

Universidad Panamericana
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Trabajo Psicológico con Niños del Centro Esperanza, Práctica realizada
en Good Neighbors Guatemala Organización no Gubernamental**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mónica Annelie Estrada Reyes

Guatemala, marzo 2013

**Trabajo Psicológico con Niños del Centro Esperanza, Práctica realizada
en Good Neighbors Guatemala Organización no Gubernamental**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Mónica Annelie Estrada Reyes

Guatemala, marzo 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica y Secretaria General

M. A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS**

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

Decana Facultad de Ciencias Psicológicas



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Mónica Annelie Estrada Reyes
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, febrero 2011

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: "Trabajo Psicológico con Niños del Centro Esperanza" está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licencia Cynthia Brenes como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano Facultad de Ciencias Psicológicas.



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 02 de noviembre del año dos mil once.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **"Trabajo Psicológico con Niños del Centro Esperanza"**, Práctica realizada en **Good Neighbors Guatemala Organización no Gubernamental**, presentado por la estudiante: **Mónica Annelie Estrada Reyes**, quien se identifica con número de carné 0702920 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 02 de febrero del año dos mil doce.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Trabajo Psicológico con Niños del Centro Esperanza", Práctica realizada en Good Neighbors Guatemala Organización no Gubernamental, Presentado por la estudiante: **Mónica Annelie Estrada Reyes**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



M.Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los dos días del mes de febrero del año dos mil doce.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: Trabajo Psicológico con Niños del Centro Esperanza, Práctica realizada en **Good Neighbors Guatemala Organización no Gubernamental**, presentado por la estudiante **Mónica Annelie Estrada Reyes**, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

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
1.1 Descripción	1
1.2 Misión	1
1.3 Visión	1
1.4 Organigrama	2
1.5 Objetivos	2
1.6 Población	3
1.7 Planteamiento del problema	3
Capítulo 2	
Referente Teórico	5
2.1 Tratamiento para el trastorno adaptativo en niños y adolescentes	5
2.2 Efectos del divorcio en los niños de 3 a 8 años	16
2.3 La autoestima	22
2.4 Niños inseguros y temerosos: cómo ayudarlo a despegar	25
2.5 Desarrollo del lenguaje en el niño	29
2.6 Depresión Infantil	32
2.7 Convulsiones Febriles	45
Capítulo 3	
Referente Metodológico	47
3.1 Programa del curso	47
3.2 Cronograma de actividades	49
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	52
3.4 Subprogramas	53
3.5 Planificación de Talleres	54

Capítulo 4	
Presentación de Resultados	56
4.1 Programa de atención a casos	56
4.1.1 Logros	56
4.1.2 Limitaciones	56
4.1.3 Conclusiones	57
4.1.4 Recomendaciones	57
4.1.5 Muestra de un caso atendido	59
4.2 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	69
4.2.1 Logros	69
4.2.2 Limitaciones	69
4.2.3 Conclusiones	69
4.2.4 Recomendaciones	69
Conclusiones	71
Recomendaciones	72
Referencias	73
Anexos	74

Resumen

El presente trabajo engloba lo realizado durante el desarrollo de la Práctica V como parte del pensum de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social. Dicho trabajo se realizó en dos lugares como se detalla a continuación: los dos primeros trimestres del año 2011 se trabajó en el Sector de Villa Hermosa bajo el aval de la Supervisión Educativa 01-17-01 a cargo del Lic. Alfredo Nohelí Temaj atendiendo niños del sector referidos por las Escuelas o Colegios de los alrededores. Primeramente compañeras practicantes hicieron las gestiones necesarias para poder trabajar en el sector, dándose la oportunidad de iniciar un Proceso terapéutico con los niños de aquel lugar. Posteriormente en el mes de febrero se inició atendiendo casos referidos por las Directoras a quienes se les proporcionó un número establecido de boletas para poder atender casos con más necesidad. Los casos atendidos se trabajaron a partir del mes de febrero al mes de agosto de dicho año realizando todos los pasos del proceso psicoterapéutico.

La siguiente etapa de la Práctica V se realizó en el sector de Loma Blanca zona 21 con la organización Good Neighbors Guatemala en el Centro Infantil Esperanza atendiendo casos de niños referidos por la Directora de dicho centro escolar. En este lugar se realizó atención de casos a partir del mes de febrero al mes de abril del año 2012. Durante el mes de enero se hicieron las gestiones correspondientes para poder realizar la última etapa de Práctica en aquella organización dándose la oportunidad de trabajar con ellos. En el mes de febrero se inició la atención de pacientes realizando el Proceso Terapéutico correspondiente con cada caso asignado.

Durante ambos procesos se realizó un expediente individual por paciente conteniendo: historia clínica, genograma, examen mental, resultados de pruebas aplicadas, impresión diagnóstica, diagnóstico multiaxial, recomendaciones, plan terapéutico, entrevista y la evidencia del material consultado. Es importante señalar que dichos expedientes contienen información según la asistencia y el seguimiento que el paciente tuvo en sus sesiones de atención psicológica.

Finalmente y para culminar el Proceso de Práctica V se procedió a la realización del presente trabajo.

Introducción

La situación actual de los niños Guatemaltecos en la ciudad capital especialmente de la clase media y baja cada día se torna con más dificultades. Los adolescentes a tempranas edades inician una vida sexual activa sin los cuidados oportunos lo cual ha aumentado el porcentaje de embarazos en adolescentes y por ende el porcentaje de madres solteras debido a la falta de responsabilidad de los jóvenes. En otros casos las parejas se casan pero al tiempo deciden separarse por la situación que les toca enfrentar a tempranas edades. Siendo este caso los niños que se desarrollan en estos ambientes sufren situaciones tan estresantes desde que están en el vientre materno. Todo lo anterior crea conflictos en los niños a tempranas edades los cuales manifiestan mayormente su malestar a través de la violencia. Si los padres no saben manejar esta situación, a futuro dichos niños perjudicarán nuestra sociedad ya que cuando llegan a adolescentes repiten los mismos patrones que sus padres. Además si sus conflictos y la violencia que manifiestan de pequeños no son tratadas, a futuro provocarán trastornos mayores que quizá les lleven a delinquir.

Por lo anterior el presente Informe de Práctica Profesional Dirigida fue enfocado en los niños quienes son el futuro de nuestro país. A continuación se podrá encontrar en dicho informe una recopilación del trabajo realizado durante la Práctica V del Pensum de la Carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana Sede el Naranjo.

A través de dicho trabajo podremos encontrar en el Capítulo 1 el Marco Referencial en el cual se describe toda la información sobre la organización Good Neighbors Guatemala: su misión, visión, objetivos y población a la cual ellos atienden. Esta organización fue tomada como base para dicho informe siendo este el lugar donde se culminó el proceso de Práctica.

Seguidamente en el Capítulo 2 se detalla el Marco Teórico conteniendo toda la información que fue consultada para la atención de los casos atendidos. Los temas que aquí se incluyen tratan sobre temas como: características de los niños de 4 y 5 años, cómo afecta el divorcio en los niños, el trastorno adaptativo en los niños y la depresión infantil.

En el Capítulo 3 referente al Marco Metodológico se presenta el Programa de Práctica V del año 2012 realizado por la Licenciada Cinthya Brenes catedrática a cargo. En dicho programa se detalla el propósito del curso, objetivos generales y específicos del curso, contenido teórico base, actividades a realizar durante dicho proceso, metodología del curso y técnicas de evaluación, cronograma de actividades, referencia bibliográfica del curso. Además se incluye la planificación de actividades por mes en los Centros de Práctica, subprogramas y planificación de talleres.

A continuación pasamos al Capítulo 4 el cual contiene la Presentación de Resultados obtenidos durante la atención de casos, indicando los logros obtenidos, limitaciones, recomendaciones y conclusiones del proceso. En este apartado se incluye la muestra de un Informe Psicológico, el programa para la elaboración de Proyectos de Salud Mental, sus logros, limitaciones, recomendaciones, conclusiones y gráficas de resultados.

Finalmente se dan las conclusiones y recomendaciones generales de todo el proceso de Práctica V con sus referencias bibliográficas y anexos. Este último apartado incluye fotografías, formatos utilizados, cartas de aceptación, hojas de asistencia y otros.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción

Good Neighbors Guatemala es una organización de ayuda humanitaria establecida en Guatemala en 2008, inscrita debidamente en el Ministerio de Gobernación bajo el nombre de Good Neighbors Guatemala Organización no Gubernamental (GNG ONG).

Trabajan sin fines de lucro, dedicados a ayudar a las familias guatemaltecas que se encuentran en pobreza o pobreza extrema a través de proyectos de desarrollo comunitario, siendo en Guatemala la primera sede de toda América Latina.

Good Neighbors trabaja en Guatemala porque es un país en vías de desarrollo, que presenta regiones con extrema pobreza, la cual la hace ser una de las más desiguales de América Latina. Por eso, demanda mucha atención con respecto a los derechos humanos y la protección de los derechos del niño, sumergiéndola en una necesidad desesperada de atención y ayuda por parte de la comunidad internacional.

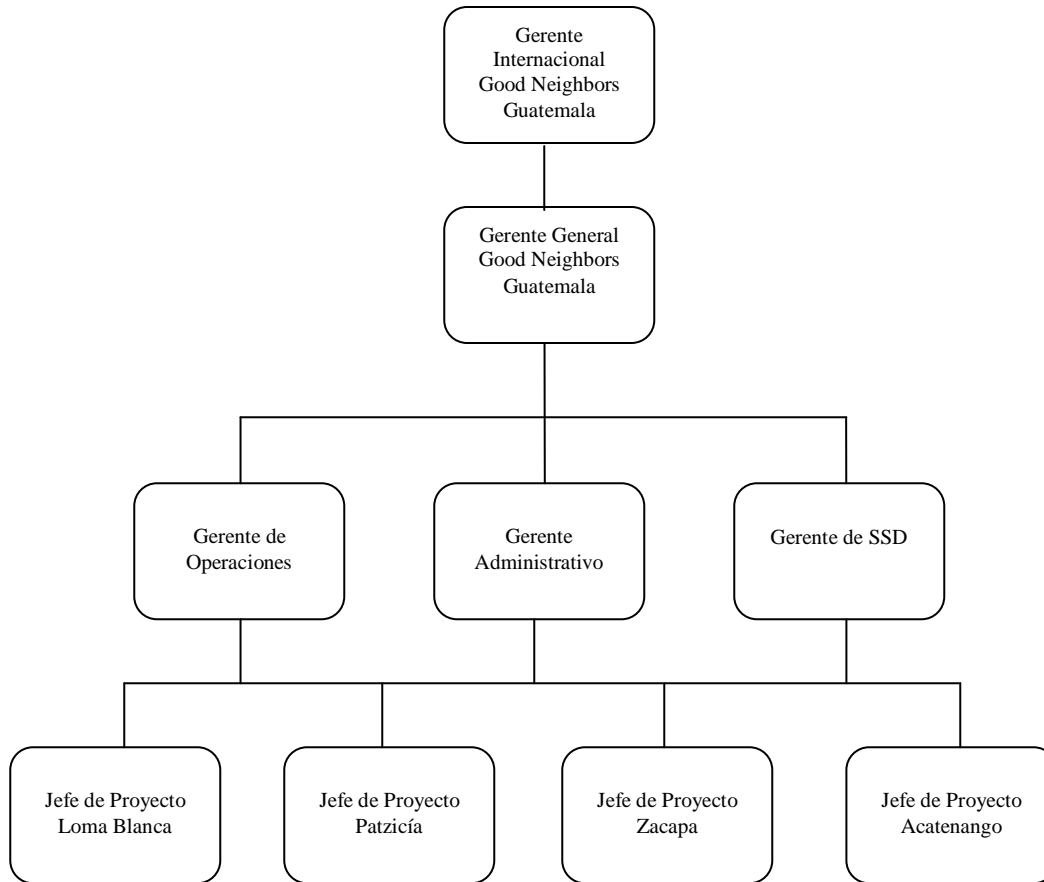
1.2 Misión

El trabajo que realiza GNG se apoya sobre la base de tres pilares principales: salud, educación y comunidad. GNG guía el camino hacia un futuro brillante lleno de esperanza para los niños, promoviendo la educación y velando por una mejor salud, creando un impacto en el crecimiento y desarrollo infantil.

1.3 Visión

Good Neighbors (Buenos Vecinos), está basada en la humanidad de obras para transformar este mundo en un mundo pacífico y seguro, donde nadie sufra de hambre, donde nadie sea víctima de las enfermedades; donde todo el mundo sea confortado y respetado sin discriminación alguna.

1.4 Organigrama



1.5 Objetivos

- Respetar la dignidad de los seres humanos, que luchan por el restablecimiento de las virtudes éticas de la humanidad.
- Contribuir a la construcción de una comunidad mundial donde todos los pueblos puedan vivir juntos en armonía, con la alegría de compartir lo que tenemos con los demás.
- Promover un enfoque al desarrollo sostenible y a la labor de ayuda, para las personas, independientemente de razas, nacionalidades, religiones, ideologías y limitaciones geográficas.

- Utilizar los recursos locales a fin de maximizar la eficacia y le eficiencia de nuestras actividades.
- Trabajar en cooperación con las personas en los lugares en donde hay necesidades.

1.6 Población

GNG trabaja actualmente con los siguientes proyectos y poblaciones:

- a) Colonia Loma Blanca: Centro de Educación Infantil Esperanza, Clínica Social “Buenos Vecinos”.
- b) Escuela Urbana Mixta Nuestra Realidad: se beneficia a 250 niños actividades recreativas, programas de apadrinamiento, donaciones y apoyo y soporte a actividades extracurriculares.
- c) Escuela Loma Blanca: se benefician a 500 niños: material de estudio, uniformes, alimentación, apadrinamiento, apoyo y soporte a actividades extracurriculares, donaciones.
- d) Proyecto de Desarrollo Comunitario en Patzicía: Escuela La Muchacha, Parque Infantil zona 2, Biblioteca, Estufas mejoradas, Celebraciones en la Comunidad.
- e) Proyecto Comunitario en Zacapa: agua potable, apadrinamiento.

1.7 Planteamiento del Problema

Proyecto de Desarrollo Comunitario Loma Blanca: surge de la necesidad observada en la comunidad Loma Blanca zona 21, cuyas familias se encuentran en escasos recursos, niños y niñas en edad preescolar que no tienen acceso a la educación por varios factores.

Aunque el gobierno da prioridad a los niños y la educación del adolescente, el presupuesto destinado a la educación no es suficiente. En las escuelas del lugar, los maestros enseñan a los niños sólo con libros de texto que le gobierno ofrece y las escuelas carecen de mobiliarios y condiciones básicas de salud e higiene para los alumnos.

En el tema de la salud, en la zona 21 se encuentra un barranco que la divide en dos, por lo que las familias que viven al otro lado les es imposible llegar al Centro de Salud Justo Rufino Barrios. Para ello, necesitan tomar el transporte urbano que requiere de dos transferencias, tomándose hasta una hora en llegar. Este es un problema grave para aquellos que necesitan exámenes médicos regulares o si es un paciente de urgencia, es por eso que GNG ha enfocado parte de su ayuda a los vecinos de esta comunidad estableciendo una clínica social. Actualmente GNG realiza el Proyecto de Desarrollo Comunitario en Loma Blanca, ubicado en la zona 21 de la ciudad capital, beneficiando alrededor de 1200 niños directa e indirectamente, con tres tipos de programas en tres proyectos: educación preescolar, soporte a escuelas públicas y salud.

Capítulo2

Referente Teórico

2.1 Tratamiento para el trastorno adaptativo en niños y adolescentes

Tratamiento: los trastornos adaptativos deben recibir tratamiento. Se debe privilegiar la remoción del factor estresor (frecuentemente no es posible). La intervención debe ser focal, breve y rápida. Los focos de intervención están en el paciente y su entorno. En el tratamiento individual se debe considerar las dificultades que ha presentado el niño o adolescente para hacer frente al estrés, evaluando sus capacidades personales (nivel de desarrollo cognitivo y emocional, recursos y mecanismos de defensa). El tratamiento se debe brindar en un contexto de apoyo y seguridad para el niño o adolescente, donde se pueda facilitar la expresión emocional y enfatizar las significaciones del factor estresor. Son eficaces las estrategias dirigidas a la solución de problemas y la psicoterapia expresiva (de apoyo). Si se decide tratamiento psicofarmacológico, debe ser sintomático (ansiolíticos en el caso de ansiedad, antipsicóticos en bajas dosis en los desajustes conductuales).

Respecto de las intervenciones a nivel familiar, se debe considerar el grado de funcionamiento de la familia, la presencia de violencia o psicopatología en los miembros (abuso de sustancias, alcoholismo, trastornos disociales y afectivos). Intervenir en el estilo de crianza, considerando el grado de dependencia, iniciativa del niño, capacidad de enfrentar las dificultades y la fortaleza del vínculo. Con el sistema familiar, enfatizar la necesidad de comprensión y de soporte para el miembro afectado, educar respecto de las vulnerabilidades personales del paciente y de las consecuencias del trastorno adaptativo .Puede indicarse terapia familiar.

