre del 2012

Licenciada Sonia Pappa
Asesora de práctica profesional dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango

Estimada licenciada:

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que la alumna practicante **Aracely Martinez Rompich**, estudiante de 5to. Grado de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana realizó **10 talleres**, los temas discutados fueron: autoestima, liderazgo, violencia intrafamiliar, celos, sexualidad, paternidad responsable, y como ser emprendedor; dirigido a grupo de promotoras de salud AMES, estudiantes de cuarto y quinto secretariado bilingüe de la escuela de ciencias comerciales Leonidas Mencos Avila, Chimaltenango, grupo de padres de familia de Asociación Programa de Ayuda a los Vecinos del Altiplano, P.A.V.A., y grupo de damas de la Iglesia La Verdad y La Gracia, acreditando **sesenta horas (60 hrs.)**.

Agradeciendo su apoyo para la sociedad Chimalteca, me despido como su atenta y deferente servidora.

Sinceramente,


Esperanza Altamirano
Coordinadora - AMES
Sede Chimaltenango



Anexo 2

Formato utilizado

Examen Mental

Nombre del Paciente:

Edad: _____ Fecha _____

1. Apariencia general:

Enfermo Sano Bueno

a) Peso:
Delgado Muy delgado Normal
Gordo

b) Vestido:
Adecuado Inadecuado De acuerdo a su edad
Extravagante

c) Presenta golpes en el cuerpo :

Si No ¿En dónde? _____

d) Higiene:

Limpio Sucio

2. Actitud y forma de ser.

Afable Retraído Desconfiado
Desafiante Hostil No habla
Ansioso Accesible Evasivo
Desdeñoso Indeciso Autodespreciativo

3. Conciencia.

Alerta Obnubilado Confuso
Desconcertado

4. Estado de ánimo y emoción prevalente.

Eufórico Alegre Exaltado
Deprimido Triste Decaído
Apático Apropiado Plano

5. Actividad motora.

Actividad aumentada Actividad disminuida Manierismos
Posturas peculiares Tics Hace caras
Normal

6. Características del lenguaje.

Lenguaje coherente Lenguaje incoherente

7. Contenido de ideas.

Ideas homicidas Ilusiones Ideas suicidas
Ideas de referencia

8. Sensorium.

Orientado en persona Orientado en lugar Orientado en tiempo

9. Memoria.

Reciente

Remota

10. Inteligencia.

Conceptual (pensamiento concreto, pensamiento abstracto)

Juicio

Introspección (*insight*)

Anexo 3

Ficha de evaluación del centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Extensión Chimaltenango

Evaluación de práctica

Nombre del centro de práctica: Asociación de Mujeres en Solidaridad -AMES-

Dirección: Colonia Santa Teresita, Chimaltenango

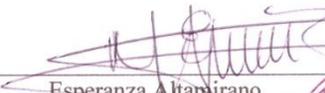
Director (a) Encargado (a): Esperanza Altamirano

Nombre de la alumna practicante: Aracely Martinez Rompich

Grado: 5to. Psicología y consejería social Fecha: 04 de marzo – 26 de agosto de 2012

No.	Aspecto a calificar	Ineficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
1	Asistencia				✓
2	Iniciativa				✓
3	Creatividad				✓
4	Actitud ética				✓
5	Presentación				✓
6	Aplicación de técnicas				✓
7	Relaciones interpersonales				✓
8	Apoyo a la institución con servicio psicológico				✓
9	Capacitación a la población				✓
10	Atención a casos especiales				✓

Observaciones: _____

F: 
Esperanza Altamirano
Coordinadora - AMES -
Sede Chimaltenango



CLINICA MEDICA
MUJERES EN SOLIDARIDAD
1era. Calle Lote # 31 Col. El Esfuerzo
Zona 1, Chimaltenango
Tel.: 7839-1518

Anexo 4

Cronograma de actividades proyecto de salud mental

Cronograma de actividades proyecto de salud mental

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada al Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	Nadia Awadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	Veronica Inay y Yessica Archila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martinez, Doris Martínez, Glenda Solando e Ingrid Sitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	Sara Mux, Angélica Juchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, Nadia Awadallah, Camila Mendoza, Felipe Yool
10:00 – 11:30	Película	Isai López, Jesica Mota
11:30	Dulces Sueños	

Domingo 07 de octubre de 2012

Hora	Actividad	Encargado
6:00 - 7:00	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amilcar Lima
7:00 – 8:00	Aseo Personal	
8:00 – 9:30	Desayuno	VeronicaInay, Yessica Archila
9:30 – 11:00	III Actividad “Rally”	WillyTexaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
11:00 - 12:00	Preparación de equipaje	
12:00 – 1:00	Almuerzo	Veronica Inay, Yessica Archila
1:00 – 3:00	Paseo por Monte Rico	
3:00 – 6:00	Regreso a Chimaltenango	

Agenda actividad No. 1 “Programados para triunfar”

Fecha: 06-10-12 Hora: 3:00 a 5:00 p.m.

