

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**La depresión como principal enfermedad que afecta a un grupo de mujeres en
la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Migdalia Azucena Bautista Rumpich

Chimaltenango, octubre 2014

**La depresión como principal enfermedad que afecta a un grupo de mujeres en
la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Migdalia Azucena Bautista Rumpich

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

Licda. Miriam Aracely Caballeros García de Rossi (**Revisora**)

Chimaltenango, octubre 2014

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

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

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

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

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

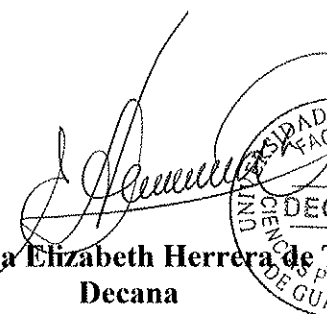
ASUNTO: Migdalia Azucena Bautista Rumpich

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

DICTAMEN: 14 de junio 2,013

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

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


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



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

En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“La depresión como principal enfermedad que afecta a un grupo de mujeres en la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES”**. Presentada por el estudiante: **Migdalia Azucena Bautista Rumpich**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Sonia Pappa
Asesora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo. adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS. Guatemala, febrero de dos mil catorce.

En virtud de que la **Sistematización de Práctica** con el tema: **"La depresión como principal enfermedad que afecta a un grupo de mujeres en la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES"**. Presentada por la estudiante:

Migdalia Azucena Bautista Rumpich

Quien se identifica con el número de carné 0702870, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Miriam Aracely Caballeros García de Rossi
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** con el tema "**La depresión como principal enfermedad que afecta a un grupo de mujeres en la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES.**" Presentado por: **Migdalia Azucena Bautista Rumpich** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**. Reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión del informe final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.**


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



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

Contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | i |
| Introducción | ii |
| Capítulo 1 | 1 |
| Marco de Referencia | 1 |
| 1.1 Descripción de la institución | 1 |
| 1.2 Ubicación de la institución | 1 |
| 1.3 Organización | 1 |
| 1.4 Programas establecidos | 3 |
| 1.5 Planteamiento del problema | 5 |
| 1.6 Interrogante | 6 |
| 1.7 Objetivos | 6 |
| 1.7.1 Objetivo general | 6 |
| 1.7.2 Objetivos específicos | 6 |
| 1.9 Delimitación del estudio | 7 |
| 1.10 Aporte | 7 |
| Capítulo 2 | 8 |
| Referente teórico | 8 |
| 2.1 ¿Qué es la depresión? | 8 |
| 2.1.1 Tipos de enfermedad depresiva | 9 |
| 2.1.1.1 Síntomas | 10 |
| 2.2 Causas de la depresión | 11 |
| 2.3 Efectos | 15 |
| 2.4 Perfil psicológico de las personas deprimidas | 16 |
| 2.5 Depresión en las mujeres | 16 |
| 2.6 Tratamiento | 20 |
| 2.6.1 Medicamentos | 21 |
| 2.6.2 Psicoterapia | 21 |

| | |
|--|----|
| 2.7 Clasificación y criterios diagnósticos | 24 |
| 2.7.1 Según el DCM-IV | 25 |
| 2.7.2 Según la CIE-10 | 28 |
| 2.8 Duelo y depresión | 32 |
| 2.8.1 ¿En qué consiste el duelo? | 32 |
| 2.8.2 Duelo patológico | 34 |
| Capítulo 3 | 36 |
| Referente metodológico | 36 |
| 3.1 Método | 36 |
| 3.2 Delimitación | 37 |
| 3.3 Procedimiento | 37 |
| Capítulo 4 | 39 |
| Presentación de resultados | 39 |
| 4.1 Logros | 39 |
| 4.2 Limitaciones | 39 |
| 4.3 Casos clínicos de trastorno de depresión | 40 |
| Conclusiones | 55 |
| Recomendaciones | 56 |
| Referencias | 57 |
| Anexos | 59 |
| | |
| Lista de Tablas | |
| Tabla 1 Tipos de psicoterapias | 24 |

Resumen

La presente investigación fue realizada durante la práctica profesional dirigida de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana del departamento de Chimaltenango; durante los meses de marzo a octubre del año 2013; en la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES.

Se divide en cuatro capítulos donde se describe la parte teórica y práctica de la patología que fue descubierta en la mayoría de pacientes que asistieron a atención psicológica.

En el capítulo uno se describe y se presenta la institución que colaboró con esta casa de estudios para la realización de la misma, compartiendo parte de su historia y de los programas que trabaja en su mayoría con mujeres adultas.

En el capítulo dos se desarrolla el tema sobre la problemática estudiada, las causas, factores y el tratamiento más efectivo para combatir la depresión en mujeres, especialmente en las pacientes atendidas en AMES.

El capítulo tres detalla el método de investigación, la delimitación y características de la población atendida y cuál fue el procedimiento para su realización.

En el capítulo cuatro se dan a conocer los resultados de los casos atendidos, las limitantes encontradas en el proceso, los instrumentos que sirvieron para el diagnóstico y las técnicas utilizadas para la intervención, por último una breve presentación de los recursos utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Sumado a todo ello, la experiencia obtenida y los nuevos conocimientos adquiridos, que serán beneficiosos para la vida profesional del estudiante, en cualquier ámbito que se especialice.

Introducción

La práctica profesional dirigida es uno de los últimos procesos que se lleva a cabo para el cierre de pensum de la carrera universitaria de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana.

Durante este tiempo de práctica clínica fueron atendidos pacientes que presentaban diferentes problemas emocionales, conductuales, cognitivos, afectivos y somáticos a los cuales se les brindó asistencia psicológica.

Sin embargo fue notable la incidencia de casos de mujeres que se acercaron a la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES, presentando cuadros clínicos de depresión leve y moderada, según criterios de la CIE-10, provocada por diferentes dificultades, pero causando un desequilibrio emocional en las pacientes.

Dada esta problemática, surge la necesidad de investigar y ampliar la información sobre las principales causas que provocan la depresión, su tratamiento y el brindar herramientas para que las féminas de AMES, Chimaltenango, puedan mantener un equilibrio emocional estable.

En Chimaltenango la depresión es uno de los principales problemas emocionales que afecta la vida de las mujeres en su mayoría y en un bajo porcentaje a hombres y niños (as), dado que no es solamente sentirse triste, melancólico o desanimado, es mucho más que el desaliento que llega a ser parte de la vida diaria.

Ésta es una enfermedad que afecta a los guatemaltecos en sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y su salud física. En su forma más benigna, la depresión puede impedir a individuos usualmente saludables que gocen de la vida a plenitud.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Descripción de la institución

La Asociación de Mujeres en Solidaridad, conocida por sus siglas como AMES, fue fundada por un grupo de mujeres en septiembre de 1996, después de 7 meses de trabajar intensamente en concretar la idea por la cual llegarían a obtener un espacio para mujeres dentro de la sociedad; en 1999 logra concretar su personería jurídica que le da vida legal.