¿Qué es?

Se denomina Trastorno Adaptativo al conjunto de síntomas emocionales y/o conductuales observados como reacción a un evento estresor vivenciado como importante por parte del que manifiesta los síntomas.

El cuadro suele iniciarse asociado temporalmente con el evento gatillante (una o dos semanas después) y su permanencia en el tiempo depende frecuentemente de la persistencia del estresor. Los síntomas normalmente no duran más de 6 meses.

¿Cómo se manifiesta?

Se manifiesta a través de síntomas que pueden involucrar la esfera del comportamiento con cambios de conducta, inquietud, opositorismo, rechazo a ir al colegio e irritabilidad y/o de las emociones, como observar mayor labilidad emocional, aislamiento, letargo, ansiedad de separación, intranquilidad.

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. El estresante puede ser un acontecimiento simple, como por ejemplo la terminación de una relación sentimental, o deberse a factores múltiples, como dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales. Los estresantes son a veces recurrentes como, asociados a crisis, estacionales en los negocios o continuos como por ejemplo, vivir en un barrio de criminalidad elevada. El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad, como sucede en las catástrofes naturales. También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo, entre estos pueden estar: ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales y jubilarse.

Criterios para el diagnóstico del trastorno adaptativo

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

En los niños y adolescentes este trastorno conlleva a un deterioro en el funcionamiento donde se presentan: problemas con pares, dificultades en el rendimiento escolar, malestar individual, entre otros.

Se puede decir que la percepción que pueda tener el niño o adolescente respecto de la condición a la que se encuentre expuesto y a su capacidad o dificultad para lidiar con ella estaría vinculada a la aparición del cuadro.

Los tipos de estresores más frecuentes en los niños y los adolescentes, son:

problemas familiares, pérdidas y separaciones (cambios de casa, colegio, entre otros.), experiencias de abuso físico y sexual, enfermedades, catástrofes naturales, accidentes, cualquier suceso que produzca algún impacto en el individuo.

Etiología

Las reacciones patológicas frente al estrés dependen de varios factores:

1. Características individuales: vulnerabilidad ante las situaciones estresantes, antecedentes de patologías anteriores por estrés, baja autoestima, ausencia o escaso apoyo familiar y social y nivel socioeconómico bajo.

2. Características del estresor: el número, significación y la forma de presentación del evento estresante influyen en la capacidad de adaptación. Para conocer el posible impacto se han elaborado escalas de acontecimientos vitales, siendo la más conocida la Escala de Holmes y Rahe. Asimismo, el enfrentamiento previo a situaciones similares y la disponibilidad de recursos personales y sociales favorecen una respuesta adaptativa al estrés.

3. En un ambiente médico progresivamente tecnologizado y con frecuencia deshumanizado resulta evidente que la enfermedad, la hospitalización, y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son grandes estresores para la gran mayoría de la población. El temor al sufrimiento, a padecer una enfermedad grave y a la muerte, el riesgo de invalidez y de ser una carga para la familia son factores desencadenantes de trastornos adaptativos.

Prevalencia

Los trastornos adaptativos son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación.

El porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de trastorno adaptativo se sitúa entre el 5 y el 20 %. Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno. Los servicios de psiquiatría de enlace de hospitales generales reportan una frecuencia de este trastorno de 20% y de 30% en pacientes con cáncer recién diagnosticado. (DSM IV. 1995 Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Ed. Masson. Barcelona).

La edad promedio de los pacientes es de 25 años y su frecuencia es mayor en mujeres y adolescentes.

Tipos clínicos de trastorno adaptativo de acuerdo al síntoma predominante (Según DSM IV)

Tipos de trastorno adaptativo de acuerdo al síntoma predominante.

- Con estado de ánimo depresivo: las manifestaciones predominantes son ánimo bajo, llanto o desesperanza.
- Con ansiedad: predominan los síntomas ansiosos: nerviosismo, preocupación o inquietud, insomnio. En los niños, miedo a la separación de las figuras con las que tienen mayores vínculos.
- Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo: las manifestaciones dominantes son una mezcla de síntomas de depresión y ansiedad.
- Con trastorno del comportamiento: predomina una alteración de la conducta caracterizada por una violación de los derechos de los demás o de normas o reglas sociales apropiadas a la edad.
- Con alteración mixta de las emociones y la conducta.
- No especificado: incluye reacciones de desadaptación por factores estresantes que no pueden ser incluidas en ninguna de las anteriores categorías diagnósticas.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones.

Agudo. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.

Crónico. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más.

Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

Tratamiento

Los trastornos adaptativos deben recibir tratamiento. Se debe privilegiar la remoción del factor estresor (frecuentemente no es posible). La intervención debe ser focal, breve y rápida. Los focos de intervención están en el paciente y su entorno. En el tratamiento individual se debe considerar las dificultades que ha presentado el niño o adolescente para hacer frente al estrés, evaluando sus

capacidades personales (nivel de desarrollo cognitivo y emocional, recursos y mecanismos de defensa). El tratamiento se debe brindar en un contexto de apoyo y seguridad para el niño o adolescente, donde se pueda facilitar la expresión emocional y enfatizar las significaciones del factor estresor. Son eficaces las estrategias dirigidas a la solución de problemas y la psicoterapia expresiva (de apoyo). Si se decide tratamiento psicofarmacológico, debe ser sintomático (ansiolíticos en el caso de ansiedad, antipsicóticos en bajas dosis en los desajustes conductuales). Respecto de las intervenciones a nivel familiar, se debe considerar el grado de funcionamiento de la familia, la presencia de violencia o psicopatología en los miembros (abuso de sustancias, alcoholismo, trastornos disociales y afectivos). Intervenir en el estilo de crianza, considerando el grado de dependencia, iniciativa del niño, capacidad de enfrentar las dificultades y la fortaleza del vínculo. Con el sistema familiar, enfatizar la necesidad de comprensión y de soporte para el miembro afectado, educar respecto de las vulnerabilidades personales del paciente y de las consecuencias del trastorno adaptativo. Puede indicarse terapia familiar.

Existen varias técnicas útiles en el tratamiento de los trastornos adaptativos:

- Técnicas de terapia cognitivo-conductual
- Manejo de la ansiedad
- Ejercicio físico
- Ejercicios respiratorios
- Registro de sentimientos y conductas
- Relajación
- Entrenamiento asertivo
- Imaginería

Técnicas de relajación

Estas técnicas enseñan al paciente a reducir sus niveles de tensión emocional a través de la relajación física aun cuando persista la causa que origina dicha tensión.

Cabe destacar la técnica de relajación de Benson, que consiste en entrenar al paciente en la realización de ejercicios físicos de contracción-relajación que le permitan identificar la diferencia

entre la sensación de tensión y la de relajación de los músculos, así como tener recursos para relajar dichas zonas cuando estén tensionadas. Lo ideal es que el paciente dedique una media hora diaria a esta actividad y que puntúe en un registro los niveles de tensión y relajación del 1 al 10.

Técnica de resolución de problemas

La técnica de entrenamiento en resolución de problemas forma parte de las técnicas cognitivo-conductuales que, junto con la reestructuración cognitiva y las terapias de afrontamiento, dotan al individuo de medios efectivos para enfrentarse con los problemas de la vida diaria. Esta técnica cobra especial importancia en el abordaje del trastorno adaptativo, puesto que permite ayudar al paciente con un respaldo técnico al enfrentarse al estresor.

Las fases de la resolución se orientan hacia el problema, definición y formulación del mismo, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y ejecución-verificación de la solución. Este esquema, aplicable a la resolución de problemas de la vida diaria, resulta eficaz. Se pretende que la resolución de problemas se realice a través de una reestructuración que cale en la conducta, de manera que se convierta en una forma adaptada de enfrentarse a cualquier problema. Para ello se definen cuatro fases:

a. Determinar qué problema ha generado el conflicto:

- Elaborar una teoría etiológica conjunta: En esta fase se busca una manera de elaborar y entender el problema que sea compartida por el médico y el paciente. Así, conseguimos que se sienta más implicado en el tratamiento y colabore más efectivamente en la elaboración de objetivos.
- Interpretación del conflicto: El problema es fruto de una situación que atraviesa el paciente y del estilo mediante el cual lo afronta. Finaliza ésta cuando el paciente entiende que su problema tiene que ver con las circunstancias adversas que está atravesando y su manera de afrontar la situación.

Para explorar la “conducta problema” o momentos concretos en los que se pone de manifiesto la

falta de adaptación y las circunstancias que agravan el malestar del paciente, lo más útil es invitarle a reflejarlas en un registro (registro 2) que permita señalar las consecuencias negativas de dicha conducta que agrava el conflicto y, por lo tanto, el malestar.

b. Establecer objetivos:

Búsqueda de alternativas, ventajas y desventajas de las posibles soluciones.

- Concretar objetivos a conseguir que aproximen al paciente a la adaptación.
- Solicitar que el paciente desarrolle un listado de conductas alternativas.

c. Ensayar el cambio

- Role playing: ensayaremos los ejercicios con problemas propios empezando por los menos graves y siguiendo un orden definido.
- Si el paciente está adiestrado en técnicas de relajación puede utilizarlas a la hora de enfrentarse a la conducta problema.

d. Completar y mantener el cambio

Es necesario hacer un seguimiento para comprobar cómo las nuevas conductas adaptadas se estabilizan y consolidan en el tiempo, suponiendo un alivio y una mejoría para nuestro paciente.

Reestructuración cognitiva

Uno de los tratamientos psicológicos para el abordaje de los trastornos adaptativos es la terapia cognitivo-conductual. La reestructuración cognitiva corrige los conceptos distorsionados y anima a la persona a examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos y a construir una nueva percepción sobre sucesos específicos. Para trabajar esta técnica puede utilizarse la de base el modelo general de comportamiento A-B-C que se centra en actuar sobre las creencias (B) y sobre las consecuencias o emociones (C).

Creencias

Representadas en el apartado (B), se entienden como el modelo de pensamientos que adopta cada persona y que tiene como consecuencia una determinada emoción (C); esto es lo que determina el

modelo de pensamiento irracional más frecuente del paciente.

Tremendismo (“es horrible”): se produce en aquellas personas que piensan que las cosas que suceden son catastróficas y terribles, desarrollando como consecuencia emocional sensación de pánico, ansiedad, inhibición u otras.

(A: Acontecimiento – B: Tremendismo – C: Pánico)

Para combatir estas creencias desarrollamos el siguiente esquema:

– Debate filosófico: “si A fuese tan terrible sí que sería desagradable”, pero ¿afectaría esto a toda mi vida y en todos sus aspectos?

– Debate empírico: “¿es realmente A tan terrible?, porque si es así, es porque no podría ser peor. Por contra, realmente si que podría ser peor, por lo que lo lógico es pensar que A no es realmente tan terrible como le parece.”

– Pensamiento racional: “aunque A sea molesto, no es tan catastrófico ni terrible”.

Como nueva consecuencia emocional, el pánico se convertirá en preocupación o desagrado. Devaluación o condenación de los demás: se produce cuando la persona piensa que los demás deben tratarlo con “consideración y justicia” y si no es así, son seres indeseables y merecedores de castigo. La consecuencia de este tipo de pensamiento es desarrollar emocionalmente ira, depresión y malas relaciones.

(A: Acontecimiento – B: Condenación – C: Ira).

– Debate filosófico: “no podemos valorar por un acontecimiento a las personas aunque siempre actuasen a nuestro parecer de una manera errónea. Sólo podremos emitir actos sobre su juicio y no sobre su persona.”

– Debate empírico: “no podría demostrar que siempre actúa esa persona de forma errónea, incluso aunque lo haga la mayor parte de las veces.”

- Pensamiento racional: “preferiría que los demás me trataran con consideración, pero si no es así, buscaré el medio de conseguirlo aceptando que, de cualquier manera, los demás tienen derecho a emitir sus propios juicios aunque no me gusten.”

Como nueva consecuencia la ira se convertirá en enfado e irritación. Baja tolerancia a la frustración: se produce cuando una persona piensa que la vida debe ser justa, fácil y carente de esfuerzo o, de lo contrario, no podrían soportarlo. Esto lleva a la persona a un continuo estado de ansiedad.

(A: Acontecimiento – B: No puedo – C: Ansiedad).

- Debate filosófico: “nadie me puede asegurar que la vida es fácil en todos sus aspectos.”

– Debate empírico: “esta sensación de incomodidad es desagradable pero soportable y no es la primera vez que lo hago.”

– Pensamiento racional: pese a la incomodidad que este acontecimiento me produce puedo seguir disfrutando del resto de las cosas.

Como consecuencia, las nuevas emociones serán de incomodidad, pero no de ansiedad. Autoevaluación o autocondena (“debo o tengo que... y si no, no me querrán ni respetarán”): aparece cuando la persona piensa que sus actos están dirigidos a conseguir la aprobación de los demás. Esto lleva a una sensación de depresión o ansiedad.

(A: Acontecimiento – B: Autocondena – C: Ansiedad/depresión).

– Debate filosófico: “en el caso de que mi comportamiento sea erróneo, podré juzgar éste como tal, pero no a mi propia persona.”

– Debate empírico: “realmente mi comportamiento no ha sido erróneo en todas las ocasiones, sólo en alguna de ellas.”

– Pensamiento racional: “sería ideal actuar siempre correctamente, pero si no es así, errar es humano.”

Como consecuencia emocional, cambiaremos esa sensación de ansiedad o depresión por otra de decepción o tristeza.

Emociones

El mecanismo de producción de la emoción es la consecuencia final de un acontecimiento. Ante una preocupación, toda persona desarrolla una emoción (A-B-C) que puede llegar a provocar disfunciones psicológicas.

Para trabajar El modelo A-B-C- se cuenta con dos tipos de registro que ayudan a conducir al paciente hacia la racionalidad evitando, que se perpetúen emociones y conductas desadaptadas. Se propone el registro que por su sencillez y facilidad de manejo parece más adaptable a la consulta de Atención Primaria (Registro 3).

Aumento de actividades placenteras

La programación de actividades placenteras y sociales, en la medida en que traen consigo un aumento de actividad, llevan al paciente a un incremento de la percepción de autocontrol y suponen una motivación para vencer la apatía que puede presentarse en los trastornos adaptativos con sintomatología depresiva. Dada su fácil aplicación pueden ser utilizadas desde el primer momento; se invitará al paciente a realizar una lista amplia de, al menos, 30 actividades o situaciones que le resulten agradables. El paciente puede pedir ayuda a algún conocido o familiar para completarla y planear actividades conjuntas.

Entrenamiento en asertividad

La asertividad se define como el “comportamiento adecuado e impersonal por el cual expresamos nuestros sentimientos y deseos sin sentir ningún tipo de malestar.” Para ser asertivo es necesario que la persona tenga confianza en su razonamiento y suficiente autoestima para expresar sus opiniones. Para mejorar la asertividad se utilizan técnicas como: el modelado, la desensibilización y el refuerzo positivo (recompensa de una conducta deseada). El entrenamiento

en habilidades sociales y asertividad, presta atención a múltiples tareas de la vida cotidiana como hacer la compra, buscar trabajo o superar la timidez.

Prevención de las recaídas

Evitar la aparición de recaídas es un objetivo fundamental del tratamiento, para ello es útil entrenar al paciente con el objetivo de:

- Conocer qué síntomas y situaciones son de riesgo, en las que la recaída es más probable.
- Conocer las técnicas, actitudes o conductas que puede realizar para contrarrestarlas.
- Saber cuándo las técnicas entrenadas han dado resultado o no, y conocer las alternativas si no consigue controlar la situación.

2.2 Efectos del divorcio en los niños de 3 a 8 años

Las reacciones y sentimientos de los niños dependen de diferentes factores: edad, explicaciones recibidas, continuidad de la relación con ambos progenitores, acuerdos o desacuerdos entre los padres, grado de hostilidad entre los mismos, intervención de otros adultos o sistemas, entre otros.

Entre los 3 y 5 años, es común que los niños pequeños esperen la reconciliación durante varios años. También creen ser responsables por el divorcio y como si hubieran hecho algo malo, se preguntan si el papá (o la mamá) se fue porque ellos hicieron algo que no debían.

Pueden desarrollar:

- conductas regresivas, como: orinarse en la cama, succionar el pulgar, hablar como bebé o portarse mal
- miedo ante el derrumbe de la estructura familiar
- miedo a no ver más al padre que se va de la casa o a que el otro lo abandone
- miedo a que los padres dejen de quererlo. Miedo al rechazo.
- enojo, que manifiestan golpeando o rompiendo sus juguetes

- tristeza, depresión, baja autoestima
- se sienten responsables del divorcio: auto - acusaciones
- preocupación
- usan la fantasía para negar lo que está sucediendo e imaginan que "sus padres se volverán a unir".