Responsables: Glenda Solano, Ingrid Sitan, Doris Martínez y Aracely Martínez

Objetivo

Compartir y motivar a cada uno de los compañeros en el fortalecimiento de la salud mental previo a cerrar cursos de la carrera de Licenciatura en psicología y consejería social.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida “cuidado con la lluvia”	10	Doris Martínez
2.	Tema Motivacional “Programados para triunfar”	10	Aracely Martínez
3.	Dinámica 1 “El creador Positivo”	10	Glenda Solano
4.	Dinámica 2 “Te tengo confianza” para fomentar confianza en el grupo	10	Ingrid Sitán
5.	Dinámica 3 “la Flor”, los participantes interactúan entre sí.	10	Doris Martínez
6.	Dinámica 4 “comunicación activa” para interactuar con el grupo.	10	Glenda Solano
7.	Dinámica 5 “Como a mí mismo” El participante debe cuidar algo.	10	Ingrid Sitán
8.	Dinámica 6 “El objeto imaginario” para interactuar con el grupo.	10	Doris Martínez
9.	Dinámica 7 “tela de araña” para interactuar en grupo.	10	Ingrid Sitan
10.	Dinámica 8 “El paracaidista confiado”	10	Glenda Solano
11.	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10	Aracely Martínez

Nota: Cada participante debe de llevar ropa cómoda para esta actividad.

Slogan: “Si quieres triunfar, no te quedes mirando la escalera. Empieza a subir, escalón por escalón, hasta que llegues arriba.”

Programa cena especial

Hora: 7:00 – 9:00 p.m.

Horario	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
7:00 a 7:10	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presente que el trabajo que realicemos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno de ellos por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:10 a 7:30	Papa caliente	Al que le quede el globo tiene que dar un consejo o un tip para el autocuidado	Alcanzar comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto, para poder desempeñar un buen papel a la hora de laborar como psicólogo.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:30 a 8: 15	Cena	Cena	Cena	Cena
8:15 a 8:30	Característica y una cualidad	Cada uno de los participantes reflexionara sobre sus actitudes (positivas y por mejorar.	Cambiar y aceptar nuestras actitudes para mejorarla más adelante.	Angélica Juchuña. Sara Mux
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a sí mismos para el autocuidado.	Angélica Juchuña. Sara Mux

Actividad II

Programa de Fogata

Responsables: Camila Mendoza, Janina Callejas, Nadia Awadallah, Felipe Yool.

Lugar: Hotel, Restaurante Carlos Beach

Fecha: 6 de octubre del 2012

Horario: 8:00 pm – 10:00 pm

Objetivo

Lograr el reconocimiento de aspectos negativos en nuestra personalidad, que afecten el desenvolvimiento personal y profesional.

Actividades

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida	05 min.	NadiaAwadallah
2.	Charla motivacional	15 min.	NadiaAwadallah
3.	Cantos	05 min.	Janine Callejas
4.	Reflexión y redacción	15 min.	Janine Callejas
5.	Compartir experiencias	20 min.	Camila Mendoza
6.	Celebración	15 min	FelipeYool

Nombre: Película "Tan fuerte tan cerca".

Hora: 10:00 – 11:30 P.M.

Responsables: Isaí López, Jessica Mota.

Objetivos

Promover la convivencia grupal de los estudiantes a través de la proyección de una película con el fin de fortalecer la amistad y el compañerismo ya existente.

Concientizar a los jóvenes estudiantes, sobre el valor de nuestros seres queridos y lo importante que es pasar tiempo de calidad con ellos, porque no se sabe el tiempo que estarán con nosotros.

Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.

Actividad

Proyección de la película "tan fuerte, tan cerca"

Recursos

-cañonera

-computadora

-bocinas

-película

Actividad III “Rally”

Se realizará un Rally, en el cual se formaran tres grupos en los que competirán entre sí, en diferentes juegos y obstáculos previamente planificados.

Fecha: 7 de octubre de 2012

Hora: 9:30 am a 11:00 am

Integrantes: Willy Texaj, Olga Andrade

Objetivo

Promover en los estudiantes la competición sana por medio de actividades que ayuden a unir lazos de amistad, entre los mismos, así mismo fomentar el auto cuidado por medio de actividades que ayuden a combatir el estrés en los mismos.

No.	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
1	Presentación e instrucciones de la actividad, dividir a los grupos por colores de playeras(lila, gris y negra)	10 minutos	❖ Humanos	WillyTexaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez
2	Primer juego encostados	10 minutos	❖ Humanos, costales	Heidy Gálvez
3	Segundó juego carretitas humanas	10 minutos	❖ Humano	Willy Texaj
4	Tercer juego mímica	6 minutos	❖ Humano y agua gaseosa	Olga Andrade
5	Cuarto: manzanas flotantes	10 minutos	❖ Humanos y vejigas	Willy Texaj
6	Quinto juego llevar un limón con la cuchara en la boca	10	❖ Humano servidoras huevos	Heidy Gálvez
7	Sexto juego la cubeta y agua	10 minutos	❖ Humano agua cubeta esponja	Olga Andrade
8	Séptimo póngale la cola al burro	5 minutos	❖ Humano figuras	Willy Texaj
9	Octavo: reventazón de vejigas	7 minutos	❖ Humano lazo	Olga Andrade
10	Compartir que sintieron los participantes al realizar estos juegos.(telaraña) como cierre de la actividad	12 minutos	❖ Humanos	Heidy Gálvez

Las actividades que realizaran los participantes van enfocadas al desarrollo físico y emocional del psicólogo, ya que el psicólogo necesita un espacio para despejar su carga emocional, como profesional y ser humano.

Anexo 5

Fotografías