Es una entidad no lucrativa que se encarga de velar por los derechos de las mujeres, tanto en el área laboral, como en lo personal, accionando específicamente por la defensa de los derechos humanos de las trabajadoras, particularmente las trabajadoras de maquilas, ampliando la atención hacia mujeres empobrecidas, violentadas, discriminadas y brindando una atención clínica médica y psicológica.

1.2 Ubicación de la institución

Las instalaciones de AMES se encuentran ubicadas a media cuadra de la terminal de buses de la zona 2 del departamento de Chimaltenango, a un costado del mercado central, colindando al norte con la colonia Santa Teresita y al sur con la colonia las Ilusiones.

Es un lugar accesible para los y las habitantes del departamento de Chimaltenango, municipios y aldeas.

1.3 Organización

La Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES cuenta con una organización civil, sin fines lucrativos, de movimiento autónomo de mujeres, que trabajan por una sociedad democrática con justicia social, multicultural, inclusiva de la diversidad y equitativa entre mujeres y hombres,

promueve el empoderamiento de las mujeres como sujetas plenas de derechos, la salud integral de las mujeres con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos, la erradicación de todo tipo de violencia contra las mujeres y toda forma de discriminación por su condición de género, clase y etnia.

Cuenta con atención médica, psiquiátrica, psicológica, asistencia legal y jurídica, especialmente en el área de derechos laborales y ciudadanos, su organigrama se divide en tres niveles:

- Primer nivel, consta de los órganos de toma de decisiones, los cuales se integran por: a) Junta directiva, b) Asamblea de asociadas, c) Directora ejecutiva y asistente de fortalecimiento institucional, y d) Equipo de coordinación, conformado por las coordinadoras de los programas, administración y sedes departamentales.

- Segundo nivel, se integra por las coordinadoras de programa y establece los ámbitos de responsabilidad de cada una de las personas en sus áreas específicas, la cual conlleva aspectos de dirección, planeación, sistematización de información, proyección de recursos y otras que se establecen en el manual de puestos y funciones de la entidad:

- a) Coordinadora de administración.
- b) Coordinadora de programa de incidencia.
- c) Coordinadora de programa de derechos en salud.
- d) Sedes departamentales.
- e) Programa de empoderamiento.

- Tercer nivel, lo integran las personas que conforman los equipos programáticos y administrativos. Quienes tienen responsabilidad en el marco de las funciones y actividades que se establecen en el manual respectivo y las directrices de las coordinadoras de programa y el nivel de dirección. Se integra por las siguientes áreas de trabajo:

- a) Área de contabilidad, recepción y auxiliar de contabilidad.
- b) Área de relaciones internacionales

- c) Área de alianzas políticas con el movimiento de mujeres
- d) Área de clínicas y sanatorio
- e) Área de formación y organización de promotoras en salud y derechos sexuales y reproductivos.
- f) Sede de Chimaltenango
- g) Sede de San Marcos
- h) Área juvenil en derechos sexuales y reproductivos
- i) Área de erradicación de la violencia contra las mujeres
- j) Área de prevención y riesgo a desastres

1.4 Programas establecidos

La Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES, cuenta con programas que son de beneficio para la población fémina, los cuales se presentan a continuación:

- Programa de empoderamiento de las mujeres

Este programa tiene bajo su responsabilidad el componente de formación y organización en materia de derechos de las mujeres, especialmente los derechos sexuales y reproductivos, la erradicación de la violencia contra las mujeres y la erradicación del racismo y discriminación; se encarga de dar seguimiento y atender las siguientes áreas de trabajo:

- Área de derecho a una vida libre de violencia, la cual cuenta con asesoría jurídica y psicológica a mujeres beneficiarias de AMES, así mismo realiza derivación de casos especiales que requieran acompañamiento directo y atención especializada. La asesoría psicológica tiene un enfoque psicosocial y fomenta la creación de grupos de apoyo entre mujeres.
- Área juvenil para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la cual se organiza con el objetivo de generar una corriente de opinión y sensibilización entre jóvenes hombres y mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos, asimismo en

materia de equidad de género y multiculturalidad para propiciar nuevas formas de relacionamiento entre hombres y mujeres partiendo del enfoque de derechos y equidad.

Esta área de trabajo permite a AMES contar con una red de jóvenes hombres y mujeres que generan acciones de movilización política en materia de derechos sexuales y reproductivos. El área juvenil tendrá varios ámbitos de acción:

- a) Una comunidad virtual de conocimiento
- b) Red juvenil por los derechos sexuales y reproductivos
- c) Células para el aprendizaje y acción por los derechos sexuales y reproductivos.
- d) Círculo de estudio de mujeres jóvenes.
- e) Información en centros educativos.

- Área de prevención de riesgo a desastres, la cual se activará anualmente y prevé fondos para la atención psicosocial de las mujeres beneficiarias de AMES que sean afectadas por desastres, en especial en áreas de trabajo de la Asociación. Esta área de trabajo tiene dos líneas de acción permanente:

- a) Jornadas médicas en áreas de desastre.
- b) Prevención de la violencia sexual en albergues en zonas afectadas por desastres y de áreas de trabajo de AMES.

- Programa de incidencia política

Se entiende como el proceso que parte de alianzas políticas con las otras para cambiar el sistema partiendo de las instituciones, sus leyes y políticas. El Estado debe responderles a las mujeres, a sus derechos desde los servicios públicos que presta o los bienes que genera.

Este programa tiene bajo su responsabilidad el accionar político de AMES y el relacionamiento en el ámbito nacional e internacional con el objetivo que el Estado retome los derechos de las mujeres en el marco del cumplimiento de los compromisos internacionales y legislación nacional.

Este programa cuenta con dos áreas de trabajo:

- Área de Relaciones Internacionales.
- Área de Alianzas Políticas.

- Programa de Derechos en Salud de las mujeres

El programa tiene énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, si bien AMES impulsa su trabajo desde el enfoque de derechos, ha definido priorizar el derecho a la salud de las mujeres, esto sin dejar por un lado los derechos económicos, políticos y culturales. El enfoque a la salud de las mujeres es importante porque enmarca el cuerpo como territorio político, y cuando se hace énfasis en los derechos sexuales y reproductivos se afianza la autonomía física de las mujeres.

Este programa tiene bajo su responsabilidad los servicios en salud que presta la Asociación, que los mismos se caractericen por su calidad y calidez y sean sostenibles en su funcionamiento. Este programa consta de dos áreas específicas de trabajo:

- Área de formación y organización de promotoras en Derechos de las Mujeres en Salud y Enfermeras Auxiliares con especialidad en Derechos Sexuales y Reproductivos.

- Área de clínicas y sanatorio, la cual brinda servicios de salud a mujeres y sus familias permanentemente.

1.5 Planteamiento del problema

La depresión es una enfermedad emocional persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres experimentan la depresión a una tasa casi al doble que la de los hombres.

En Guatemala la depresión es uno de los principales problemas emocionales que afecta en su mayoría a mujeres de diferentes edades, clase social y religión. Uno de los factores que contribuye a esta problemática son los hogares disfuncionales, problemas sociales como falta de trabajo, embarazos no deseados, rupturas sentimentales, abandono de hogar, divorcio e inclusive duelo no resuelto.