En esta etapa, los padres los ayudan cuando:

- les aseguran una y otra vez que los quieren y los querrán siempre. Hay que repetírselos y demostrarlo tanta veces como sea necesario,
- les aseguran que verán regularmente al padre que no convive (si efectivamente va a ser así),
- les aseguran que no son responsables del divorcio,
- les dicen que ellos también lamentan el divorcio y no haber podido resolver las cosas de otra manera,
- los escuchan, permitiéndoles expresar su tristeza y su enojo,
- les brindan apoyo y comprensión,
- no hablan mal del otro padre en su presencia. Los niños reciben cómo dirigida hacia su propia persona cualquier apreciación negativa o injuriosa que recaiga sobre un progenitor,
- no los usan como mensajeros, espías o rehenes,
- no les piden información acerca de que cosas tienen o hacen en la otra casa,
- no los involucran en las peleas,
- discriminan su rol de padres de su rol de ex cónyuges,
- les explican los arreglos de vivienda, visitas y otros cambios que sucederán.

De 6 a 8 años no relacionan en un principio la conducta de sus padres con la disolución de la familia. Piensan que sus progenitores se volvieron locos, sienten miedo, angustia y desconcierto; están confundidos, tratando de comprender quienes son y adónde pertenecen. Cuando los padres

se separan, los niños se sienten solos, impotentes, profundamente tristes, pero también con rabia y enojo.

El aspecto menos diagnosticado del divorcio es la depresión en los niños. A menudo están tristes, distantes y esquivos aunque les vaya bien en la escuela. Los síntomas incluyen mal humor, enojo y peleas. Habitualmente estos síntomas no son considerados una evidencia de depresión pero generalmente los son. Los chicos cuando se deprimen se vuelven irritables, contestan mal, no escuchan y hasta sobresaltan con exabruptos. Cuando la depresión no se detecta y orienta, estas conductas empeoran dejando perplejos y sin saber que hacer a padres y maestros.

A esta edad los niños:

- idealizan al padre ausente y agreden aquél con el cual conviven,
- sienten que sus padres son egoístas por no haber conservado la familia,
- sienten que sus padres los han traicionado,
- el miedo puede derivar en problemas de conducta,
- están preocupados por el padre que se va, no importa cómo haya sido su relación con él,
- otras veces sienten que el padre que se va de la casa los abandona deliberadamente,
- sienten que no los quieren,
- no pueden usar la fantasía para negar - como hacen los más chiquitos - pero no son lo suficientemente maduros como para entender el proceso de duelo,
- anhelan volver a unir a sus padres,
- se distraen con facilidad, dificultades para concentrarse en el juego y en las tareas escolares,
- pueden convertirse en "cuidadores" de un padre (generalmente al que ven más sólo o más débil) o asumir un rol parental en el hogar,
- llanto fácil, pesadillas, dolor de panza o de cabeza,
- otras veces, dicen que "todo está bien", niegan la tristeza y la incomodidad o inventan historias sobre el padre ausente,
- pueden tornarse demandantes para compensar lo que les falta,

- en los "divorcios destructivos" el miedo deriva en el desarrollo patrones de comportamiento perjudiciales a largo plazo: mentira, robo o agresión,
- otras veces, tienen conductas manipuladoras y aprovechan las fisuras entre los adultos para satisfacer sus caprichos,
- hay niños que ven a sus padres violar las normas que ellos mismos les enseñaron y les da vergüenza cuando los escuchan pelear,
- otros, cuando la tensión familiar crece, desarrollan síntomas físicos (vómitos, dolor de cabeza, de panza) que a modo de "bracke" separan a los contrincantes para ocuparse de ellos.

En esta etapa, los padres los ayudan cuando:

- cumplen con lo especificado en el ítem anterior,
- les explican el divorcio en términos que pueden entenderlos,
- tratan de que entiendan, que así como no son responsables del divorcio, tampoco lo son de la reconciliación,
- no los aceptan como "un jefe" en la casa, "cuidadores" o "aliados",
- aceptan sus sentimientos de enojo o de tristeza como naturales,
- no los involucran en pelea conyugal,
- los padres deben tratar de conservar estables tantos aspectos de la vida de sus hijos como sea posible.

Otro aspecto sumamente importante a tener en cuenta para el desarrollo saludable de los hijos, es que los padres deben mantener entre sí un diálogo regular, por ej., una llamada telefónica semanal, que les permita compartir los progresos psico - evolutivos y tomar conjuntamente las decisiones importantes de la vida de sus hijos. Cuando el nivel de hostilidad entre ellos no lo permite, es necesario buscar ayuda profesional para restaurar o construir el ejercicio conjunto de la parentalidad.

Lo que ayuda:

- Observar atentamente para reconocer señales de malestar.

- Escuchar a los niños constantemente.
- Comunicación abierta.
- Dar explicaciones que los niños puedan comprender.
- Comunicar mensajes: No es tu culpa, no puedes resolver nuestros problemas porque no los causaste, aún te queremos, no nos estamos divorciando de ti, los cambios son difíciles, pero las cosas mejorarán.
- Cumplir con los compromisos y las promesas.
- Pasar tiempo agradable con cada niño regularmente.
- Proveer estructura y límites razonables en el hogar.
- Ser consistentes al disciplinar.
- Mantener la predictibilidad y las rutinas.
- Continuar la celebración de días festivos y ocasiones especiales.
- Animar la participación en actividades según su nivel de desarrollo e inclinaciones.
- Leer, escribir en diario, expresión con arte, música, baile, entre otros.
- Sentar buen ejemplo y permitir la expresión de emociones.
- Manejar los conflictos con el otro padre de manera civil.
- Librar a los niños de estrés innecesario.
- Apoyar el que los niños mantengan relaciones con los familiares, a menos que sea peligroso.
- Tener paciencia en cuanto a los ajustes. Toma tiempo y esfuerzo.
- Utilizar las fortalezas, habilidades, y talentos individuales y familiares.
- Desarrollar y utilizar una red de amistades y recursos comunitarios para recibir sostén práctico y emocional para toda la familia.
- Buscar asesoramiento y ayuda profesional cuando sea necesario.

Lo que no ayuda:

- Pedirle a los niños que escojan entre sus padres.
- Pedirle a los niños que asuman una posición en cuanto al conflicto entre los padres.
- Hablar mal del otro padre.
- Ventilar nuestras frustraciones en los niños

- Volvernos a los niños en busca de apoyo o guía.
- Poner a los niños en el medio.
- Exponer a los niños a las discusiones.
- Envolver a los niños en las disputas entre los padres.
- Usar a los niños de mensajeros.
- Usar a los niños de espías.
- Usar a los niños de confidentes.
- Usar a los niños de peones o de munición.
- Decirle a los niños cómo deben sentirse.
- Negar o descontar los sentimientos de los niños.
- Pedirle a los niños que guarden nuestros secretos.
- Descuidar las necesidades de los niños.
- Exigirle demasiado a los niños.
- Sentar expectativas no razonables para los niños.
- Expresar la ira inapropiadamente.
- Expresar amargura, falta de respeto, u hostilidad hacia el otro padre.
- Demostrar incapacidad de comunicarse efectivamente con los niños o con el otro padre.

Ideas para Padres Divorciados

"Un buen divorcio es preferible a un mal matrimonio". Es importante comprometerse a hacer las cosas mejor de lo que se hicieron durante el matrimonio.

- La opción de disolver la familia tradicional es preferible a enseñar mediante el ejemplo cómo vivir sin amor, respeto, honestidad y en conflictos continuos.
- El divorcio de por sí no necesariamente tiene que afectar a los niños negativamente si los padres deciden que en todas las decisiones van a tomar en cuenta EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS primero.
- Preparación para todas las transiciones es importante: explicar detalles/planes/el hecho de que la separación de los padres NO ES SU culpa.

- PLAN específico para mantener el contacto regular con ambos padres es crucial, excepto en los casos de violencia doméstica/abuso corporal, sexual, emocional. Evitar discusiones de temas de adultos en presencia de los niños; no es importante que sepan todos los detalles de lo que llevó a la separación; según crezcan, irán preguntando y podrán procesar la información con menos dificultades.
- Los ex-esposos deben trabajar en cómo desarrollar una mejor comunicación con respecto a todo lo que concierne a los hijos, independientemente de los problemas entre ellos... Acceso y participación de ambos padres es importante por el tiempo que los hijos lo necesiten.

2.3 La Autoestima

La Autoestima proviene de sentirse capaz y saber que lo que aportamos es valioso para los demás. El propósito de los padres es que los niños desarrollen auto-respeto así como fe, en que sus habilidades les ayudaran a superar los retos de la vida.

Consejos para elevar la autoestima:

1. Dar amor incondicional mediante besos abrazos y decirles te amo frecuentemente. Y si llegaron a realizar una acción incorrecta, tener cuidado de diferenciar el acto de la persona, por ejemplo: si un niño agrede a su hermana físicamente, en lugar de decirle “NIÑO MALO”, decirle: “Pegarle a tu hermana no está bien, estoy molesto por lo que hiciste”
2. Poner atención: calidad y no cantidad de tiempo. Hacer contacto visual cuando se platique con el niño, y si se tiene poco tiempo, explicarle como en el ejemplo siguiente: “cuéntame del dibujo que hiciste y luego tendré que hacer la cena”.
3. Establecer límites: poner reglas razonables. El saber que existen reglas familiares que no pueden ser infringidas, harán sentir más seguros a los niños. Requerirá mucha paciencia y repetición pero valdrá la pena. Solo se requiere ser claro, consistente y mostrar fe en que el niño podrá cumplir lo establecido.

4. Ofrecer opciones: por ejemplo: ¿qué prefieres vestir, comer, jugar, entre otros? dejar que el niño decida por sí mismo y confiar en sus decisiones. Esto hará que se incremente la seguridad y confianza en sí mismo.

5. Apoyar retos: por ejemplo: explorar algo nuevo, como probar comidas distintas, seleccionar nuevos amigos, montar bicicleta, un curso de música, entre otros. Aun cuando siempre existe la posibilidad de fracaso, sin riesgo, hay muy poca o nula posibilidad de éxito. Así que, dejar a los niños que experimenten, en un ambiente seguro, y como padres, resistirse a intervenir, ayudará a aumentar su autoestima. Por ejemplo: si está tratando de armar un juguete, de acuerdo a su edad, y se frustra por no poder hacerlo, se debe dejar solo para que logre por sí mismo el objetivo. El solo hecho de decir "yo lo hago por ti" puede crear dependencia y disminuir la confianza en los niños. Lo ideal es balancear la necesidad de proteger con la necesidad de los niños para realizar nuevas tareas y retos.

6. Dejar que cometa errores: Esto deja lecciones invaluable para desarrollar la confianza en los niños. Si por ejemplo el niño (a) quiere usar una chamarra en verano, dejarlo y cuando tenga calor se puede cargar en una bolsa una playera oculta, para cambiarlo cuando este tenga calor. Pero cuando se arrepienta en lugar de recriminarlo diciéndole: "te lo dije", se puede decir: "¿qué te parecería cambiar la chamarra por esta playera? ya que está haciendo mucho calor". De esta manera no se dañará su autoestima y entenderá que tiene derecho a equivocarse. Otro ejemplo: para niños pequeños: comprarle una playera que pueda manchar mientras aprende a usar los cubiertos mientras come, o para cepillarse los dientes, dibujar, entre otros.

7. Celebrar lo positivo: es mucho más fácil destacar los errores de un niño que sus logros; así que se debe hacer el esfuerzo por reconocer las cosas que hacen bien. Por ejemplo: cuando llega el papá del trabajo, la esposa puede decir: "mira, el niño recogió sus juguetes hoy...", para ello se debe ser específicos, en lugar de decir: "bien hecho", decir "Gracias por esperar pacientemente en la fila" por ejemplo.

8. Escuchar con empatía: si el niño necesita decirnos algo, dejar de hacer lo que se está haciendo y escuchar con atención a sus emociones sin juzgarlo. Por ejemplo: “sé que estas triste porque tu amigo se tuvo que ir...”. Al aceptar sus emociones sin juzgarlo y validar sus sentimientos, al compartir todo su ser con empatía, aumentará la confianza en sí mismo para expresarse con libertad y honestidad en la adultez.

9. Proveerle de valor: todos los niños requieren de signos de aprobación y motivación por parte de sus padres, así que se deben usar frases tales como: “creo en ti”, “te vi en el show”, “sigue adelante”, “tu puedes”. Proveerles valor significa reconocer sus progresos, y no solo recompensar objetivos logrados al 100%. Por ejemplo: Agradecer por recoger los libros, aun cuando se le hayan caído algunos. Sonreír con amor mientras trata de usar los cubiertos, aunque la comida caiga de ellos, darles un abrazo por participar en el concurso de canto, reconocer el esfuerzo por haber sacado un 8 de calificación, entre otros.

10. Saber diferenciar entre autoestima y soberbia: hay una gran diferencia entre fomentar la autoestima y la soberbia, la soberbia fomenta que el niño crea que es el único bueno, por ejemplo: cuando los padres le dicen: "tu lo hiciste mejor que los demás niños, los demás cometieron errores, en cambio tu lo hiciste perfecto". Se debe tener cuidado con eso y tratar de balancear los puntos anteriores para no cometer el error de aplicar el extremo opuesto.

La Autoestima y los Niños

Hay personas muy importantes en la vida de los niños. La confianza que estas personas tienen en el niño puede afectar su autoestima. Normalmente son el papá, la mamá, los hermanos y hermanas y los abuelos. También pueden ser las encargadas de guarderías, los maestros, los líderes juveniles, y las estrellas de televisión también son importantes. Las personas que son importantes para los niños tienen una gran influencia en el desarrollo de la autoestima.

Por lo general, los niños con autoestima positiva presentan las siguientes características:

- Hacen amigos fácilmente.
- Muestran entusiasmo en las nuevas actividades.

- Son cooperativos y siguen las reglas si son justas.
- Pueden jugar solos o con otros.
- Les gusta ser creativos y tienen sus propias ideas.
- Demuestran estar contentos, llenos de energía, y hablan con otros sin mayor esfuerzo.

Por el contrario los niños que poseen una autoestima negativa presentan las siguientes características:

- "No puedo hacer nada bien."
- "No puedo hacer las cosas tan bien como los otros."
- "No quiero intentarlo. Se que no me va ir bien."
- "Se que no lo puedo hacer."
- "Se que no voy a tener éxito."
- "No tengo una buena opinión de mi mismo."
- "Quisiera ser otra persona."

Algunas acciones que pueden debilitar la autoestima de los niños y perjudicarles son:

- Tener demasiadas o muy pocas expectativas de los niños.
- Gritarles o criticarles demasiado especialmente en frente de otros.
- Criticarlos más de lo que se elogia o se le agradece.
- Utilizar adjetivos como tonto, estúpido, flojo y descuidado.
- Al cometer errores, decirles que han fracasado.
- Sobreprotegerles o descuidarlos.

2.4 Niños Inseguros y temerosos: cómo ayudarlos a despegar

La inseguridad o temor en los niños son emociones hasta cierto punto normales, son reacciones espontáneas que incluso los adultos sentimos cuando hay alguna situación que no manejamos o conocemos del todo, o ante aquello que nos representa algo nuevo o desconocido, o ante una amenaza a nuestros intereses o integridad. Sin embargo, la inseguridad y el temor pueden empezar a rebasar ciertos límites, y a afectar de modos no positivos la actitud y disfrute de la vida

de los pequeños, provocando no sólo una personalidad reservada o poco participativa, sino afecciones de todo tipo debido a la gran inseguridad o temor en los niños son emociones hasta cierto punto normales, son reacciones espontáneas que incluso los adultos sentimos cuando hay alguna situación que no manejamos o conocemos del todo, o ante aquello que nos representa algo nuevo o desconocido, o ante una amenaza a nuestros intereses o integridad. Sin embargo, la inseguridad y el temor pueden empezar a rebasar ciertos límites, y a afectar de modos no positivos la actitud y disfrute de la vida de los pequeños, provocando no sólo una personalidad reservada o poco participativa, sino afecciones de todo tipo debido a la gran tensión interior que padecen órganos y sistemas cuando el cuerpo está sometido al temor de forma constante y prolongada.

¿Qué es lo que causa la inseguridad y el temor en los pequeños?

En realidad hay muchas cosas que pueden hacer sentir a un pequeño inseguro o temeroso. Pero hay una causa fundamental: el ambiente alrededor del niño. Un ambiente no propicio para fomentar la seguridad en los niños es hasta cierto punto fácil de detectar: cuando hay adultos en su convivencia cotidiana que le exigen demasiado a los pequeños, que son intolerantes o poco pacientes ante los errores o el ritmo o tiempo con el que cada niño aprende y asimila ya sea una instrucción o un nuevo conocimiento. La reprobación o crítica constante a los pequeños pueden generarles una verdadera desconfianza en si mismos y un dolor emocional fuerte, privándoles poco a poco de la espontaneidad para acercarse al mundo y descubrirlo, y aprender a convivir con él, tan sólo porque corren el riesgo de equivocarse o ser rechazados, juzgados o menospreciados. La constante corrección de los adultos a los pequeños va minando poco a poco la intuitiva exploración de los niños y su brillante personalidad inquisitiva y creadora que a esta edad está fresca y llena de fuerza, llenándolos a la larga de mucha frustración, inconformidad y desesperación cuando no saben que exactamente hacer para conciliar el sentimiento de lo que quieren y desean expresar con ese agresivo mundo de afuera como bien lo perciben.