Debido a la incidencia de mujeres que se presentó con esta dificultad a la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES, surge la necesidad de investigar a través del método científico, cuáles son los síntomas, las causas y efectos que provocan el desequilibrio emocional que afecta su diario vivir y por ende a sus familiares e hijos, para luego poder brindar material y herramientas que les sirva de apoyo y mejoramiento a su salud mental, física y emocional.

1.6 Interrogante

¿La depresión es una enfermedad emocional que afecta e interfiere la vida cotidiana y desequilibra la salud mental y emocional de las mujeres que asisten a AMES?

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

- Dar a conocer un estudio que promueva la salud mental y emocional de las mujeres que asisten a AMES en el departamento de Chimaltenango.

1.7.2 Objetivos específicos

- Dar a conocer las causas que provocan la depresión en mujeres que asisten a AMES, con el fin de poder trabajar a nivel preventivo.
- Lograr que cada mujer sea capaz de identificar y conocer sus emociones, para que aprenda a controlarlas y con ello mantenga una inteligencia emocional sana.
- Proveer material que contribuya a ampliar sus conocimientos sobre la depresión y herramientas que les sirva de apoyo, para evitar o combatirla y así poder mantener una buena salud mental.

1.8 Delimitación del estudio

- Lugar: Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES
- Tiempo: Del mes de marzo al mes de octubre del año 2,013
- Población: Mujeres y hombres que asisten a la asociación
- Recursos humanos: Directora de la asociación, psiquiatra de planta y alumna practicante
- Técnicas: Entrevista, observación, capacitaciones y talleres

1.9 Aporte

Esta investigación contribuirá al conocimiento de la población fémina en especial a las mujeres que asisten a AMES del Departamento de Chimaltenango, de la siguiente forma:

1. Propiciar el ejercicio pleno del derecho de las mujeres a la salud a través de consolidar los servicios de atención en salud de las mujeres, salud mental, atención a mujeres sobrevivientes de violencia, especialmente de violencia sexual; a través de servicios de calidad y calidez que sean sostenibles política y financieramente.
2. Fortalecer las capacidades de los equipos de trabajo de AMES y consolidar su integración e identidad, a través de la planificación, formación, el autocuidado, medidas de seguridad y la convivencia de sus integrantes; para el alcance de la misión y visión de la organización.
3. Fortalecer la estructura organizativa de AMES a través de un sistema gerencial y de gestión que le permita cubrir las necesidades de las áreas programáticas en función de la Misión y la Visión de la asociación.

Capítulo 2

Referente teórico

2.1 ¿Qué es la depresión?

“Es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.” (Sudupe, Taboada, Castro y Vázquez, 2006: 6).

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

2.1.1 Tipos de enfermedad depresiva

La depresión es un trastorno de humor o estado de ánimo y se divide en:

- En la depresión mayor, a veces conocida como unipolar o depresión clínica, las personas tienen algunos o todos los síntomas de los que se mencionan en el apartado “síntomas”, durante por lo menos dos semanas, pero con frecuencia duran varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una vez, dos veces, o varias veces durante la vida.
- “En la distimia, los mismos síntomas están presentes aunque son menos severos y duran por lo menos dos años.” (Colbert, 2003: 79) Las personas con distimia a menudo carecen de ánimo y entusiasmo para vivir, viviendo una existencia triste y fatigada que le parece a muchos ser una manifestación normal de sus personalidades. Éstos también pueden experimentar episodios de depresión mayor.
- La enfermedad maníaco-depresiva, o trastorno bipolar, no es tan común como otras formas de enfermedad depresiva e incluye ciclos disruptivos de síntomas depresivos que alternan con manía. Durante los episodios maníacos, las personas suelen volverse hiperactivas, habladoras, eufóricas, irritables, gastan dinero irresponsablemente, y se envuelven en relaciones sexuales inapropiadas. En algunos casos se presenta una forma menos intensa de manía, llamada hipomanía, se alterna con los episodios depresivos. A diferencia de otros trastornos de humor, tanto las mujeres como los hombres tienen la misma tendencia en cuanto al trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar suelen experimentar más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía.

2.1.2 Síntomas

Aunque algunos síntomas de la depresión son una respuesta natural al estrés o a una pérdida, el sufrimiento y los sentimientos de desesperación asociados con la depresión clínica son típicamente más intensos, duran más tiempo, y tienen una mayor repercusión en el funcionamiento diario de estos individuos.

Entre estos tenemos:

- Sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío.
- Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba.
- Problemas con el sueño, tales como: dormir mucho, dificultad para conciliar el sueño, no dormir lo necesario, o despertar muy temprano en la mañana.
- Cambio de apetito con pérdida o aumento de peso.
- Sensación de irritabilidad frustración o desasosiego.
- Disminución de energía o cansancio después de actividades normales.
- Dificultad para la concentración, falta de memoria, dificultad para tomar decisiones.
- Excesivos sentimientos de culpabilidad, sensación de inutilidad o desamparo.
- Disminución del interés al relacionarse con otras personas.
- Llanto más frecuente de lo usual.
- Pensamientos repetidos sobre la muerte o acerca de morir.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Síntomas físicos persistentes que no responden a tratamientos, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos, y dolor crónico.

2.2 Causas de la depresión

“Algunas teorías sobre las causas de la depresión sugieren que las personas que sufren de depresión han tenido demasiadas experiencias negativas en sus vidas (tales como enfermedades graves o pérdida de empleo) o muy pocas experiencias positivas y placenteras (tales como una relación satisfactoria con otras personas).” (Thompson, 2002: 6-7)

Existen algunos factores que podrían ser causantes de la depresión, entre ellos:

- a. Factores genéticos
- b. Factores bioquímicos
- c. Estrés ambientales
- d. Otros factores psicológicos y sociales

a. Factores genéticos

Existe cierto riesgo a desarrollar la depresión cuando hay historial familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado, el riesgo aumenta para aquellas personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no toda persona con un historial familiar desarrolla la enfermedad. Además, la depresión mayor puede ocurrir en personas que no tienen miembros de la familia con la enfermedad. Esto indica que factores adicionales, posiblemente la bioquímica, estrés ambientales, y otros factores psicosociales, tienen que ver con el comienzo de la depresión.

El trastorno depresivo mayor, al igual que la mayoría de enfermedades que afectan al ser humano, forma parte del grupo de enfermedades denominadas genéticamente complejas, en las que tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en su etiología.

El componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana.

A continuación se presentan algunos estudios que muestran los factores genéticos que podrían estar involucrados en el padecimiento de la depresión.

- Estudios familiares

La primera y más sencilla aproximación de los factores hereditarios implicados en un trastorno nace de la observación de la familia y del estudio de la prevalencia del trastorno entre sus miembros, lo que permite calcular el riesgo mórbido familiar para el diagnóstico de interés.

“Este tipo de estudios han confirmado que entre los familiares de primer grado de un paciente con depresión mayor (padres y hermanos, 50% de genes compartidos) existe un aumento importante de la prevalencia de esta patología (15%) respecto a la observada entre la población general (5,4%).” (CIBERSAM, 2012: 70-83).