Cabe valorar, además, que un niño intimidado puede ir escondiéndose del mundo de una forma que muchas veces no nota el adulto, es decir, puede ir formando una serie de defensas, actitudes y reacciones para no ser “atacado”, es decir, se esconde del adulto que le representa una amenaza

bajo una serie de defensas cómo hacerse el fuerte (cuando se siente muy vulnerable, o no contestar (y guardarse) lo que en verdad siente, o fingir que no le importa o que ha comprendido (cuando no ha comprendido ni quiere hacerlo), entre otros. Todas estas defensas y emociones contenidas son pequeños puños de arena que van llenando un costal en su interior de disconformidad que no tardará en saturarse, sobrecargarse y “explotar”, causando entonces una serie actitudes ya sea de rebeldía, de frustración o una personalidad acorazada, es decir, constantemente a la defensiva o una serie de reservas que le impedirán acercarse o relacionarse emocionalmente con las personas, experiencias y/o circunstancias, lo cual podría construir en el futuro adulto una personalidad frívola, distante, “actuada”, entre otros, el “niño” estará impedido a gozar, crear y experimentar la vida de formas plenas.

Reacciones que genera el temor en el cuerpo y soluciones

Además de las consecuencias a nivel psicológico y conductual, es muy interesante observar como la tensión que genera origina la inseguridad o el temor va creando cantidad de tensiones que se van asentando poco a poco en los músculos, órganos y sistemas del cuerpo, provocando toda una serie de reacciones no positivas que a la larga pudieran derivar en enfermedades o malestares.

La incontinencia infantil, por ejemplo, se debe en gran parte a que el niño se siente amenazado o intimidado constantemente (y por lo general) por uno de los padres; el bajo rendimiento escolar, las contracturas y tensiones musculares, los problemas digestivos, articulares, mala circulación, dolores de cabeza, tartamudeo, problemas de aprendizaje, miopía (por la tensión acumulada en el globo ocular), calambres, problemas cardíacos, entre otros, son algunos de los malestares que pueden derivar del temor o la constante inseguridad.

¿Qué hacer con los niños inseguros y temerosos?

Los niños que son reservados y que tienden a que los demás abusen de ellos, que no participan y poco se relacionan con los demás o lo hacen con mucha dificultad, son niños que sin duda se sienten constantemente agredidos o criticados. Hay que vigilar el mundo emocional de estos pequeños y encontrar la causa que puede estar haciéndoles sentirse retraídos o contenidos emocionalmente, intentar crearles, antes que nada, un espacio de exploración ya sea en la casa o escuela que les permita equivocarse “sin que el mundo se les venga encima”, darles confianza en

que se expresen y digan lo que sienten y piensan, formar diálogos constructivos con ellos, darles paciencia e incitarles su creatividad. Esto, sin duda, requiere de mucho amor y entendimiento por parte del adulto, el cual, muchas veces carece de la paciencia, tiempo o comprensión que son claves necesarias para cultivar la confianza y seguridad en los niños. Sin embargo, debe valorarse indiscutiblemente estos tres puntos si en verdad se desea cultivar un mundo saludable y fuerte en los niños.

Niños violentos-inseguros

Los niños violentos en las escuelas pueden también ser una muestra de la inseguridad o temor que sienten en casa o en la misma escuela. Un niño prepotente, por ejemplo, que parece muy seguro de si, puede haber transformado su inseguridad, temor o incluso miedo en una actitud contraria pero forzada, es decir, una personalidad que parece segura pero que por otro lado es abusiva o desconsiderada con los demás, lo cual demuestra que el niño se ha formado un escudo de frialdad para no demostrar su inseguridad y no parecer vulnerable ante los demás, así que intimida con su actitud, esa es su defensa. Un niño que parece muy confiado pero que abusa de los demás puede estar sufriendo de una terrible inseguridad o temor, y es necesario no rezagarlo ni discriminarlo o hacerlo sentir culpable por cómo actúa o se comporta, esto sólo fomentara su defensa y no se construirá nada positivo con el castigo o el rezago. Antes que nada, se debe atender, como en el caso anterior, la causa que está generando que el pequeño sea violento o se sienta aislado emocionalmente de los demás. Si un adulto se acerca a un niño violento con un diálogo amigable, firme y prudente, que estimule la confianza del niño, sin duda puede romper en un momento o poco a poco las corazas que ha construido el pequeño, el tiempo dependerá de que tanto el niño haya aprendido a estar a la defensiva, no se abrirá tan fácilmente si siente cualquier amenaza a lo que es y siente.

Niños sin límites

Debe acentuarse también que la falta de límites puede volver a un niño inseguro y temeroso, pues al no tener límites interiores podría sentirse "débil" a la hora de actuar, confundido al no saber exactamente qué hacer o cómo actuar en determinados momentos. Es importante marcar

límites al niño, evitar la indulgencia y hacerlo que experimente las consecuencias de las cosas, pero no de forma discriminativa sino siempre de forma que el pequeño pueda aprender en base a la causa y el efecto, y no a la reprobación y el castigo.

Es necesario que el adulto que se relaciona cotidianamente con un niño inseguro, y que tiene el interés de ayudarlo, se auto-observe y aprenda a reconocer actitudes en él mismo que sean impacientes, intolerantes y hasta perfeccionistas o exigentes, que escuche su tono de voz cuando habla, que observe las palabras que usa y observe su modo de dirigirse al pequeño. Muchas veces con este reconocimiento y con un cambio positivo en la actitud o actitudes en los adultos alrededor, el niño simplemente empieza a sentirse más confiado, y poco a poco modificaría su actitud sin necesidad de ir a terapia especial.

2.5 Desarrollo del lenguaje en el niño

A lo largo de este primer año, se producirá la adquisición del lenguaje:

- * Dos o tres meses se observa un aumento en la calidad y variedad de las vocalizaciones, dando lugar al balbuceo.

- * Segunda mitad de este año, el bebé irá dejando de utilizar ciertos sonidos, para centrarse en pronunciar aquellos que pertenecen a la lengua de su entorno.

- * Alrededor del año (hablamos en términos medios) se producirá la emisión de la 1ª palabra. El organismo va a ir madurando en todos sus aspectos, y junto con la acción del medio va a hacer que el bebé vaya evolucionando. El lenguaje se irá desarrollando de forma importante, sobre todo.

- * Año y medio es importante que el niño vaya ejercitando este aprendizaje con un adulto. Se puede aprovechar su interés por los cuentos. Irá perfeccionando la comprensión del lenguaje, así como desarrollando el suyo propio. En estos momentos, existe un desfase entre la comprensión y la producción de dicho lenguaje, ya que la primera está más avanzada que la segunda.

* Si más allá de los 18 meses, no se ha producido la emisión de la primera palabra, será necesario consultar a un especialista infantil. En este período, existe entre los niños gran desigualdad respecto al lenguaje; la estimulación del medio marcará la diferencia, así como el nivel de inteligencia y de afectividad del niño. Podemos contribuir a enriquecer su lenguaje, hablándole, describiéndole las cosas que ve, lo que hace o ve hacer,...siempre pronunciando con claridad, respondiendo a sus preguntas (ésta es una edad preguntona). Es importante procurar no anticiparse a sus deseos antes de que los exprese verbalmente: ello le llevará a ejercitarlo más. Esta etapa es un punto culminante en el desarrollo del niño. Es un momento crucial: se produce la toma de "conciencia de sí mismo"; esto puede reconocerse en el uso que hace de los pronombres personales.

* Al final del 3er año el niño empezará a hablar de sí mismo en primera persona y no en tercera. En esta edad hay una reestructuración global de todas las funciones psíquicas. Normalmente, a esta edad suele haber terminado la etapa del "no" o del negativismo. Ello hará que esta edad sea más fácil de tratar. Su lenguaje va perfeccionándose, sobre todo a nivel de construcción: utilizará artículos, preposiciones, conjunciones, entre otros. Lenguaje y memoria se desarrollan mucho a esta edad. En el lenguaje apenas comete errores; se acerca casi totalmente al lenguaje adulto. Si se detectan sería signo de alarma y motivo de consulta con el especialista infantil. No debe abandonarse la evolución del trastorno al azar; es conveniente reeducar el lenguaje del niño antes de que se inicie en el aprendizaje de la lectoescritura, pues se agravaría su problema. En cuanto a la memoria, no olvidemos que retendrá siempre con más facilidad aquello que sea de su interés y ahora lo hará claramente. Si se detectan defectos de pronunciación en el lenguaje será conveniente consultar a un especialista infantil.

* De seis a siete años

El principal objetivo del curso será el aprendizaje de la lectoescritura. Si el niño está maduro para ello, en poco tiempo aprenderá. Para ello deberán darse una serie de condiciones:

- Un dominio suficiente del lenguaje hablado (que distinga sonidos, palabras,...)
- Que su inteligencia se encuentre ya en el nivel analítico, es decir, que sea capaz de aislar y diferenciar formas, componer y descomponer grupos de letras,...

- Buena lateralización
- Buena organización del espacio y del tiempo
- Una visión y audición dentro de la normalidad
- Buena psicomotricidad

Es importante no forzar al niño a iniciarse en la lectura, por el hecho de tener 6 años. Tendrán que revisarse las condiciones mencionadas, y trabajar la o las que falten, para que más adelante pueda darse dicho aprendizaje sin problemas. Forzar al niño y dramatizar su fracaso en la lectura, sólo provocaría en él un rechazo total hacia todo lo relacionado con la lectura, y por extensión a otras asignaturas, viéndose así afectado su éxito escolar.

El cálculo será el otro aprendizaje importante del curso: clasificar, ordenar, aprender las series de números,... Para ello, se requerirán las mismas condiciones que para la lectoescritura.

Con frecuencia a esta edad se da una nueva fase de "por qué". Sabe conversar con fluidez.

Muestra interés por los cuentos clásicos, y por la naturaleza, los animales, las plantas,... Conoce algunos de estos cuentos de memoria y es capaz de contarlos.

Señales de alarma de un posible problema

- Un niño que no reacciona al sonido o que no vocaliza sería un buen motivo de preocupación.

Entre los 12 y los 24 meses, otros motivos de preocupación incluyen los siguientes:

- Con 12 meses, no utiliza gestos, como señalar o despedirse con la mano
- Con 18 meses, prefiere comunicarse con gestos, en vez de con vocalizaciones
- Con 18 meses, tiene dificultades para imitar sonidos
- Tiene dificultades para entender comandos verbales simples

Si un niño es mayor de dos años se debe solicitar una evaluación profesional del niño si:

- Solo imita el habla o los actos ajenos pero no genera palabras o frases de forma espontánea
- Solo produce determinados sonidos o palabras de forma repetida y no puede utilizar el lenguaje oral para comunicar más que sus necesidades inmediatas
- No puede seguir instrucciones simples

- Tiene un tono de voz o una pronunciación extraña (áspera o nasal, por ejemplo)
- Cuesta más entenderle de lo que sería esperable por su edad. Los padres y cuidadores habituales deberían entender la mitad del habla de un niño de dos años y aproximadamente tres cuartas partes del habla de uno de tres años. Con cuatro años, a un niño se le debería entender prácticamente todo, incluso personas que no lo conocen.

2.6 Depresión infantil

¿Qué es la depresión infantil?

El término "depresión" hace alusión a tres conceptos relacionados: un síntoma, un síndrome y un trastorno.

Por un lado, el término "depresión" hace alusión a un síntoma, la tristeza o el estado de ánimo deprimido, y como tal está presente en la mayor parte de los trastornos psicopatológicos y en otras condiciones médicas. De hecho, el sentirse triste o "depre" es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos y los niños no son ajenos a este sentimiento. Sin embargo, estos estados de ánimo bajo tan frecuentes en cualquier niño y adulto deben diferenciarse de la tristeza o del estado de ánimo deprimido entendidos como síntoma. Por otro lado, la depresión también hace referencia a un síndrome, es decir, a un conjunto de síntomas relacionados que aparecen y desaparecen conjuntamente y que suele estar formado por los síntomas de tristeza, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, enlentecimiento psicomotor, insomnio, ideas de suicidio, falta de apetito, pérdida de peso, y dificultad para concentrarse. Un síndrome que en muchos casos encontramos en los niños, especialmente acompañando a otros trastornos mentales (p. ej., trastornos obsesivos-compulsivos, de ansiedad por separación) y a muchas enfermedades médicas (p. ej., cáncer).

Finalmente, el término depresión alude también a un trastorno, es decir a un síndrome depresivo para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración (p. ej., los síntomas aparecen la mayor parte del día, casi cada día, durante un período mínimo de 2 semanas), gravedad (p. ej., el síndrome incluye al menos cinco síntomas y éstos provocan un malestar clínicamente significativo), curso o historia natural (p. ej., los síntomas representan un cambio respecto a la

actividad previa) y disfuncionalidad (p. ej., los síntomas provocan deterioro social, escolar), y, además, se han descartado algunas posibles causas (p. ej., enfermedades médicas, ingestión de medicamentos o drogas, duelo, esquizofrenia).

En definitiva, es casi seguro que todos los niños han estado alguna vez tristes en su vida y, es posible, que algunos de ellos hayan experimentado alguna vez un síntoma de depresión, pero es mucho más improbable que hayan sufrido un síndrome depresivo o un trastorno depresivo tal y como se definen clínicamente.

Actualmente, la opinión más consensuada es que la fenomenología básica de la depresión es siempre la misma en cualquier edad, pero que ésta modifica la frecuencia de algunos síntomas y la expresividad sintomatológica de la mayoría. Así, se definen los mismos tipos de depresión que en los adultos y sólo se matizan ligeramente la frecuencia de algunos síntomas y sus características. Por ejemplo, en los niños síntomas tales como las afecciones somáticas o el retraimiento social pueden ser particularmente frecuentes, mientras que síntomas como el enlentecimiento psicomotor o la hipersomnia son menos corrientes que en la adolescencia o en la edad adulta.

Los dos tipos más comunes de depresión en los niños son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. El trastorno depresivo mayor (a veces denominado depresión unipolar) se caracteriza por la presencia la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, de estado de ánimo triste o irritable, o de pérdida de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Además, durante ese período el niño también experimenta al menos otros cuatro síntomas de una lista de siete que incluye cambios de apetito o peso (o incapacidad para conseguir el peso apropiado para su edad), cambios en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnia) y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Cuando la aparición de estos síntomas no se ha producido por el efecto directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas, o no se explica mejor por la muerte reciente de un ser querido, y cuando

tales síntomas se experimentan con un intenso sufrimiento e interfieren con la capacidad para estudiar, jugar o salir con los amigos y, en general, con el funcionamiento cotidiano del niño, estamos ante la presencia de un trastorno depresivo mayor. No todos los niños con trastorno depresivo mayor padecen de todos los síntomas y con la misma duración. La gravedad de los síntomas varía según el niño y también puede variar con el tiempo. Algunos padecen de unos pocos síntomas, otros tienen muchos; algunos experimentan tales síntomas durante semanas, otros durante meses.

El trastorno distímico o distimia es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas depresivos no tan incapacitantes como los del trastorno depresivo mayor, pero que, sin embargo, son muy prolongados, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño. En concreto, la distimia en los niños se caracteriza por la presencia durante un período mayor a un año de un estado de ánimo triste o irritable prácticamente a diario y la presencia adicional de al menos dos de los siguientes seis síntomas: baja autoestima, pesimismo o desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el patrón de sueño, falta de energía o fatiga, y dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Estos síntomas pueden variar en intensidad a lo largo de los años o incluso desaparecer durante períodos breves de tiempo que no suelen durar más de dos meses.

En resumen, la depresión, como trastorno, afecta a todos los aspectos de la vida cotidiana de un niño y conlleva cambios importantes en su forma de sentir, de pensar y de comportarse, así como cambios físicos. Estos cambios no indican falta de carácter o una debilidad personal; la depresión no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Sin embargo, la inmensa mayoría de los niños que padecen de depresión puede mejorar con el tratamiento adecuado.

¿A quiénes afecta la depresión infantil?

Aunque la depresión puede afectar a todo tipo de niños, existen algunos especialmente vulnerables a padecerla. Los trastornos depresivos mayores y los distímicos son aproximadamente dos o tres veces más frecuentes entre los hijos de las personas que sufren estos trastornos que entre los hijos de las personas sin depresión. Sin embargo, no se sabe con

seguridad si este aumento en el riesgo significa que la depresión se hereda genéticamente. Puede que ese aumento también refleje la influencia de factores psicosociales, por ejemplo, factores relacionados con el ambiente familiar y con el aprendizaje por observación de comportamientos paternos poco adaptativos.

¿Cómo detectar la depresión infantil?

Con frecuencia los niños se sienten cansados, tristes, irritables, culpables o cansados. Sin embargo, es preciso diferenciar la tristeza normal de un niño del estado de ánimo triste como síntoma de depresión, así como diferenciar un estado normal de falta de motivación del síntoma de desinterés persistente en la depresión; o diferenciar las pocas ganas de comer de la pérdida de apetito como síntoma depresivo. Para diferenciar lo que podría considerarse "normal" de aquello que consideraríamos "síntoma" de depresión hay que valorar la frecuencia, intensidad y duración de estos comportamientos. Así, por ejemplo, la tristeza "normal" se convierte en síntoma de depresión cuando dicha tristeza es tan intensa que le hace llorar, y cuando esa tristeza aparece con mucha frecuencia y durante mucho tiempo, por ejemplo, casi cada día durante al menos dos semanas.

Otro elemento clave para detectar la presencia de síntomas depresivos y distinguirlos de comportamientos más o menos "normales" y pasajeros, es el grado de interferencia que producen los supuestos síntomas en la vida diaria del niño. En la medida en que la tristeza, la irritabilidad, el desinterés, los sentimientos de inutilidad o el insomnio, por ejemplo, interfieran con la actividad escolar o social del niño, es probable que nos encontremos ante un problema depresivo.

Un tercer aspecto clave para la detección de la depresión infantil es la conveniencia de valorar los síntomas en relación a los niveles previos y al funcionamiento habitual del niño. Así, por ejemplo, no mostrar interés por jugar al escondite con los compañeros de clase, no puede ser considerado como un síntoma cuando anteriormente el niño tampoco mostraba interés por esta actividad.

También es importante recordar (1) que los síntomas clave de la depresión son la pérdida de interés en cosas que anteriormente el niño encontraba placenteras y la tristeza; (2) que la tristeza puede a veces no ser evidente y, en su lugar, aparecer sentimientos de irritabilidad o enfado en forma de explosiones de genio ante sucesos triviales, insultos, peleas, y el derrumbarse por nimiedades; y (3) que los síntomas y su expresión varían con la edad. En este sentido, la siguiente tabla muestra las principales características de la depresión infantil según los grupos de edad (Méndez, 1998):

MENORES DE 6 AÑOS	6 -12 AÑOS	13-18 AÑOS
Irritabilidad y tristeza	Tristeza	Tristeza, variabilidad, irritabilidad (malhumor, ira y rebeldía)
Menos juego con amigos	Aburrimiento	Pasotismo
Problemas con las comidas, pérdida de apetito, no ganancia de peso, pérdida de peso, engullir		Pérdida de apetito, ganancia lenta de peso, pérdida de peso, comer en exceso, obesidad
Pesadillas, terrores nocturnos, resistencia a irse a la cama, insomnio intermedio		Insomnio, hipersomnía
Menos actividad física	Hipomotilidad, agitación	
		Cansancio, fatiga , falta de energía
"Tonto", preocupación por el castigo, preocupación por el fracaso	Baja autoestima, autodesprecio, autoagresividad, autocrítica, sentimientos de culpa	Preocupación imagen corporal, baja autoestima, autodesprecio
	Problemas atencionales	Menos pensamiento abstracto, indecisión
Autoagresiones en la cabeza, arañazos, tragarse objetos, mayor riesgo de lesiones	Ideas, planes e intentos de suicidio	Ideas, planes e intentos de suicidio y suicidios violentos

Finalmente, es siempre recomendable cotejar nuestras sospechas con diversas fuentes de información: el propio niño, los padres, los maestros, los amigos y compañeros del colegio. Hay que advertir, sin embargo, que es frecuente la falta de concordancia entre las mismas.

En general, los padres informan mejor sobre los problemas somáticos como, por ejemplo, las alteraciones en el sueño y la comida; los maestros sobre problemas de conducta, y los propios niños sobre los síntomas más encubiertos (p. ej., los sentimientos de tristeza, irritabilidad, inutilidad, culpa, las ideas de suicidio, entre otros), aunque estos últimos, si son menores de 6 años, pueden tener problemas para informar de forma fiable sobre sus estados de ánimo y para distinguir entre distintas emociones.

¿Qué causa la depresión infantil?

Aunque las causas de la depresión son complejas y pueden variar de un niño a otro, hoy se conocen diversos factores que incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle una depresión. Algunos de estos factores son biológicos, otros son ambientales y otros psicológicos y, generalmente, las causas de la depresión incluyen una combinación de todos ellos ya que, de hecho, parecen existir procesos de interacción entre ellos.

Para algunos investigadores y profesionales la mayoría de las depresiones se producen por desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores (las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), especialmente por una reducción en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina. No obstante, esta explicación no resuelve del todo la cuestión del origen de la depresión ya que plantea a su vez la pregunta de cuál es la causa de esos desarreglos bioquímicos. La investigación ha demostrado que estos desarreglos pueden ocurrir en respuesta a factores ambientales como los acontecimientos estresantes, especialmente los acontecimientos que supongan la pérdida de algo que el niño considera importante. Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres por muerte o separación, la muerte de un abuelo, el cambio de colegio, el fracaso escolar, el rechazo social, las malas notas o una enfermedad grave pueden precipitar un episodio depresivo en un niño. Sin embargo, todo los niños, tarde o temprano, se

ven sometidos a alguno de estos acontecimientos y, aún así, sólo un 5-10% de los niños desarrollan una depresión.

Una posibilidad es que ciertos niños hayan heredado una predisposición biológica a un mal funcionamiento de los mecanismos de regulación de los neurotransmisores que hace que sea más fácil que cualquier acontecimiento estresante, por leve que sea, desencadene desequilibrios en los niveles de serotonina, norepinefrina o dopamina. De hecho, en algunas familias el trastorno depresivo mayor se presenta generación tras generación. Sin embargo, no todos los niños que tienen la predisposición genética para la depresión la padecen y ésta también puede afectar a niños que no tienen una historia familiar de depresión.

Otra posibilidad es que ciertos niños tengan una predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión que habrían adquirido a lo largo de su vida por el tipo de educación, ambiente familiar o social, aprendizajes y circunstancias vitales que habrían experimentado. Esta vulnerabilidad psicológica facilitaría que esos niños sufran más acontecimientos estresantes, y que su impacto sea más adverso y duradero. Entre los factores psicológicos de vulnerabilidad identificados destacan las actitudes disfuncionales, el estilo atribucional negativo y los déficit en habilidades sociales y de solución de problemas (Asarnow y Bates, 1988; Asarnow y cols., 1987; Cole y Rehm, 1986; Kaslow y cols., 1988; Kupersmidt y Patterson, 1991).

Las actitudes disfuncionales (o creencias irracionales) son creencias que establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la propia valía (p. ej., "si no hago las cosas siempre bien seré un inútil y mis padres y mis amigos no me querrán", "si alguna vez disgustas a un amigo no puedes ser feliz"). Las actitudes disfuncionales favorecen la aparición de la depresión porque es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del niño por cumplir tales condiciones (todos los niños cometen alguna vez fallos y siempre hay algún amiguito a quien, con razón o sin razón, no caen bien), de forma que estas actitudes facilitan que tales acontecimientos cotidianos se vivan como estresantes y que conduzcan a pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo, el mundo y el futuro ("soy un inútil", "los niños de clase no quieren ser mis amigos y se ríen de mí" y "nunca tendré

amigos") o, lo que es lo mismo, a una baja autoestima, indefensión y pesimismo, lo que a su vez provocará el resto de síntomas depresivos.

Igualmente, la tendencia a pensar que la causa de todos los acontecimientos negativos que les ocurren está en ellos mismos, que esa causa afectará a todo lo que hagan y que no cambiará (estilo atribucional depresivo; p. ej., "me han suspendido en "mates" por mi culpa, porque soy un torpe y todo me sale mal y nunca podré aprobar nada"), facilita que, cuando tales acontecimientos suceden, provoquen desesperanza e indefensión y, por ende, depresión.

Finalmente, un déficit en el repertorio de conductas que los niños necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas (habilidades sociales y de solución de problemas), favorece que el niño no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes y que, por tanto, el estrés perdure, se intensifique, y que se desencadene una depresión incluso ante un estrés inicialmente muy leve. Por ejemplo, la falta de habilidades sociales podría conducir a un niño que se hubiera cambiado recientemente de colegio a situaciones de rechazo social o de aislamiento social en su nuevo colegio y, por consiguiente, a un incremento de las experiencias negativas (p. ej., burlas, críticas) y a un descenso o ausencia de reforzadores positivos sociales (p. ej., falta de comunicación) y, finalmente, a la depresión. En este sentido, numerosas investigaciones han demostrado que los niños deprimidos presentan un déficit de habilidades sociales y, de hecho, dicho déficit es uno de los mejores predictores de la aparición posterior de depresión (Kupersmidt y Patterson, 1991).

En resumen, hoy se cree que ciertas características específicas (factores de vulnerabilidad o diátesis) de algunos niños hacen a éstos más propensos a una depresión tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes, bien crónicos o bien puntuales. Por ejemplo, aunque se encuentran tasas más altas de depresión entre los niños con enfermedades crónicas como cáncer o diabetes, no todos los niños que padecen dichas enfermedades llegan a sufrir un trastorno depresivo. A su vez, la vulnerabilidad frente a determinados acontecimientos ambientales variaría según la edad. Los niños entre 0 y 6 años se verían más afectados por acontecimientos que tienen lugar en el seno familiar y que están relacionados directa o indirectamente con el apego. Así, la

investigación empírica ha constatado de forma repetida que las condiciones negativas de la familia

están asociadas de forma importante a la depresión infantil (véase la revisión de Del Barrio, 1997). Entre estas condiciones cabe destacar: la depresión de los padres; las malas relaciones matrimoniales; las malas relaciones entre padres e hijos, especialmente las derivadas de un apego o vínculo afectivo adulto-niño mal establecido o roto por abandono, muerte o institucionalización, y las derivadas de actitudes coercitivas por parte de los padres que impiden a los niños desarrollar su propia autonomía y que establecen metas inalcanzables para los hijos en función de expectativas poco realistas; las malas relaciones entre los hermanos; la existencia de normas inadecuadas de crianza, y la ruptura familiar bien por divorcio o por fallecimiento de algún miembro de la familia. Por su parte, los niños entre 7 y 12 años empezarían a verse afectados también por acontecimientos extrafamiliares como, por ejemplo, acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar (p. ej., fracaso escolar, malas notas), la interacción con compañeros (p. ej., aislamiento social, rechazo, cambio de colegio) o la competencia en deportes y juegos. Por ejemplo, investigaciones recientes (Moreno y cols., 1995, 1996) han descubierto que el fracaso escolar o las malas notas es uno de los acontecimientos estresantes más frecuentes entre los niños españoles y se encuentra asociado de forma significativa con la aparición de sintomatología depresiva.

¿Qué podemos hacer ante la depresión infantil?

Existen varios tratamientos para la depresión infantil, tanto psicológicos como farmacológicos, aunque sólo algunos de ellos presentan hoy en día garantías científicas suficientes sobre su eficacia. Los resultados de un reciente estudio meta-analítico de Michael y Crowley (2002) permiten concluir que el tratamiento de primera elección para la depresión infantil es, actualmente, el psicológico, en particular, las terapias conductual y cognitiva, y ponen de relieve que no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico en la depresión de los niños.

La terapia conductual se centra fundamentalmente en aumentar el número de actividades placenteras que el niño depresivo realiza y en reducir sus experiencias vitales negativas mediante

el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. La realización de las actividades placenteras no sólo elevan el estado de ánimo debido a su carácter de reforzadores positivos, sino también porque distraen al niño de sus rumiaciones cognitivas negativas y combaten directamente el retraimiento, la pasividad y el sedentarismo asociados con los episodios depresivos. Para ello, y mediante protocolos de entrenamiento que incluyen juegos y tareas dentro y fuera de las sesiones, se establece un programa progresivo de actividades placenteras dirigidas a objetivos y se enseña al niño estrategias y habilidades para afrontar las situaciones de estrés y solucionar los problemas que están relacionados con su depresión. En concreto, en un programa conductual se enseñan al niño habilidades sociales, estrategias para manejar los sentimientos de ira, hostilidad, rabia o ansiedad (p. ej., mediante relajación, actividad física, por medio del dibujo o la escritura), habilidades de auto-reforzamiento (presentarse reforzadores positivos uno mismo contingentemente con la realización con éxito de una conducta deseada), habilidades para la toma de decisiones basadas en un análisis de costes y beneficios, estrategias para dividir un problema grande en pasos más pequeños y manejables, entre otros.

El objetivo fundamental de la terapia cognitiva es cambiar las actitudes disfuncionales y los pensamientos negativos que sobre sí mismo, el mundo y el futuro tienen los niños con depresión. Esta clase de terapia va más allá del simple "poder del pensamiento positivo" (como tratan de hacer creer muchos libros de auto-ayuda que pueblan las librerías). Para ello, a lo largo de la terapia se utilizan técnicas de modelado cognitivo, de entrenamiento en autoinstrucciones positivas y de reestructuración cognitiva que, mediante juegos y tareas para realizar dentro y fuera de la consulta, pretenden que el niño aprenda a identificar sus pensamientos negativos, a entender la conexión entre estos pensamientos y los sentimientos y comportamientos sintomáticos que presenta, a evaluar los datos a favor y en contra de tales pensamientos y a sustituirlos por interpretaciones más razonables. En definitiva, la terapia cognitiva trata de ayudar al niño a pensar de una forma más adaptativa para que así pueda mejorar su estado de ánimo, motivación y comportamiento.

Habitualmente, los programas de tratamiento psicológico para la depresión infantil suelen combinar tanto la terapia conductual como la cognitiva, y, además, una parte muy importante de

los mismos se dirige a los padres pues como ya se dijo, los niños hasta los 12 años dependen mucho del comportamiento de éstos. Los objetivos concretos de estas intervenciones con los padres se centran en enseñarles (a) métodos positivos para disciplinar y manejar la conducta de sus hijos, (b) habilidades personales para el control de sus propias emociones de ira y hostilidad, (c) procedimientos para aumentar la autoestima de los niños, (d) habilidades para escuchar empáticamente a sus hijos, y (e) habilidades para planificar actividades recreativas para la familia que estén pensadas para el niño y que se realicen con ellos, de manera que así se incremente el nivel de actividad del niño y se refuercen las conductas no depresivas del niño.

El tratamiento farmacológico de la depresión se basa fundamentalmente en la utilización de los fármacos denominados antidepresivos. Estos fármacos ejercen su acción aumentando los niveles cerebrales de serotonina, norepinefrina, dopamina y otros neurotransmisores. Existen diversos tipos de antidepresivos en función de los mecanismos bioquímicos por los cuales consiguen aumentar los niveles de neurotransmisores y en función de sus efectos secundarios e inocuidad. En los niños, se han utilizado los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Mientras que la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales para la depresión infantil ha sido corroborada por los resultados de varios estudios controlados y está fuera de toda duda, la eficacia de los fármacos antidepresivos es todavía objeto de debate. En contraste con lo que ocurre en el campo de la depresión adulta donde la terapia farmacológica ofrece muy buenos resultados y es considerada tratamiento de primera elección, su eficacia para la depresión infantil no ha sido aún establecida bien porque los datos demuestran que sus beneficios no son superiores respecto a un fármaco placebo o bien porque los datos son escasos, contradictorios y limitados. En el primer caso, se encuentran los antidepresivos tricíclicos para los que al menos 12 estudios controlados no han confirmado su superioridad respecto a un placebo; en el segundo caso se encuentran los ISRS, sobre cuya eficacia apenas hay dos estudios controlados publicados, uno con resultados negativos y otro con resultados positivos, y éste último sin seguimiento. En definitiva, los resultados empíricos hasta la fecha parecen desaconsejar que en la actualidad la terapia farmacológica sea la primera opción terapéutica en el caso de la depresión infantil,

máxime cuando existen serias dudas sobre su seguridad (casi toda la información sobre las pautas y dosis de administración procede de su empleo con adultos) y sobre los posibles efectos secundarios a largo plazo que puede tener sobre el crecimiento y desarrollo de los niños (Dujovne y cols., 1995). De hecho, los organismos oficiales sanitarios de evaluación y control de los medicamentos en países como España o EE. UU. no recomiendan en general el uso de antidepresivos en niños y adolescentes salvo en casos muy específicos y, en consecuencia, apenas han aprobado fármacos con ese fin (p. ej., en España tan sólo se acepta el uso de la clomipramina, la imipramina y la nortriptilina -los tres antidepresivos tricíclicos- en niños menores de 12 años). No obstante, la prescripción de antidepresivos está muy extendida entre los paidopsiquiatras, especialmente la prescripción de ISRS puesto que estos presentan menos efectos secundarios y de menor relevancia que los antidepresivos tricíclicos. Aunque esta práctica es menos frecuente cuando los niños depresivos son más pequeños en edad, llega a ser prácticamente generalizada con niños más mayores (algunos datos indican que el 98% de los paidopsiquiatras prescriben antidepresivos a los niños de 10-12 años con depresión; Toro et al., 1998). Sin embargo, es importante recordar que los ISRS producen efectos secundarios en un 10-20% de los niños, y que apenas hay datos sobre su correcta aplicación o su seguridad en este tipo de población (Toro et al., 1998)

¿Cómo prevenir la depresión infantil?