Los estudios familiares, sin embargo, tienen el inconveniente de que no controlan el factor ambiental. Se ha de pensar que muchos aspectos importantes de nuestro comportamiento y de la psicopatología pueden estar relacionados con aprendizajes adquiridos en el entorno familiar y, por tanto, ser igualmente heredables. De esta manera, son imprescindibles, para completar el estudio de la implicación de factores genéticos, los estudios de adopción y de gemelos en los que sea posible controlar el factor ambiental y diferenciarlo del genético.

- Estudios de adopción

Se debe de determinar si los factores que están ligados a la transmisión familiar del trastorno son biológicos o ambientales. En este sentido, los estudios de adopción se basan en la comparación del riesgo de sufrir la enfermedad que tienen los hijos de padres biológicos afectados por el trastorno (niños de alto riesgo) y que están criados en una familia adoptiva sana en relación con el riesgo de hijos de padres afectados criados en su familia biológica.

- Estudios de gemelos

Los estudios basados en gemelos permiten estimar la importancia relativa de los genes y del ambiente, o de la interacción entre ambos, en relación a ciertas características complejas del ser humano, la mayoría de los estudios realizados en torno a este tema muestran, en general, la importancia de los factores genéticos (gemelos idénticos y gemelos que solo comparten la mitad de sus genes) ponen de manifiesto que algunos de estos factores pueden ser específicos de formas de depresión particularmente grave, recurrente y específica del sexo femenino, mientras que otros factores de riesgo genético serían compartidos por individuos de ambos sexos.

Los estudios llevados a cabo por el equipo de Kendler (2004) en una muestra de más de siete mil gemelos (hombres y mujeres) han permitido identificar algunos factores de riesgo ambiental importantes para sufrir una depresión mayor como determinados acontecimientos vitales estresantes, específicamente aquellos ligados a la pérdida (muerte, separación y otros) y a la humillación (vivencias vejatorias, separaciones iniciadas por otras personas).

b. Factores bioquímicos

“La evidencia demuestra que la bioquímica del cerebro es un factor significativo en los trastornos depresivos.” (Colbert, 2003: 82) Se conoce que las personas con enfermedad de depresión mayor típicamente experimentan la desregulación de ciertas químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores. Además, los patrones del sueño, que son influenciados por la bioquímica, típicamente son diferentes en las personas con trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas producen el efecto de cambiar el humor. Lo que aún no se conoce es si los disturbios bioquímicos de la depresión son de origen genético o si son secundarios al estrés, el trauma, la enfermedad física, o alguna otra condición ambiental.

c. Estresores ambientales

Una pérdida significativa, una relación dificultosa, problemas financieros, o un cambio importante en la vida han sido todos indicados como contribuyentes a la enfermedad depresiva.

A veces el comienzo de la depresión se asocia con enfermedad física aguda o crónica. Además, algunas formas de abuso de sustancias ocurren en más de una tercera parte de personas con cualquier tipo de trastorno depresivo. El abuso del alcohol o de drogas puede ser también la causa de los síntomas de depresión.

d. Otros factores psicológicos y sociales

Las personas con ciertas características-pensamientos pesimistas, baja autoestima, un sentido de tener poco control sobre los eventos de la vida, y la tendencia de preocuparse excesivamente-tienen más probabilidad de desarrollar la depresión. Estos atributos pueden aumentar el efecto de situaciones de estrés o interferir con la iniciativa de lidiar con los problemas o de mejorarse. La forma de crianza o las expectativas del rol sexual pueden contribuir al desarrollo de esas características. Parece que los patrones de pensamiento negativo se desarrollan típicamente durante la niñez o la adolescencia.

Algunos expertos proponen que la crianza tradicional de las niñas puede desarrollar estas características y puede ser un factor en la alta tasa de depresión en las mujeres. La perfección es una imagen que se ofrece como ideal. Se visualiza lo que transmiten los medios de comunicación: una casa grande, bonita, con calefacción, aire acondicionado, pareja heterosexual, dos hijos, un perro, pulcritud, cuerpos perfectos, buen nivel económico. Nos vemos abocados a esta imagen ideal. Si no se cumple y uno no está debidamente ubicado consigo mismo, su grado de insatisfacción, desvaloración e inseguridad le pueden conducir a la depresión.

La premisa “tanto tienes tanto vales” es un principio que lleva a la infelicidad: desear continuamente lo que el otro tiene es una imagen que nos bombardea y que nos sume, sin darnos cuenta, en un continuo desear cosas innecesarias para nuestro bienestar.

Abocados a ese tenerlo todo, no nos queda más remedio que vivir sólo y exclusivamente para el trabajo. Las bajas laborales por depresión son cada vez más frecuentes y tienen que ver con el estrés que mencionaba con anterioridad.

2.3 Efectos

A continuación se presentan algunos de los efectos que provoca el padecimiento de la depresión.

- Efectos en la mente

Por lo general, la depresión es causada por un desequilibrio de los neurotransmisores en el cerebro. Una persona deprimida experimenta una pérdida de interés en la mayoría de las actividades cotidianas como comer, interacción social, salir, etc. En casos extremos, la gente tiene dificultad para motivar a sí mismos, incluso a levantarse de la cama. El interés en la actividad sexual disminuye considerablemente y la capacidad de tomar decisiones se reduce también. Muchas de nuestras actividades diarias están directamente relacionadas con la mente. En otras palabras, nuestra mente está activa y viva todo el tiempo. En el caso de la depresión, la capacidad mental para conectar y relacionarse con el entorno está por debajo del nivel deseado y la negatividad que rodea a la persona que tiene un efecto grave y no deseable en todos los aspectos de la persona en la vida cotidiana. Cambios de humor frecuentes causan irritabilidad y afectan la capacidad cognitiva y cosas como la planificación, el análisis y la acción.

- Efectos físicos

Algunas características de personalidad y los estilos de enfrentar situaciones también están asociados con la depresión. Por ejemplo, tener baja autoestima, o no sentirse en control de los eventos en su vida, son características comunes de las personas con depresión.

- En el sistema nervioso: pueden provocar dolores de cabeza, mareo, vértigos, desmayos, hormigueros, parálisis musculares (calambres o cuando se entume un pie o una mano).
- Dolores de los sentidos: Ceguera temporal (ejemplo de pronto se va la visión por un segundo), visión doble, afonía.

- Sistema circulatorio: palpitaciones y taquicardias
- Sistema respiratorio: sensación de ahogo, dolor u opresión en el pecho
- Sistema digestivo: sequedad de boca, sensación de atragantamiento, nauseas, vómitos, estreñimiento y diarrea.
- Sistema osteomuscular: es común que provoque tensión muscular, dolor muscular y cansancio.
- El interés en la actividad sexual disminuye considerablemente.

2.4 Perfil psicológico de las personas deprimidas

Las personas que padecen episodios depresivos, generalmente tiene una visión distorsionada de la realidad, presentan baja autoestima en sus relaciones sociales y en muchos momentos piensan en la muerte como una salida; tienen creencias y pensamientos erróneos, son incapaces de desarrollar los roles sociales esperados a su edad y género.