Decálogo para padres (familiares y educadores) para prevenir la depresión infantil (Méndez, 1998):

1. Predique con el ejemplo

Sonría, muéstrese de buen humor, disfrute sus vacaciones y tiempo libre, piense en voz alta de forma sensata.

2. Ayude a su hijo (sobrino, nieto, alumno) a divertirse y sentirse bien

Programa actividades agradables y divertidas, invite a los amigos de sus hijos, sorpréndale con planes novedosos y atractivos, destaque sus logros, tenga en cuenta sus preferencias.

3. Ahórrele sufrimientos innecesarios

Cuide de su salud (vacunaciones, higiene, hábitos de sueño, alimentación), prepárelo para situaciones estresantes (p. ej., la muerte de un ser querido, el inicio de la escolarización).

4. Promueva la armonía familiar (escolar)

Manifiéstele su cariño de palabra y con hechos, fomente la comunicación familiar, evite las disputas conyugales en su presencia.

5. Edúquelo con afecto y coherencia

Actúe de común acuerdo con su pareja, fije normas de conducta razonables y exija su cumplimiento, sea comprensivo y flexible, colabore con el colegio.

6. Potencie sus cualidades, aficiones y pasatiempos

Inscríballo en un gimnasio o club, despierte su interés por la lectura, la música, el cine, el teatro, las manualidades, el coleccionismo, entre otros. Anímele a probar experiencias enriquecedoras (nuevos sabores, juegos, deportes, entre otros).

7. Entrénelo para tolerar la frustración

No acceda a sus demandas irracionales, ignore sus rabietas, enséñele a respetar su turno, retrasar gradualmente la satisfacción de sus peticiones aplazables, demore progresivamente la gratificación, haga que comparta sus juguetes y pertenencias.

8. Hágalo responsable, no culpable

Valore sus esfuerzos (su estudio, su trabajo), no sus resultados (sus notas, sus ganancias). Fíjete objetivos realistas y felicítelo por alcanzarlos, "¡bien por tus buenas notas!" en lugar de "la próxima vez quiero todas sobresalientes".

9. Moldee un estilo cognitivo racional

Evite las etiquetas y el lenguaje absolutista, "eres un mal hijo", "nunca me haces caso", utilice el método socrático, en vez de facilitarle la solución hágale pensar, "¿qué podríamos hacer para resolver...? ¿y qué más?", converse con él, rebata sus ideas y creencias irracionales.

10. Fortalezca su autonomía

Enséñele destrezas básicas (asearse, vestirse, cocinar, administrar el dinero, entre otros.), dele la oportunidad de que practique, ayúdele todo lo necesario pero no le resuelva sus problemas, permítale participar progresivamente en la toma de decisiones.

2.7 Convulsiones Febriles

Definición. Las convulsiones febriles son acontecimientos convulsivos que son considerados benignos (no asociadas con problemas serias), ocurriendo entre 6 meses y 6 años de edad. Las convulsiones típicas febriles es evento convulsivo que dura aproximadamente uno a cinco minutos. Este por lo general ocurre con la subida rápida de la fiebre y consiste en sacudidas rítmicas de las extremidades, movimientos de los ojos, no reacciona, a veces cianosis (decoloración azulada alrededor de la boca y las puntas de las extremidades), seguido por de 30 minutos de somnolencia y confusión. Cuando la temperatura se normaliza, el niño puede volver a su normalidad. En ocasiones, la convulsión febril puede ocurrir diferentemente, no convulsivo (sin sacudidas), presentándose con una pérdida del tono y del conocimiento o con rigidez del cuerpo.

Rasgos complejos. Algunos niños pueden tener convulsiones febriles complejas. Los rasgos complejos incluyen lo siguiente:

Duración, más de 20 minutos.

Focal cuando la convulsión ocurre en un lado del cuerpo

Múltiple, cuando más de una convulsión ocurre durante un período de 24 horas.

La importancia de los rasgos complejos es de un riesgo más alto de epilepsia futura; de más complejos los rasgos, más alto es el riesgo de epilepsia o convulsión sin fiebre. Generalmente si

un niño tiene una convulsión simple febril el riesgo de epilepsia es el 2 % comparado al 1 % en la población general. El riesgo de futuras convulsiones febriles es aproximadamente del 30 %, o el 50 % si la primera convulsión ocurriera antes de un año de edad. También, cuanto más bajo es la temperatura que provocó la primera convulsión febril, más alto es el riesgo para futuros eventos de convulsiones febriles.

Tratamiento. El tratamiento para la convulsión febril es por lo general innecesario. La disminución de la temperatura con Tylenol o Motrin es por lo general ineficaz. Anticonvulsivantes pueden ser usados en situaciones pocos usuales, fenobarbital por lo general continuo o Depakene (Depakene después de 3 años de edad). El valium oral como premedicación, dada intermitentemente durante enfermedades febriles es muy eficaz y no requiere la administración de medicamentos continuos y el monitoreo. Este es la primera opción para convulsiones febril que requiere tratamiento.

Efectos a largo plazo. Las convulsión febriles, no se consideran, que causen daño al cerebro. Los estudios han mostrado no diferencia en la inteligencia entre niños que sufren de convulsiones febriles con sus hermanos (o gemelos) quienes no tienen convulsiones febriles. Algunos estudios recientes hasta sugieren que las funciones de memoria mejoran en niños que han tenido convulsiones febriles.

Complicaciones. Las complicaciones de convulsiones febriles son raras y tienen que ver sobre todo con convulsiones febriles focales y prolongadas. Epilepsia futura, sobre todo con convulsiones recurrentes focales, ha sido reportada. El compromiso respiratorio es raro y puede ser causado por convulsiones prolongadas que afectan los músculos respiratorios y la respiración. La esclerosis temporal mediana, o cicatrices de la parte interior del lóbulo temporal, llamado el hipocampo, son una condición "que se piensa que es causado por recurrentes convulsiones febriles focales. El hipocampo, de ser dañado, es altamente epileptígeno (causando convulsiones). Si la esclerosis mediana temporal se desarrolla, esta tiene que ver con una forma de epilepsia (convulsiones complejas parciales), difícil de controlar. Esta, sin embargo, es una complicación rara y cuestionable de convulsiones febriles.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Programa del curso



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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PROGRAMA DE ESTUDIO

Carrera:	PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL	Ciclo:	2011
Nombre del Curso:	PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA V	Código:	5237
Pre-requisito:	PRÁCTICA IV	Código:	
Trimestre:	I-II-III	Jornada:	Sábados
Nombre del Catedrático:	Licda. Cynthia Brenes	Sección:	Única
Extensión:	El Naranjo		

FECHA DE RECEPCIÓN	MES	AÑO			
	01	2,011	Sello Registro y Control Académico	Firma Catedrático	Vo.Bo. Decano

II. Propósito del Curso

LA PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA es dada durante el último año de la carrera de Psicología y consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los

años anteriores de manera profesional.

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

III. Objetivos

Generales

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

Específicos

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

IV. Contenido Temático del Curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico

2. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
3. Trabajo en comunidades de riesgo
4. Detección de situaciones de resiliencia
5. Creación de programas y proyectos

V. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

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

La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

Los alumnos deberán seguir los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso.

Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.

VI. Formas o Técnicas de Evaluación

Las áreas a evaluar les son informadas a los alumnos en cada una de las fases, pues estas cambian en función de las actividades realizadas.

Cada inicio de fase se les entrega un MEMO, abordando las áreas que deben reforzar y sobre las cuales se evalúa.

El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.

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

Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

3.2 Cronograma de actividades

I TRIMESTRE

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
Enero	
Sábado 22	Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Sábado 29	Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero	
Sábado 5	Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Sábado 12	Idem
Sábado 19	Primera parte: presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 26	Primera parte: presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo	
Sábado 5	Primera parte: Presentación de caso 3

	Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero
Sábado 12	Primera parte: Presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional
Sábado 19	Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 26	Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril	
Sábado 2	Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo Entrega de planificación de talleres
Sábado 9	Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Sábado 16	Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 23	ASUETO SEMANA SANTA
Sábado 30	Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo	
Sábado 7	Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril

II TRIMESTRE

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
Mayo	
Sábado 21	Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 28	Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Junio	
Sábado 4	Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo
Sábado 11	Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 18	Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 25	Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio	
Sábado 2	Primera parte: Presentación de caso 16 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Sábado 9	Primera parte: Presentación de caso 17

	Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 16	Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 23	Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 30	Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Agosto	
Sábado 6	Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Sábado 13	Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 20	

III TRIMESTRE

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
Septiembre	
Sábado 3	
Sábado 10	
Sábado 17	
Sábado 24	
Octubre	
Sábado 1	
Sábado 8	
Sábado 15	Entrega Informe Final Grupo 1
Sábado 22	Entrega de Informe Final Grupo 2
Sábado 29	
Noviembre	
Sábado 5	
Sábado 12	
Sábado 19	Evaluación final y autoevaluación
Sábado 26	Cierre de fase III. Actividad especial.
Diciembre	
Sábado 3	

VIII. Actividad de Aprendizaje Autónomo (8 horas crédito, para cursos de Plan Fin de Semana)

Investigaciones por Internet Preparación y actualización constante para el manejo de los casos asignados.

3.3. Planificación de actividades por mes en el centro de práctica.

3.3.1 Primera parte 2011

MES	ACTIVIDAD
Febrero	Organización y estructuración del sistema de trabajo en el proyecto
Marzo	Inicio de atención a pacientes en etapa de entrevista personal. Autoevaluación y análisis de grupo de práctica.
Abril	Proceso de evaluación terapéutica de casos
Mayo	Inicio del plan terapéutico
Junio	Seguimiento del plan terapéutico
Julio	Seguimiento del plan terapéutico y atención con entrevistas de nuevos casos referido por instituciones. Autoevaluación y análisis de grupo de práctica.
Agosto	Cierre de casos

3.3.2 Segunda parte 2012

MES	ACTIVIDAD
Enero	Organización y estructuración del sistema de trabajo en el proyecto.
Febrero	Inicio de atención a pacientes en etapa de entrevista personal.
Marzo	Proceso de evaluación terapéutica de casos
Abril	Inicio de Plan terapéutico y cierre de casos.

3.4 Subprogramas

3.4.1 Horario de atención a pacientes



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social 2012

CONTROL DE CITAS

Lunes	Fecha	Miércoles	Fecha	Hora

3.4.2 Talleres

No. de taller	Tema	Día y hora
Taller 1	“Maltrato Infantil”	Lunes 26 de marzo 2012 De 7:300 a 9:00
Taller 2	“Violencia Intrafamiliar”	Miércoles 25 de abril 2012 De 7:30 a 9:00

3.5 Planificación de Talleres

TALLER 1: “MALTRATO INFANTIL”

Responsable: Mónica Annelie Estrada Reyes

Dirigido a: padres de familia de los alumnos de 2do. “A” EORM Loma Blanca

Objetivo General :

Prevenir el maltrato infantil en los hogares de los padres de segundo grado sección “A” de la escuela Loma Blanca .

Tema	Objetivos Específicos	Metodología	Actividades	Recursos	Fecha
El Maltrato Infantil	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluar nuestras creencias y actitudes con respecto al maltrato infantil.2. Identificar algunas creencias erróneas que existen sobre el maltrato infantil.3. Proponer formas en las cuales se pueda prevenir el maltrato infantil.	<p>Participativa</p> <p>Espacios de reflexión</p> <p>Formulación de sus propias conclusiones</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estudio de casos- Trabajo en grupo- Lluvia de ideas	<ol style="list-style-type: none">1. Dinámica: organizar a los padres en grupos para que escriban algunas frases o ideas que reflejen violencia y maltrato.2. Discusión y reflexión sobre las frases e ideas erróneas que reflejan violencia y maltrato.3. A manera de discusión los padres darán propuestas que ayuden a prevenir el maltrato infantil4. Trabajo en las cartillas: organizarlos en grupos para que la lean y respondan.5. Comentario final y reflexión.	Pizarra, marcadores, lápiz, papel y cartilla para cada participante.	26 de marzo de 2012

TALLER 2: “Violencia Intrafamiliar”

Responsable: Mónica Annelie Estrada Reyes

Dirigido a: padres de familia de los alumnos de 2do. “A” EORM Loma Blanca

Objetivo General del Tema:

Prevenir la violencia intrafamiliar en los hogares de los padres de segundo grado sección “A” de la escuela Loma Blanca

Tema	Objetivos Específicos	Metodología	Actividades	Recursos	Fecha
<p>La violencia intrafamiliar</p>	<p>Darse cuenta que la violencia en la familia es una grave violencia a los derechos humanos pues afecta la dignidad de las personas.</p> <p>Reconocer que la violencia intrafamiliar es una manifestación de severos problemas en las relaciones familiares, dando origen a la desintegración familiar.</p> <p>Construir relaciones sanas en el seno de la familia fomentando la confianza, la comprensión y el entendimiento basado en el amor.</p> <p>Tomar en cuenta que la violencia intrafamiliar constituye un problema social de alto impacto en la comunidad, siendo el riesgo individual, familiar y social.</p>	<p>Participativa</p> <p>Espacios de reflexión</p> <p>Formulación de sus propias conclusiones</p> <p>Técnicas: - Estudio de casos</p> <p>- Trabajo en grupo</p> <p>- Lluvia de ideas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observación de un cartel con dos gráficas, comentar sobre él y sobre un caso de violencia intrafamiliar. 2. Lluvia de ideas sobre las causas de la violencia intrafamiliar. 3. Obtención de conclusiones sobre las raíces y frutos de la violencia intrafamiliar. 4. Trabajo en grupo en las cartillas y exposición del trabajo realizado. 5. Propuestas sobre algunas medidas preventivas de la violencia intrafamiliar. 6. Comentario Final 	<p>Pizarra, marcadores, lápiz, papel y cartilla para cada participante.</p>	<p>25 de abril de 2012</p>

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros:

- Abrir la puerta de estos Centros de práctica para que otros estudiantes de psicología puedan seguir brindando este servicio a la comunidad.
- El crecimiento personal y profesional como practicante de Psicología Clínica y Consejería Social a través de la atención de casos.
- Haber descubierto el área de Psicología donde me gustaría seguir trabajando más adelante.
- Poder brindarles a los padres de los pacientes atendidos herramientas que puedan ayudarle en el tratamiento de sus hijos.
- Ser una apoyo a las familias de las comunidades atendidas.

4.1.2 Limitaciones

- La falta de tiempo de los padres para asistir a las sesiones, enviaban solo al niño.
- No poder obtener información importante del paciente debido a que los padres no tenían tiempo para llevar a sus hijos.
- Poco apoyo de parte de los padres para el tratamiento de su hijo.
- Inasistencia a las sesiones programadas.
- El horario de atención de pacientes.
- La falta de herramientas para poder tratar a los pacientes pues como estudiante desconozco muchas de las terapias y técnicas que pueden ser utilizados con los pacientes de acuerdo a sus patologías.

4.1.3 Conclusiones

- La atención de casos en la práctica profesional fue de gran beneficio como practicante de Psicología Clínica y Consejería Social ya que me permitió conocer de cerca un proceso psicoterapéutico y vivir en acción la Psicología Clínica.
- En la actualidad existen muchos niños que desde edades muy tempranas están padeciendo psicológicamente a causa de las circunstancias en las cuales viven: no hay tiempo para ellos porque ambos padres trabajan, padres separados o divorciados. Los niños evidencian como síntoma principal la agresividad para llamar la atención de que algo les está sucediendo piden auxilio a través de este síntoma que es tan evidente.
- Son pocos los padres de familia que están dispuestos a dedicar un tiempo para poder llevar a sus hijos a un proceso terapéutico y los que están dispuestos a colaborar en el mejoramiento de sus hijos.
- Existe mucha necesidad en los colegios y escuelas de un programa de atención psicológica para los niños, así como talleres para los padres de familia que les ayuden y les brinden herramientas de cómo mejorar su tarea como padres o cómo enfrentar con sus hijos las situaciones difíciles que pueda estar afectando a su familia.

4.1.4 Recomendaciones

A los centros de práctica:

- Tomar en cuenta la necesidad que existe hoy en día de abrir el servicio de atención Psicológica en sus comunidades ya que muchos niños están sufriendo y a la vez están teniendo problemas en sus centros de estudio debido a los síntomas que le aquejan.
- Iniciar un proyecto de Escuela para padres ya que estas son comunidades muy violentas donde la delincuencia va en aumento por lo cual se hace necesario e indispensable poder

brindarles a los padres herramientas que les permitan formar hijos saludables y de beneficio para la comunidad.

A la Universidad:

- Equipar a los estudiantes con herramientas terapéuticas lo cual permitirá brindarles una mejor atención a los pacientes atendidos.
- Iniciar la práctica de Psicología Clínica desde los primeros años de estudio ya que es desde este lugar donde el Psicólogo se irá formando.
- Crear un Centro de Atención Psicológica donde sus estudiantes puedan formarse, donde puedan ser supervisados y asesorados en su trabajo con los pacientes.
- Involucrar a los estudiantes de Psicología en las actividades de otras Universidades y Colegio de Psicólogos con el fin de que estos puedan equiparse con más herramientas para un mejor desempeño de su trabajo.

4.1.5 Muestra de un caso atendido

Informe Psicológico

I. DATOS GENERALES

Nombre: Sindy Cabrera (nombre ficticio) Sexo femenino

Fecha de nacimiento: 1 de noviembre de 2007 Edad 4 años

Escolaridad: Pre-kinder Institución Centro Infantil Esperanza

Religión: católica Dirección: _____

Teléfono. Casa: _____ Celular: _____

Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):

Nombre del padre: Josué Palacios (nombre ficticio) Profesión: mecánico

Lugar de Trabajo: _____

Nombre de la madre: Yadira Rodríguez (nombre ficticio) Profesión: ama de casa

Lugar de Trabajo: _____

Referido por: (determinar quién solicitó la evaluación y con qué fines)

Directora del Centro Escolar con el fin de que la niña mejore su conducta violenta.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 27 de febrero de 2012

II. MOTIVO DE CONSULTA

Ashly tiene mucho miedo, no quiere ir al colegio y está rayando sus dibujos con color negro.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Ahly presenció un evento traumático cuando tenía dos años y medio. Ella vio como un hombre se desangraba, vio cuando llegaron los bomberos y se lo llevaron. Después del incidente ella empezó a presentar miedo cuando escuchaba a los bomberos.

Actualmente tiene problemas de conducta violenta con los compañeros de clase y no tiene

amigos. Ella no quiere ir a estudiar y a veces llora por no quedarse. La madre ha tratado de motivarla para que vaya a estudiar y para que mejore su conducta pero siente que no ha habido respuesta. La madre se siente muy desesperada y preocupada porque ya no sabe qué hacer.

En el colegio raya los dibujos y utiliza el color negro. La madre comparte que los síntomas han ido en aumento porque antes Ashly pintaba muy bonito y hasta la felicitaban las maestras. A la paciente no le gusta platicar con nadie y a veces saluda a la gente porque su hermana pequeña lo hace.

Según refiere la madre Ashly llora con mucho sentimiento y más o menos una vez por semana tiene pesadillas por lo que se levanta llorando pero no cuenta lo que soñó. Cualquier ruido la asusta y le da miedo. No le gusta estar sola. La madre cuenta que Ashly llora cuando su hermana está llorando.

IV. HISTORIA CLÍNICA

1. Historia prenatal:

La madre refiere que el embarazo no fue planificado pero tampoco lo rechazaron sino al contrario siguieron adelante en su relación con su esposo. Ella tenía 16 años cuando quedó embarazada. Cuando el esposo llegaba a la casa le acariciaba el vientre y la bebé se movía mucho. A los seis meses de embarazo su esposo la dejó y el abuelo llegaba a acariciar el vientre pero la bebé ya no se movía como antes. La madre después de ese suceso lloró mucho, le bajaron las plaquetas y tuvo cuatro amenazas de aborto.

2. Nacimiento:

Durante el nacimiento el esposo no acompañó a la madre. El nacimiento fue por cesárea por las complicaciones que había tenía anteriormente. La niña nació suspirando y continuó así los primeros días después de su nacimiento. El padre conoció al bebé cuando tenía un mes con 15 días. A los dos meses del nacimiento el padre regresó a vivir con ellas.

3. Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres: No se obtuvo información sobre estos datos.

4. Evolución de lenguaje

La paciente tuvo una evolución del lenguaje de acuerdo a su desarrollo y no presenta problema alguno en esta área.

5. Desarrollo escolar

Empezó a estudiar a los 4 años. Al principio la madre cuenta que la niña pintaba muy bonito y con diferentes colores. Actualmente fue la directora del centro escolar quien la refirió al psicólogo porque es una niña muy violenta con sus compañeros y raya sus dibujos.

6. Desarrollo social

La paciente no tiene amigos, se aísla y a veces juega con una compañera. Según la madre refiere no le gusta platicar con nadie y ha sido por su hermana que ella a veces saluda a otras personas.

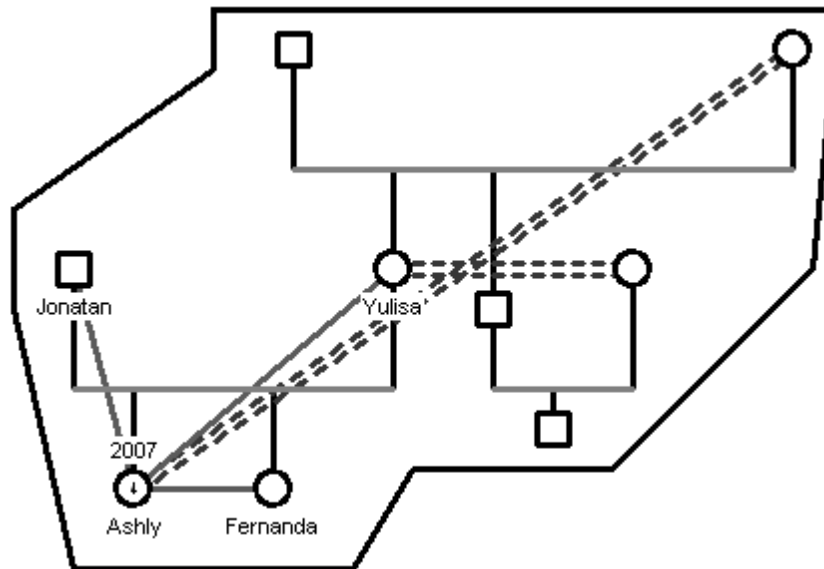
10. Historia médica:

La paciente sufrió de bronquitis crónica a los dos años y cinco meses. Después de ese suceso se enferma mucho de los pulmones, infecciones de garganta, tos, congestión y fiebres. El segundo día de entrevista con la madre la niña había sido llevada al médico pues según la madre se le había reventado el oído.

11. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: ninguno.

V. HISTORIA FAMILIAR

Genograma



1. Estructura familiar:

La paciente vive con su papá, su mamá, su hermana pequeña, su abuela materna y abuelo materno, la esposa de un tío y su hijo. La madre refiere que ha tenido varios problemas con su cuñada porque la paciente y su primo se pelean, comenta que la cuñada no quiere a su hija y que la trata mal cuando no está ella. La madre dice sentirse incómoda y molesta con la cuñada.

2. Situación económica, fuente de ingresos, aportación económica del paciente, posición socio-cultural, condiciones de la vivienda.

Ambos padres trabajan. El apartamento donde viven es seguro con respecto a su construcción, tienen agua todo el día y energía eléctrica.

3. Antecedentes familiares:

El padre de la paciente es mecánico, la madre es ama de casa. La madre fue diagnosticada con un soplo en corazón desde pequeña lo cual le empezó a afectar según manifiesta después de su

primer embarazo. Las emociones fuertes le producen taquicardia, dolor del brazo, dolores de cabeza y le cuesta respirar. Ella comparte se siente con mucho miedo de ir donde el médico por lo que le puedan decir, tiene miedo que su enfermedad le vaya a provocar la muerte y ella no le gustaría dejar solas a sus hijas.

La madre también ha tenido varias discusiones con su cuñada y en el colegio el año pasado tuvo problemas con la madre de una alumna a la cual sacaron del colegio por los problemas que se estaban generando.

III. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. Presentación (descripción general):

- a) Nivel de conciencia: alerta.
- b) Aspecto General: hace contacto visual, llega peinada, limpia, tiene una estatura alta para su edad, es algo gordita. El primer día de evaluación de la paciente al principio estaba un poco tímida pero luego sintió confianza y su cuerpo se veía menos rígido. En varias sesiones la paciente reflejaba un aspecto cansado.
- c) Actitud: sigue instrucciones, es colaboradora.

2. Conducta motora y estado afectivo:

- a) Conducta motora: no presenta movimientos involuntarios, repetitivos, lentos o excesivos.
- b) Afecto: en la primera evaluación la paciente mostró ira y enojo pues rayó y rompió el papel, en otra sesión quiso tomar el control de las actividades y en una tercera ocasión llegó desganada y triste.

3. Estado cognoscitivo

- a) Atención: tiene capacidad de atención acorde a su edad.
- b) Concentración y vigilancia: se concentra por poco tiempo luego busca otra actividad que hacer. Está a la expectativa de lo que se va a realizar.
- c) Orientación: sabe su nombre, conoce los espacios del colegio, conoce el nombre de sus familiares, sabe en qué lugar se encuentra.
- d) Lenguaje:
 - 1. Fluidez: tiene poca fluidez en su expresión.
 - 2. Comprensión: obedece órdenes y sigue instrucciones. Responde las preguntas que se le realizan.

4. Pensamiento:

Es coherente con lo que dice. Responde con coherencia lo que se le pregunta. No hay ideas obsesivas ni ideas delirantes. No existen fobias. Le preocupa su familia pues dice que es fea porque se pelean y a ella no le gusta eso.

5. Estado de ánimo:

La paciente manifestó enojo pues rayó un dibujo que había realizado y pintado anteriormente. Ella dijo estar enojada cuando se le presentaron tres caritas con las emociones de triste, enojado y feliz. En un dibujo final empezó a dibujar muchas lágrimas reflejando tristeza.

Cuando se le dio un oso de peluche grande lo abrazó y dijo que era su hermanita.

VI. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Nombre de prueba	Fecha de aplicación
1. Figura Humana 2. Árbol 3. Familia	1. Lunes 19 de marzo 2. Lunes 19 de marzo 3. Lunes 19 de marzo

Test de la Figura Humana

La paciente proyecta una actitud de ataque, tendencia a la agresión y conducta impulsiva lo cual se confirma con sus conflictos en la escuela con respecto a la violencia hacia sus compañeros. Evade las relaciones interpersonales debido a la hostilidad que maneja lo cual queda demostrado puesto que la niña no tiene amigos. Proyecta una autoestima baja la cual se refleja siendo agresiva proyectando inseguridad, timidez, introversión, deseo de perfeccionamiento, sentimiento de deficiencia y debilidad. Proyecta una necesidad de estabilidad posiblemente por falta de reglas en la casa. También proyecta ser una persona ansiosa, dependiente con tendencia a deprimirse. Proyecta deseo de contacto de relaciones esto posiblemente debido a que las ha manejado conflictivamente. Proyecta ser una persona con arranques de mal humor y con un lenguaje oral agresivo. Proyecta tener una personalidad perseverante, que puede controlar su conducta y con deseos de tener más en la vida.

Test de la Familia

La paciente proyecta ansiedad y conflictos emocionales relacionados con el padre. Así como una conducta violenta. Pero también refleja ser una persona con determinación, decisión y asertividad lo cual puede serle de utilidad para su tratamiento. Además proyecta tener dinamismo en la vida, ser sensible, con necesidad de aprobación, imaginativa, espontánea e insegura como también una persona inhibida y guiada por reglas.

Ella proyecta ser una persona que responde de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente con inmadurez o controles internos deficientes, así como egocentrismo lo cual es normal a su edad. Ella misma se admira y se valora mucho así como a su hermana.

Proyecta que el padre es una figura desvalorizada, que le provoca ansiedad y con quien posiblemente tiene problemas emocionales. Niega la realidad, desvaloriza o tiene conflicto con la esposa de su tío y su primo ya que no los dibujó a pesar que ellos viven en su casa. Proyecta que entre ella y su familia no hay comunicación pero sí entre su padre y su hermana, su mamá y su abuela. Ella se encuentra aislada de los demás lo cual proyecta no querer involucrarse con nadie, inseguridad y falta de comunicación con los miembros de su familia.

La paciente refleja que en su familia no hay jerarquías y que le preocupa su rendimiento académico. Muestra una desvalorización de su madre y padre, así como perturbación en sus relaciones interpersonales, un aislamiento social, niega sus problemas y no quiere enfrentar el mundo. Refleja ser una paciente tímida, retraída con fuertes sentimientos de inmovilidad, esto puede reflejarse en su relación con sus padres ya que son ellos a quienes se le ha omitido la nariz en el dibujo.

Proyecta sentimientos de angustia, inseguridad y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente con respecto a sus padres. Pues el niño no quiere recibir nada de los demás y un rechazo a comunicarse. Proyecta una alta incidencia de miedo, angustia generalización, perfeccionamiento y depresión. Así como necesidades orales posiblemente porque existe un abuso verbal de parte de ella, la hermana y la abuela.

La paciente refleja dificultad para conectarse con el mundo y con los demás. Tendencia hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos. Proyecta agresión dirigida hacia el exterior y sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente o por la incapacidad para actuar.

Test del Árbol

La paciente proyecta tener una personalidad egoísta, orgullosa, vanidosa, entusiasta con iniciativa. Proyecta ser una persona delicada, dulce y extrovertida. Refleja deseo de superación, una persona práctica, altruista e imaginativa. Proyecta sentimiento de inferioridad con necesidad

de compensar su inseguridad interior. Refleja energía, brutalidad, primitivismo e impaciencia. También una discordia entre querer y hacer.

VII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PROVISIONAL

De acuerdo a los datos obtenidos a través de la historia clínica y las evaluaciones realizadas se considera que la paciente puede estar padeciendo un Trastorno Adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento puesto que está manejando un alto grado de irritabilidad y agresión con sus compañeros de clase, evita las relaciones con interpersonales, en las pruebas aplicadas proyecta tener sentimientos de baja estima y tristeza así como también confirma su agresividad. Todo ello puede estar surgiendo posiblemente debido a la situación que se vive constantemente en su familia de peleas, gritos, discusiones, entre otros.

VIII. EVALUACIÓN MULTIAXIAL PROVISIONAL

- Eje I F43.25 Trastorno adaptativo agudo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.(309.4).
- Eje II ninguno
- Eje III ninguno
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: la madre mantiene un constante conflicto con la cuñada quien vive en la misma casa.
Problemas relativos a la enseñanza: la paciente mantiene una constante relación de agresividad y hostilidad con sus compañeros y se aleja de ellos.
Otros problemas psicosociales y ambientales: la paciente presencié hace dos años y medio cómo se desangraba un hombre.
- Eje V EEAG = 51-60 (inicio)

IX. RECOMENDACIONES

1. Continuar con un tratamiento terapéutico que ayude a la paciente a manejar su enojo, ira y tristeza y que le brinde herramientas que le ayuden a mejorar su conducta.
2. Reforzar a la paciente con frases positivas que le ayuden a levantar su autoestima tanto en el hogar como en el colegio.
3. A los padres: mantengan en su hogar un ambiente de paz y armonía donde la paciente se pueda desarrollar saludablemente a través del ejemplo de las personas más cercanas a ella.
6. Poner límites a la conducta de la paciente tanto en casa como en el colegio.

PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de Intervención y técnica	Observaciones y duración
Tristeza y enojo	Brindarle herramientas que le permitan manejar las emociones de enojo y tristeza que le aquejan.	Tristeza -Cognitiva Conductual -Técnica: programa para el tratamiento de la depresión en niños. Enojo Terapia gestáltica - Técnica: Desahogo del enojo Expresión verbal del enojo por medio de la dramatización, títeres y dibujos.	4 sesiones
Violencia hacia sus compañeros	Resolver los problemas de violencia del paciente hacia sus compañeros de clase.	- Terapia Gestáltica - Terapia de Juego: juegos en grupo.	3 sesiones
Baja autoestima	Aumentar su autoestima con el apoyo de su familia y maestras.	Terapia gestáltica Técnica: Ejercicios en casa tales como: asignarle responsabilidades, darle reforzamiento con palabras positivas, elogiarlo por sus logros, hablarle positivamente.	3 sesiones

4.2 Programa de Elaboración de Proyectos de Salud Mental

4.2.1 Logros

- Los padres de los alumnos asistentes quedaron motivados e interesados en seguir recibiendo otros talleres.
- Los padres mostraron interés en los temas trabajado durante los talleres.
- Los padres fueron muy participativos y aportaron sus opiniones sobre el tema se enriqueciendo los talleres impartidos.
- Se manejó adecuadamente el tiempo iniciándose a la hora acordada y terminando puntual.

4.2.2 Limitaciones

- En el primer taller se le hizo la invitación a los padres para asistir a los talleres y hubo poca respuesta de parte de ellos.
- El tiempo disponible de los padres de familia para poder recibir el taller por lo cual se tuvo que acortar el tiempo para los talleres.

4.2.3 Conclusiones

- Los padres de familia tienen el deseo de poder recibir herramientas que les puedan ayudar a formar mejores familias.
- Las personas necesitan en algunas ocasiones que se les obligue a asistir a talleres puesto que estando ya presentes se dan cuenta cuan importantes e interesantes son así como el beneficio que obtienen al haber asistido.
- Los padres necesitan espacios donde poder expresar sus opiniones con libertad y sin ser juzgados, espacios donde ellos mismos puedan aportar soluciones a los problemas de la vida diaria.