Presentan ansiedad y trastornos de sueño, así como alteraciones en los patrones de alimentación, ya sea que no presentan hambre o de lo contrario comen y comen y no se llenan; también es frecuente que presenten problemas para poderse concentrar y tiene mala memoria. Se les dificulta aprender y presentan problemas con su sexualidad, uno de los más frecuentes es la baja del apetito sexual.

2.5 Depresión en las mujeres

La depresión en mujeres afecta en diferentes etapas de la vida, en los últimos años los investigadores se ha concentrado en las siguientes áreas:

- Durante la adolescencia

Antes de la adolescencia, hay poca diferencia en la tasa de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años existe un aumento notable en la tasa de depresión entre las niñas. A la edad de 15, las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio

depresivo mayor dos veces más que los varones. Esto sucede en un momento en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente.

El estrés de la adolescencia incluye la formación de una identidad, desarrollo de la sexualidad, separarse de los padres, y tomar decisiones por primera vez, junto con otros cambios físicos, intelectuales, y hormonales. Este estrés generalmente es diferente entre niños y niñas, y puede estar asociado con más frecuencia con la depresión en las mujeres. Las investigaciones indican que las estudiantes femeninas de escuela superior tienen tasas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de comida, y problemas de ajuste, significativamente más altos que las de los estudiantes varones, los cuales tienen tasas más altas de trastornos de comportamiento disruptivo.

- Durante la adultez: relaciones y el rol en el trabajo

En general, el estrés puede contribuir a la depresión en las personas que son vulnerables biológicamente a la enfermedad. Algunos han teorizado que la alta tasa de depresión en las mujeres no se debe a una mayor vulnerabilidad sino a los estreses específicos que muchas de las mujeres enfrentan. Estos estreses incluyen las responsabilidades principales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, y cuidar de niños y padres envejecidos. Cómo es que estos factores pueden afectar a las mujeres de manera única es algo que todavía no se comprende totalmente.

Para ambos, las mujeres y los hombres, las tasas de depresión mayor son más altas entre los que están separados o divorciados, y más bajas entre los que están casados, aunque siempre son más altas para las mujeres que para los hombres. No obstante, la calidad del matrimonio puede contribuir significativamente a la depresión.

- Durante eventos reproductivos

Los eventos reproductivos de las mujeres incluyen el ciclo menstrual, embarazo, el período después del parto, infertilidad, menopausia, y a veces, la decisión de no tener hijos. Estos eventos conllevan fluctuaciones en el humor que para algunas de las mujeres incluye la depresión. Los investigadores han confirmado que las hormonas afectan la química del cerebro que controla las

emociones y el humor; aunque se desconoce el mecanismo biológico específico que explica el papel que juegan las hormonas.

Muchas de las mujeres experimentan ciertos comportamientos y cambios físicos asociados con las fases de los ciclos menstruales. En algunas de las mujeres, estos cambios son severos, ocurren con regularidad, e incluyen sentimientos de depresión, irritabilidad, y otros cambios emocionales y físicos. “Los cambios, conocidos como el síndrome premenstrual (PMS por sus siglas en inglés) o trastorno disfórico premenstrual (PMDD por sus siglas en inglés)” (Bienestar, sf: Párr. 15), típicamente comienzan después de la ovulación y empeoran gradualmente hasta que comienza la menstruación. Los científicos están estudiando cómo la subida y bajada cíclica del estrógeno y otras hormonas puede afectar la química del cerebro que está asociada con la enfermedad depresiva.

Los cambios del humor *postpartum* varían desde un poco de tristeza que inmediatamente acompaña el parto, hasta un episodio de depresión mayor, a una depresión psicótica severa e incapacitadora. Los estudios indican que las mujeres que experimentan una depresión mayor después de dar a luz muy probablemente han experimentado episodios depresivos anteriores, aunque no hayan sido diagnosticadas y tratadas.

El embarazo (si es deseado) raramente lleva a la depresión, y provocarse un aborto no parece resultar en incidentes más altos de depresión. Las mujeres con problemas de infertilidad pueden estar sujetas a episodios de ansiedad o tristeza extrema, pero no está claro si esto contribuye a una tasa más alta de la enfermedad depresiva. Además, el ser madre puede ser un tiempo de alto riesgo para la depresión debido al estrés y las exigencias que esto impone. La menopausia, en general, no está asociada con un aumento en el riesgo por la depresión.

- La cultura

La información tocante a la incidencia de la enfermedad para otros grupos raciales y étnicos no es definitiva, es posible que las diferencias en la presentación de síntomas afecte la manera en que se reconoce y se diagnostica la depresión entre las culturas. Las personas de varios trasfondos

culturales pueden percibir los síntomas de la depresión de diferentes maneras. Tales factores deberán ser considerados cuando se trata de mujeres de poblaciones especiales.

- Victimización

Se conoce que las mujeres que fueron violadas de niñas tienen una probabilidad más alta de sufrir de depresión clínica en algún tiempo durante sus vidas que las que no tienen tal historial.

Las mujeres que experimentan otras formas comunes de abuso, tal como abuso físico y hostigamiento sexual en el trabajo, también pueden experimentar tasas de depresión más altas. El abuso puede resultar en depresión porque fomenta la baja autoestima, el sentido de estar indefensa, la auto-culpabilidad, y aislamiento social. Pueden existir factores biológicos y ambientales de la depresión como resultado de haberse criado en una familia disfuncional.

- La pobreza

Un nivel económico bajo lleva consigo muchos estreses, incluyendo aislamiento, incertidumbre, eventos negativos frecuentes, y pobre acceso a recursos útiles. La tristeza y moral baja son más comunes entre las personas de bajos ingresos y aquellos que carecen de apoyo social.

- La depresión del ama de casa

Uno de los trastornos más comunes en las consultas médicas en los últimos años es de las amas de casa, las quejas que estas mujeres suelen presentar son muy comunes: cansancio, abatimiento, agotamiento físico, malestar general, dolores de cabeza, tristeza continua pero no muy intensa, inapetencia sexual, insomnio, irritabilidad y distintas molestias psicósomáticas (náuseas, malas digestiones, estreñimiento, etc.).

“Algunos síntomas que se presentan son: Inquietud interior (desasosiego, inseguridad), tensión motora (temblores, dolores musculares, espasmos, incapacidad para relajarse, tics, rostro constreñido), permanente estado de alerta (hipervigilancia), expectación negativa (preocupaciones, miedos, anticipación de desgracias para uno mismo y para los demás),

irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, estado de alteración. Temor a la muerte, temor a la locura, temor a perder el control, quejas somáticas: palpitaciones, opresión precordial, sequedad de boca, hipersudoración, dificultad respiratoria, pellizco gástrico, escalofríos, oleadas de calor y de frío, manos sudorosas, sensación de mareo o vértigo, colitis, micciones frecuentes. Estas señales en muchas ocasiones no son reales sino que responden a una hipocondría, es decir, un cuadro clínico sin sintomatología clara, con malestares variados, sin especificar, pero con un deterioro notable de la salud física y mental; es una forma de llamar la atención de su grupo familiar o de somatizar la insatisfacción personal y la soledad”. (Igerontológico, sf: Párr. 2)

2.6 Tratamiento

Los tratamientos típicos usados para la depresión son los medicamentos antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de los dos. Cuál de los dos es el tratamiento indicado para cada persona depende de la naturaleza y severidad de la depresión y, hasta cierto punto, en la preferencia individual. En la depresión leve o moderada, uno o ambos de los tratamientos pueden resultar útiles, mientras que en la depresión severa o incapacitadora, generalmente se recomienda el medicamento como el primer paso en el tratamiento. En tratamientos combinados, el medicamento puede aliviar los síntomas físicos rápidamente, mientras que la psicoterapia permite la oportunidad de aprender opciones más efectivas para lidiar con los problemas.

“A pesar que se suele dar con episodios más agudos y con fases de relativa ausencia de síntomas, la depresión debe considerarse como un tratamiento recurrente y algunas veces crónico.” (Villagrán, 1996: 45).

Esto implica que los planes terapéuticos deben prestar atención tanto al episodio actual como al desarrollo a medio y largo plazo del trastorno. En principio, el tratamiento de un episodio depresivo grave debe durar al menos seis meses. No obstante, en algunos casos se debe pensar en la posibilidad de un tratamiento preventivo de varios años que evite las recaídas (se sabe que entre el 50 y 85% de los depresivos mayores tienen al menos una recaída a lo largo de su vida, preferentemente en los dos o tres primeros años).

2.6.1 Medicamentos

“Existen varios tipos de medicamentos que se usan para el tratamiento de los trastornos depresivos. Estos incluyen medicamentos más nuevos-principalmente los inhibidores del rehuso de serotonina (*selectiveserotoninreuptakeinhibitors* o SSRI por sus siglas en inglés)- y los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (*monoamine oxidase inhibitors*, o MAOI por sus siglas en inglés)”. (Ayuso y Saiz, 1990: 64).

Los SSRI-y otros medicamentos más nuevos que afectan los neurotransmisores, tales como la dopamina o norepinefrina-generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Cada uno actúa sobre diferentes vías químicas del cerebro humano que están relacionadas con el humor. Los medicamentos antidepresivos no forman hábito de dependencia. Aunque algunas personas notan mejoramiento en las primeras dos semanas, los medicamentos antidepresivos deben ser tomados regularmente por lo menos durante cuatro semanas y, en algunos casos, hasta tanto como ocho semanas, antes de que pueda ocurrir el efecto terapéutico completo. Para que sean efectivos, y para evitar un relapso de la depresión, se deberán tomar los medicamentos por 6 a 12 meses, siguiendo cuidadosamente las instrucciones del médico.

Los medicamentos deben ser supervisados para asegurar el uso de la dosis más efectiva y para disminuir los efectos secundarios. Para los que han tenido varios episodios de depresión, el tratamiento con medicamentos a largo plazo es la manera más efectiva de evitar episodios recurrentes. El médico que receta proveerá información sobre los posibles efectos secundarios y, en el caso de los MAOI, restricciones de dieta y medicamentos. Además, se deben examinar los otros medicamentos usados.

2.6.2 Psicoterapia

En casos leves a moderados de depresión, la psicoterapia también es una opción de tratamiento. Algunas terapias a corto plazo (10 a 20 semanas) han resultado muy efectivas en varios tipos de depresión. Terapias de "hablar" ayudan a los pacientes a comprender y resolver sus problemas mediante conversaciones con su terapeuta. Terapias de "comportamiento" ayudan a los pacientes a

aprender nuevos comportamientos que resultan en más satisfacción en su vida y a "desaprender" comportamientos que son contra productivos.

Las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas en la depresión son: la terapia de apoyo, las terapias breves de orientación psicoanalítica y las terapias de orientación cognitivo-conductual. Existen técnicas psicoterapéuticas específicas, como la terapia grupal, de familia o de pareja, que se utilizan en los casos en que las relaciones interpersonales, familiares o conyugales pueden desencadenar o perpetuar el trastorno depresivo.

- Tipos de psicoterapia

“Las investigaciones han demostrado que dos tipos de psicoterapias a corto plazo, interpersonal y comportamiento cognitivo, son útiles para algunas formas de depresión”. (Villagrán,1996 :p133)

La terapia interpersonal funciona para cambiar las relaciones interpersonales que causan o empeoran la depresión. La terapia de comportamiento cognitivo ayuda a cambiar estilos de pensamiento y comportamiento negativos que pueden contribuir a la depresión.

A. Psicoterapia de apoyo

Es imprescindible como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión. Además de la información y orientación ya mencionadas, se busca el refuerzo de las defensas del aparato psíquico del paciente, favorecer la búsqueda de apoyo emocional en otras personas cercanas, empatía del médico hacia la experiencia subjetiva del paciente.

B. Psicoterapias psicodinámicas breves

La psicoterapia psicoanalítica explora la presencia de una vida intrapsíquica, que permanece inconsciente para el paciente, y que está en el origen de sus síntomas. Estos serían el resultado emergente de la confrontación entre las defensas del paciente y sus impulsos.

Su principal virtud es la brevedad (entre 10 y 40 sesiones) y su mayor defecto, los rígidos criterios de selección de los pacientes: estos deben tener una especial motivación para cambiar, deben ser capaces de relacionarse de forma madura y de confiar en el terapeuta, deben tener una inteligencia suficiente y un yo más o menos estable con capacidad para la introspección y de expresión de las emociones y deben haber experimentado un conflicto bien delimitado que pueda ser fácilmente identificable.

C. Terapia cognitivo – conductual

La psicoterapia conductual pretende la modificación de algunas pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. Son varias las técnicas que han surgido de esta orientación terapéutica: relajación, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, técnicas de exposición a los factores estresante, etc.

La psicoterapia cognitiva resalta la importancia de las cogniciones: pensamientos disfuncionales de culpa, inferioridad, visión negativa de sí mismo y del entorno. Promover un cambio en estas cogniciones es un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y en la prevención de futuras recaídas.

- Técnicas conductuales

Las técnicas basadas en la teoría del refuerzo intentan aumentar la cantidad y calidad de las interacciones positivas del sujeto con su entorno y reducir las negativas; el tratamiento es breve (12 sesiones) y muy estructurado. En la fase de diagnóstico el sujeto localiza en sendas leístas de sucesos placenteros y displacenteros aquellas interacciones persona-entorno más frecuentemente problemáticas en su caso y aquéllas más placenteras.

Una vez hecho esto, tendrá que llevar adelante durante todo el tratamiento un registro diario (auto registro) de las actividades agradables y desagradables que experimente, así como de su estado de ánimo. En la fase de tratamiento se intentará que disminuya la frecuencia y la percepción subjetiva de adversidad que acompaña a las situaciones displacenteras.

El objetivo final de este método es enseñar al depresivo una serie de destrezas para modificar patrones problemáticos de interacción, de tal forma que mantengan los cambios más allá del fin de terapia.