4.2.4 Recomendaciones

- Planificar en el año escolar talleres para padres con el fin de poder formar mejores familias donde los niños crezcan desarrollándose saludablemente.

- Al realizar talleres se debe dar la oportunidad a los padres de participar dando sus aportaciones al tema pues por medio de ellos se pueden obtener datos y soluciones interesantes.
- Manejar adecuadamente el tiempo determinado para el taller ya que esto permitirá que las personas asistentes tengan más interés en asistir y de igual forma que vean nuestro profesionalismo.
- Preparar con tiempo el material a utilizar durante el taller ya que esto evitará contratiempos.
- Dar indicaciones a los padres antes de iniciar el taller para que sus aportaciones y comentarios sean breves y concisos.

Conclusiones

En la actualidad existen muchos niños y niñas que sufren desde tempranas edades de diferentes trastornos debido al ambiente familiar donde se desarrollan.

El servicio de apoyo psicológico en comunidades de escasos recursos es nulo siendo estos contextos necesitados de dicho apoyo debido a la disfuncionalidad de tantas familias.

Pocas personas actualmente están abiertas a llevar a sus hijos a una atención psicológica debido al malestar que les provocan los síntomas que éstos presentan dentro del hogar, el colegio o escuela.

Algunos padres de familia no dedican tiempo a sus hijos en la casa debido a su trabajo y actividades diarias por lo cual los niños a través de una conducta violenta manifiestan su malestar tratando de buscar así la atención que no se le ha brindado.

Cuando existen crisis en los hogares tales como peleas, agresiones, divorcios, muertes, entre otros, los adultos dedican su tiempo a resolver sus propios conflictos y olvidan que los niños necesitan ser atendidos porque ellos también sufren.

Los niños están necesitados de amor, de afecto, de atención. Están necesitados de personas dispuestas a dialogar y jugar con ellos, personas dispuestas a escucharlos y guiarlos por el camino correcto.

La atención psicológica en niños se hace necesaria e importante en nuestras comunidades para así crear conciencia en los padres de familia de las necesidades de sus hijos y brindarles herramientas que les permitan ser mejores padres dispuestos a criar hijos saludables.

Recomendaciones

- Es necesario crear centros de atención psicológica en cada punto de la ciudad capital. Así como existen clínicas, iglesias, comercios, entre otros. Este servicio es indispensable para que las personas puedan tener a su alcance una salud integral que les permitan ser personas saludables y así formar familias saludables.

- Para los Centros de Práctica:
 1. Tomar la iniciativa de iniciar un programa de atención psicológica donde los padres puedan acudir en busca de ayuda para sus hijos.

 2. Implementar un programa de escuela para padres en las escuelas de sus comunidades.

- Para la Universidad:
 1. Preparar a sus estudiantes con las herramientas necesarias que le permitan realizar mejor su trabajo como practicantes de psicológica tales como: psicopatología, psicodiagnóstico y psicoterapia.

 2. Brindarle a los estudiantes un panorama más claro de cómo tratar con los problemas de la gente, no enfocarse tanto en seminarios que finalmente son de poco apoyo en el momento de la práctica psicológica.

Referencias

Bibliográficas

Aguilar, G. (2002) *Problemas de la conducta y emociones en el niño normal*. México: Editorial Trillas.

Barlow M. y Thomson Lerner. *Psicología anormal*. México.

Dilts, R. (2004). *Cómo cambiar creencias con la PNL*. España: Editorial Sirio.

Friedberg R. y McClure J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Editorial Paidós.

Garcés G., K. Laura. *Niños inseguros y temerosos: cómo ayudarlos a despegar*. Revista Mundo Natural.

Goleman, D. (2000) *La inteligencia emocional*. México D.F.: Ediciones México B.

Lazarus A. y Colman A. (1995). *Psicología anormal*. México: Fondo de Cultura Económica.

Manual de entrega de trabajos. Universidad Panamericana.

Manuel Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSMIV-TR. Editorial Masson. México

Oaklander, Violet. *Ventana a Nuestros Niños. Terapia Gestáltica para niños y adolescentes*. Editorial Cuatro Vientos.

Okun, B. (2001). *Ayudar en forma efectiva: counseling*. Barcelona: Editorial Paidós.

Slaiken, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Editorial El Manual Moderno.

Internet

¿Cuáles son las convulsiones febriles? Sitio de neurología Pediátrica. micerbro.com

La autoestima y los niños. Paul Nuttall.
<http://www.nccc.org/guidance/sp.estima.ninos.html>

10 Tips para Aumentar la Autoestima en los Niños y Adultos
<http://www.sitiosweb.com.mx/sp/10tips.htm>

Anexos

Anexo 1

Carta



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

Guatemala, enero de 2012

Sr. Dimas Blanco
Gerente General
Good Neighbors
Guatemala

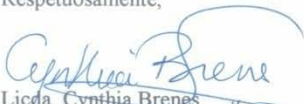
Estimado Sr. Dimas Blanco:

Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **Mónica Annelie Estrada Reyes**, estudiante del Sexto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

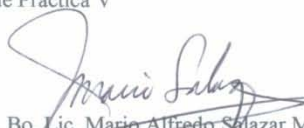
Dicha estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a mayo, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la **Señorita Mónica Estrada**.

Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

Respetuosamente,


Licda. Cynthia Brenes
Coordinadora y Catedrática de Práctica V




Vo. Bo. Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquin
Coordinador de la Facultad de Educación
Universidad Panamericana (Sede El Naranjo)



Anexo 2

Formatos Planificación de Talleres

Tema: _____

Estudiante Responsable: _____

Objetivo General del Tema: _____

Dirigido a: (Población a la que se dirige: niños (edades), adolescentes, adultos) _____

Objetivo Específico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable

Anexo 3

Asistencia Talleres

ASISTENCIA PADRES DE FAMILIA
TALLER No. 1
"Maltrato Infantil"

1. Olga Elizabeth Gomez Bautista.
2. Cristal Y. Carcano de Carrera.
3. Thelma Carreto Perez
4. Delia Mirian Jylacy Garcia
5. Mariastelce
6. Odilio Hernandez
7. Magdalena Sanchez
8. Saira Morales
9. Ana Maria Paduano
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

ASISTENCIA PADRES DE FAMILIA
TALLER No. 2
"Violencia Intrafamiliar"

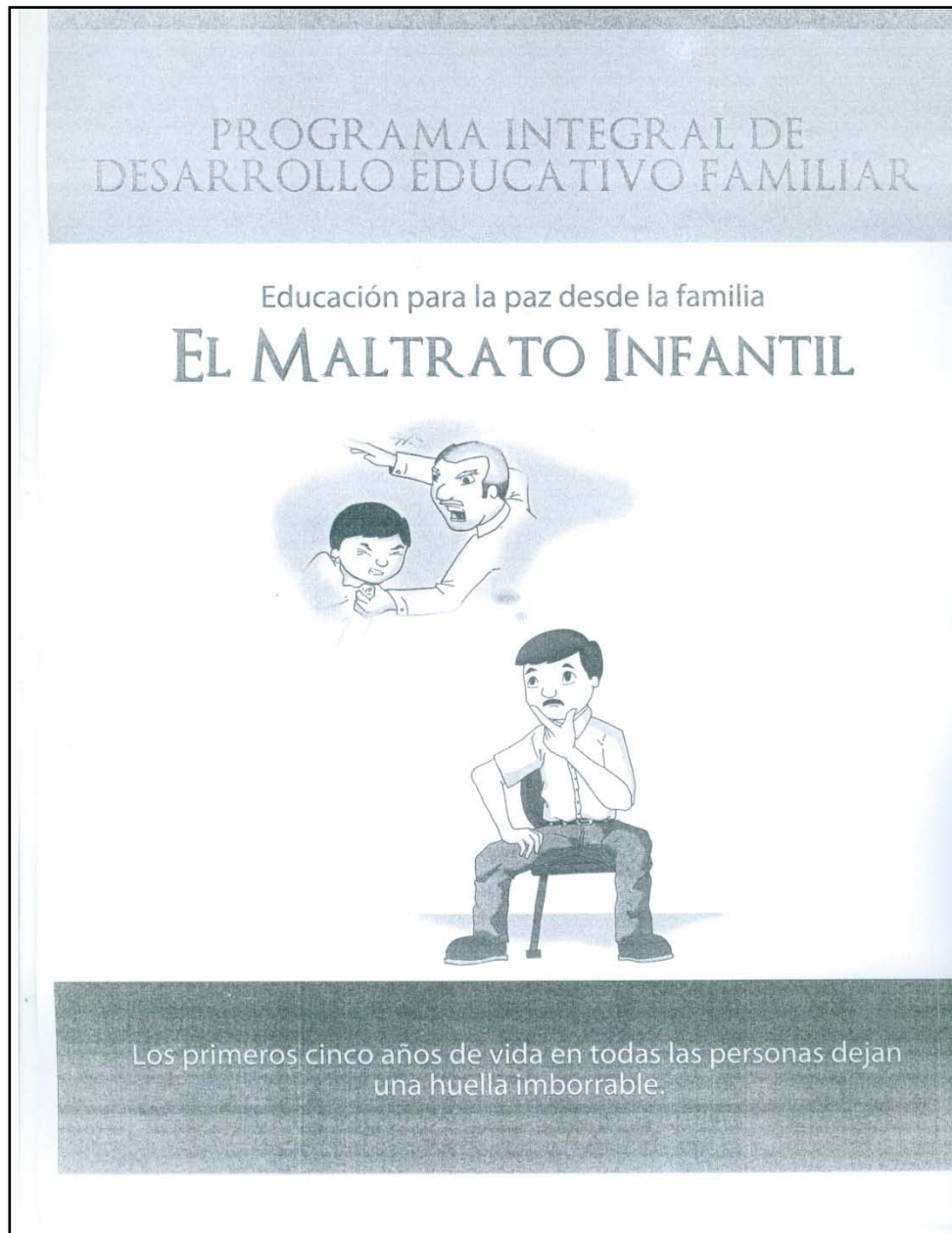
1. Thelma Vidalia Patzán González
2. Blanca Lidia Lopez Paj
3. Hilda Margarita Martínez
4. Mervin Elizabeth Lebrán Gómez
5. Ludwin Diavanni Dramador Esteban
6. Alicia Segura Ace
7. Glendy Recinos
8. Sandra de Alvarez
9. Lourdes Asunción Carrera Jordan
10. Elva Leticia Azarón
11. Mirna Yojhana Laj de Marroquín
12. Karla Elizabeth Barrientos de Vicente
13. Marta Isabel Trujillo Santiago
14. Thelma Carreto Pérez
15. Deiva Miriam Ixtacy García
16. Saira Morales Marroquín
17. Eugenia Juárez
18. Ana Karina Mende Ejar
19. María Celestina Yoc Perén
20. Gilda Rosaura Martín Ramírez

ASISTENCIA PADRES DE FAMILIA
TALLER No. 2
"Violencia Intrafamiliar"

21. *Dora Isabel GulaJoy*
22. *Magdalena Sinsky*
23. *Cristal Y. Carcamo de Carrera*
24. *Olyq Elizabeth Gomez Bautista*
25. *Ana Maria Paduano*
26. *Guineel de Ayala*
27. *Maria Elira Colon Masquez*
28. *Ana Victoria Chamale de Leon*
29. *Roselia Garcia*
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____
34. _____
35. _____
36. _____
37. _____
38. _____
39. _____
40. _____

Anexo 4

Cartillas utilizadas para talleres



PROGRAMA INTEGRAL DE DESARROLLO EDUCATIVO FAMILIAR

Educación para la paz desde la familia

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR



Para lograr una convivencia armoniosa es necesario educar a los hijos en la práctica de valores de mutua tolerancia así como en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Anexo 5

Formatos de entrevista

Entrevista Directa

1. Ficha de identificación

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Idioma: _____

Fecha de la entrevista: _____ Cuota: _____

Referido por: _____

Niños/as:

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

Adultos:

Estado civil: _____

Años de matrimonio: _____

Nombre del cónyuge: _____

Nombre, edad y sexo de los hijos:

2. Fuente de información

3. Motivo y circunstancias de la consulta

4. Padecimiento o problema actual

5. Antecedentes familiares

5-1 De la madre:

5.2 Del padre:

5.3 Hermanos:

5.4 Otros familiares:

5.5 Ambiente familiar en la infancia:

6. Antecedentes personales

6.1 Desarrollo temprano:

6.2 Conducta durante la primera infancia:

6.3 Etapa escolar:

6.4 Actividades laborales:

6.5 Adolescencia:

6.6 Vida sexual:

6.7 Vida marital:

6.8 Hijos/as:

6.9 Historia médica:

6.10 Salud mental previa:

6.11 Uso y abuso de sustancias legales e ilegales:

6.12 Comportamiento antisocial:

6.13 Constelación familiar:

EXAMEN MENTAL:

1. Conducta y aspecto general del paciente:
2. Estado cognitivo y sensorio:
3. Orientación:
4. Memoria:
5. Inteligencia:
6. Discurso:
7. Contenido del pensamiento:
8. Creencias y experiencias anormales de interpretación de eventos:

- 8.1 En relación al ambiente:
- 8.2 En relación al cuerpo:
- 8.3 En relación a sí mismo:
- 8.4 Experiencias anormales:
- 8.5 Al medio ambiente:
- 8.6 Al Yo:

9. Afectividad:
10. Juicio:
11. Personalidad:
12. Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:
13. Actitudes hacia sí mismo:
14. Actitudes morales y religiosas:
15. Humor y ánimo:
16. Intereses y actividades:
17. Fantasías:
18. Reacción a situaciones críticas:
19. Rasgos del carácter:
20. Aspectos psicodinámicos:
21. Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente:

Examen Somático

Examen Físico:

Exámenes de Laboratorio:

Exámenes de Gabinete:

Test Psicológico:

Terapéutica Previa:

Para uso del alumno practicante, posterior a la entrevista:

Impresión sobre la entrevista, los informantes y la información recibida:

Especificar si existieron contradicciones en el relato: _____

Plantee las hipótesis sobre situación del paciente, así como de posibles diagnósticos:

Pronóstico: _____

Anexo 6

Formato de Informe Final

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE PSICOLÓGICO

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad _____
Estado Civil _____
Escolaridad: _____ Institución _____
Profesión: _____
Ocupación y lugar de trabajo: _____
Religión: _____
Dirección: _____
Teléfono. Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):

Nombre del padre: _____
Profesión: _____
Lugar de Trabajo: _____
Nombre de la madre: _____
Profesión: _____
Lugar de Trabajo: _____

Referido por: (determinar quién solicitó la evaluación y con qué fines) _____
Fecha de inicio del proceso terapéutico: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA CLÍNICA

1. Historia prenatal:
2. Nacimiento:
3. Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres:
4. Evolución de lenguaje
5. Desarrollo escolar
6. Desarrollo social
7. Adolescencia
8. Adulthood
9. Historia Psicosexual y vida marital
10. Historia médica:
11. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:

V. HISTORIA FAMILIAR

Genograma
Estructura familiar:
Antecedentes familiares:

VI. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. Presentación (descripción general):
 - a) *Nivel de conciencia:*
 - b) *Aspecto General:*
 - c) *Actitud:*
2. Conducta motora y estado afectivo:
 - a) *Conducta motora:*
 - b) *Afecto:*
3. Estado cognoscitivo
 - a) *Atención:*
 - b) *Concentración y vigilancia:*
 - c) *Orientación:*
 - d) *Lenguaje:*
 1. *Fluidez:*

 2. *Comprensión:*
 3. *Repetición:*
 4. *Designación:*

 - e) *Memoria:*
 - f) *Razonamiento (funciones cognoscitivas)*
 - Juicio práctico*
 - Abstracción:*

4. Pensamiento:
 - a) *Proceso:*
 - b) *Contenido:*
 - c) *Introspección:*
- 5) Estado de ánimo:

Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento. Humor
Sentimientos (lo que expresa y lo que se observa).
Observe el tono afectivo

VII. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Nombre de prueba	Fecha de aplicación

VII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

VIII. EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- EJE I:** Trastornos clínicos; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- EJE II:** Trastornos de la personalidad y retraso mental
- EJE III:** Enfermedades médicas
- EJE IV:** Problemas psicosociales y ambientales
- EJE V:** Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

(En cada uno de los ejes se debe incluir el código del CIE)

IX. RECOMENDACIONES

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Fecha del Informe

PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración

Anexo 7

Formato de Control de Citas

**FICHA DE CONTROL DE CITAS
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA**

Nombre del Paciente: _____

Psicóloga Practicante Responsable: _____

Próxima Cita	Hora	Asistencia

Anexo 8

Formato Atención de Casos

BOLETA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

FECHA: _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

MOTIVO DE CONSULTA:

PERSONA QUE REFIERE:

TELÉFONO: _____

Anexo 9

Fotografías