D. Terapia en grupo y familia

Otras técnicas psicoterapéuticas como la psicoterapia grupal, la de pareja o la terapia de familia son de utilidad en los casos en que existen factores estresantes importantes en la relación interpersonal con los familiares o con la pareja que pueden desencadenar o perpetuar el trastorno depresivo.

En la siguiente tabla se muestran algunas terapias aconsejables para pacientes deprimidos.

Tabla 1 Tipos de psicoterapias

| | |
|---------------------------|--|
| Terapia de apoyo | Personas con bajo nivel de comprensión-expresión y pocos recursos personales y familiares |
| Psicoanálisis | Deprimidos con estructura de personalidad alterada y síntomas moderados |
| Psicoterapia breve | Personas con buen nivel de comprensión-expresión y conflictos fácilmente identificables |
| Terapia conductual | Personas con bajo nivel de comprensión-expresión y muy motivados y colaboradores |
| Terapia cognitiva | Personas con algo nivel de comprensión-expresión y capacidad de cambio |
| Terapia grupal | Personas con dificultades en las relaciones y poco apoyo social |
| Terapia de pareja | Personas con conflictos de pareja y motivadas para iniciar el tratamiento |
| Terapia familiar | Personas con evidentes conflictos familiares cuya familia está dispuesta a colaborar |

Fuente: Villagrán, (1996: 85).

2.7 Clasificación y criterios diagnósticos

Siguiendo fundamentalmente coordinadas operativas y empíricas, desde hace algunos años se propugnan los siguientes criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como de la CIE-10.

2.7.1 Según el DSM-IV

I. Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32) o recidivante (F33)

Criterio A

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un período de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo, triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes), la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo, en apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
- Disminución o pérdida de interés, o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día casi todos los días.

Síntomas somáticos

- Disminución o aumento del peso, o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días, insomnio o hipersomnias, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud), s
- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos

- También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (este síntoma puede adquirir un carácter delirante).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor de morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

Criterio B

Señala el no cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C

Los síntomas provocan un malestar significativo, a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

Criterios D y E

Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento, ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa (sobre este aspecto insistiremos más adelante)

- Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.

II. Trastorno Distímico (F34.1)

Criterio A

Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años (en niños, el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).

Criterio B

Dos o más de los siguientes:

Disminución o aumento del apetito

Insomnio o hipersomnia

Falta de energía vital

Baja autoestima

Dificultades para concentrarse o tomar decisiones

Sentimientos de desesperanza

Criterio C

Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D

No habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes). De lo contrario, en lugar del trastorno distímico, se pasaría a hablar de un trastorno depresivo mayor crónico, o de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Antes de la aparición de la distimia pudo darse un episodio depresivo mayor previo, y para tal diagnóstico tuvo que remitir por completo, con un período posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E

Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaníaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.

Criterios F y G

Son criterios de exclusión, al igual que el E. se descartan la esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas y enfermedades médicas.

Criterio H

Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral o en otras áreas del funcionamiento del paciente. Se especifica si el inicio es temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío, y la presencia de síntomas atípicos.

- III. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo) (F43.20 y F43.22)

Depresión reactiva:

La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia.

Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral.

2.7.2 Según la CIE-10

I. F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una

disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) disminución de la atención y concentración
- b) pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) una perspectiva sombría del futuro
- e) pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) trastornos del sueño y
- g) pérdida del apetito

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son:

- a. pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras

- b. pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras
- c. despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual
- d. empeoramiento matutino del humor depresivo
- e. presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas)
- f. pérdida marcada de apetito
- g. pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
- h. pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente a menos que cuatro o más de cuatro de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Las categorías de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) y grave (F32.2 y F32.3) que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser utilizadas únicamente para episodios depresivos aislados (o para el primero). Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente (F33). Se incluyen unos niveles de gravedad para poder cubrir el amplio espectro de los cuadros clínicos que se ven en los diversos tipos de práctica psiquiátrica. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de las formas más graves de episodios depresivos.

Los actos auto agresivos, con frecuencia intoxicaciones voluntarias con la medicación prescrita, que acompañan a los trastornos del humor (afectivos), deben codificarse mediante un código adicional del capítulo XX de la CIE-10 (X60-X84). Estos códigos no implican valoraciones acerca de la diferenciación entre intentos de suicidio y "parasuicidio". Ambos se incluyen en la categoría general de autoagresión.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la

actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

La presencia de demencia (F00-F03) o de retraso mental (F70-F79), no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo tratable, aunque las dificultades de comunicación hacen probable que sea necesario confiar más de lo habitual para hacer el diagnóstico, en los síntomas somáticos objetivos observados como la inhibición psicomotriz, la pérdida de apetito y de peso y los trastornos del sueño. Incluye: episodios aislados de reacción depresiva, depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2), depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2), depresión mayor (sin síntomas psicóticos)

II. F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico: El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.

F32.01 con síntomas somáticos

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

2.8 Duelo y depresión

El duelo queda contemplado en el DSM-IV, en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima. Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor.

La respuesta de duelo es un proceso altamente individual que depende de múltiples aspectos personales y culturales, pero que puede ser considerado normal. Sin embargo, en ocasiones la respuesta emocional ante una pérdida se torna problemática, bien por su ausencia, bien por su intensidad, bien por sus peculiares características. Es en estos casos en donde el duelo llega a ser un problema clínico que puede necesitar especial atención.

Tradicionalmente el duelo y depresión ha estado íntimamente unidos. Las explicaciones que se han dado del duelo han surgido, en su mayor parte, de teorías que intentan explicar la depresión.

2.8.1 ¿En qué consiste el duelo?

“El duelo (del latín *dolus*, dolor, pena, aflicción o pesar por la muerte de alguien) como reacción emocional ante una pérdida es un proceso que puede variar de persona a persona, e incluso, en el mismo individuo a lo largo del tiempo.” (Villagrán, 1996: 94).

En base a ello se ha afirmado que el duelo es un proceso normal que tiene lugar ante la muerte de un ser querido. Pero, de ser así, ¿qué caracteriza al duelo normal en contraposición a otros tipos de duelo complicados o patológicos? La respuesta no es simple dada la complejidad de esa reacción emocional individualizada y los múltiples aspectos que la integran.

El duelo es un conjunto de respuestas adaptativas ante la pérdida de alguien importante en nuestras vidas. Este conjunto de repuestas incluye reacciones emocionales y cognitivas (choque, pesar, sensación de pérdida, ira, culpa, ansiedad, imágenes intrusivas, soledad), procedimientos para afrontar estas reacciones (hiperactividad, pasividad en el ocio, evitación, racionalización, incredulidad, control de las emociones) y para mantener fantásticamente la relación con el ser fallecido (diálogos imaginados, simbolismo de objetos, sueños, fotografías y recuerdos) y cambios en el funcionamiento socio laboral, en las relaciones interpersonales y en la propia visión de uno mismo y del mundo.

El proceso del duelo surge, generalmente, al ser consciente de la discrepancia entre el mundo que el mundo es y el mundo que debería ser: el primero es el mundo real, con sus alegrías y frustraciones, que incluye la pérdida del ser querido, el segundo es una construcción interna, una fantasía personal e intransferible que determina la visión (y adaptación) al primero.

Fases del trabajo del duelo

- Fase de choque: la persona que ha perdido a un ser querido se siente bloqueada, paralizada, se muestra incrédula ante dicha pérdida, tiende a creer que la muerte no es real y en ocasiones, se rebela contra ella.
- Fase de reacción aguda: la muerte es aceptada cognitiva y emocionalmente. Esta aceptación se manifiesta generalmente de modo súbito y bajo la forma de oleadas de un tenso malestar emocional, angustia, tristeza, llanto incontrolable, que se acompaña a veces de molestias somáticas, palpitaciones, opresión en el pecho , molestias gastrointestinales, y que llevan a retraimiento social.

- Fase de restitución: comienza a reconocer y aceptar lo que la pérdida ha significado en su vida y decide prestar más atención al mundo y a las personas circundantes.

Duración el duelo normal

El duelo es un conjunto de reacciones cognitivas y emocionales individuales, y por tanto, en su duración influirán multitud de factores que van desde la circunstancias de la pérdida, al tipo de vinculación existente con la persona fallecida, pasando por los papeles socioculturales o sexuales desempeñados por el doliente.

Tradicionalmente se dice que un duelo normal suele durar alrededor de un año pero existen estudios que confirman que muchas personas nunca completan el trabajo de duelo y hasta el fin de sus vidas presentan reacciones y conductas propias del mismo (pierden la ilusión por determinadas actividades, evitan contraer matrimonio nuevamente (si la pérdida es el cónyuge, o presentan un ánimo depresivo de forma continua)

2.8.2 Duelo patológico

En ciertos casos, el trabajo de duelo de una persona en una determinada cultura puede desviarse de lo habitual y de lo normal y asociarse a trastornos psicológicos y somáticos, hasta el punto de ser considerado patológico.

Tipos de duelo patológico

- Duelo retardado: aunque reúne las características típicas del duelo normal, no suele iniciarse tras el fallecimiento del ser querido, sino tras un periodo que oscila entre dos o tres semanas y varios meses.
- El duelo ausente: la reacción emocional ante la pérdida no aparece y el presunto doliente actúa como si no hubiera ocurrido nada.

- El duelo crónico: el doliente se instala en la fase aguda del duelo y muestra durante años síntomas ansiosos, depresivos y una preocupación continua para la figura del fallecido.
- El duelo no resuelto: es una forma menor del tipo anterior caracterizado por la excesiva duración de alguna de las dos primeras fases del trabajo de duelo y la incapacidad para acceder a la tercera.
- En el duelo inhibido: El doliente se muestra incapaz para expresar claramente su pesar por la pérdida por limitaciones personales o sociales que le impiden, por ejemplo, llorar, mostrarse vulnerable, etcétera.
- El duelo distorsionado o anómalo: Se caracteriza por la aparición de fenómenos poco usuales y atípicos en la expresión emocional y cognitiva del doliente.

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1 Método

Para la realización de esta investigación se utilizó el método científico (Sabino, 1992:p3), a través del cual se pudo comprobar lo que en un principio fue el planteamiento de las posibles causas y efectos que provocan y desencadenan la depresión en las féminas atendidas en el centro de práctica.

Comenzando el proceso con la técnica de observación a través de la cual se obtuvo valiosa información, que sirvió como base para analizar los diferentes factores que influyen de manera negativa y positiva en la problemática del tema seleccionado, misma que se utilizó para el planteamiento del problema; seguido por una serie de ideas que fueron utilizadas para la formulación de la hipótesis central, lograr comprobar que los síntomas y efectos que fueron más notables en los casos atendidos, son los principales causantes del desequilibrio emocional en las féminas atendidas. Se define hipótesis central como la plataforma sobre la cual se basa toda la investigación.

Fue indispensable la utilización de la técnica de entrevista la cual es una forma específica de investigación social que tiene por objeto recolectar datos, la que sirvió de apoyo y soporte para la información obtenida a través de la técnica de observación.

Se utilizó la investigación cualitativa la que se basó en la toma de muestras pequeñas, como son las féminas que llegaron a consulta por depresión y el personal de AMES.

Para obtener y conocer cuáles son los tratamientos que mejor se adecuan a la población afectada, fue necesario utilizar la técnica de experimentación y la investigación cuantitativa pues se trabajó con la muestra de las féminas que asistieron a consulta por depresión.

3.2 Delimitación

Área geográfica: La investigación se realizó en la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES de la cabecera departamental de Chimaltenango, lugar donde se efectuó la práctica supervisada.

Población: La muestra fue de féminas comprendidas en las edades de 14 a 36 años de edad, que asistieron a consulta clínica por depresión, durante el período de práctica supervisada.

Tiempo: La recolección de información para comprobar la hipótesis y planteamiento del problema, se realizó durante el tiempo de práctica supervisada, la cual dio inicio en el mes de marzo y finalizó en octubre del año 2013.

3.3 Procedimiento

La investigación se llevó a cabo durante la práctica profesional dirigida, con las féminas que asistieron a atención clínica presentando síntomas y características de un cuadro depresivo.

Para poder diagnosticar el trastorno de depresión, fue necesario realizar el proceso terapéutico que incluyó: examen mental, historia clínica, técnicas de observación y una serie de entrevistas, las cuales fueron la base principal para el diagnóstico.

Se utilizaron diferentes ejercicios terapéuticos entre ellos cuestionarios para evaluar el nivel de autoestima, pues es uno de los principales síntomas de la depresión.

El diagnóstico fue detectado a través de la técnica de observación y entrevista, corroborando con los criterios establecidos en la CIE10.

Al aplicar la técnica de entrevista y observación los síntomas más notables fueron:

- Baja autoestima
- Estado de ánimo bajo
- Ansiedad
- Dificultad para concentrarse
- Cansancio y falta de energía

- Desmotivación
- Sentimientos de desesperanza
- Ideas irracionales

Y se detectó que algunas de las causas son:

- Cambio de roles en los hogares
- Hogares disfuncionales
- Desempleo
- Ruptura de relaciones sentimentales
- Divorcio o separación

Luego de haber obtenido el diagnóstico se trabajó el plan terapéutico que incluía, la aplicación de terapias de enfoque gestáltico, cognitivo-conductual, existencial, terapia racional emotiva e impartición de talleres y charlas. Entre las técnicas aplicadas destacan:

- Técnica ABC
- Técnica expresiva
- Ejercicios terapéuticos de relajación
- Técnica de silla vacía
- Técnica del espejo
- Técnica aptitudes positivas – negativas
- Técnica carta abierta
- Cambio de ideas irracionales

Capítulo 4

Presentación de resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la práctica. Se dan a conocer los casos de pacientes que asistieron a atención psicológica, se detalla el número de sesiones trabajadas por cada paciente y el tratamiento aplicado. Así mismo se dan a conocer los logros y limitaciones que se presentaron durante el ejercicio de la práctica

4.1 Logros

- El cambio de conducta y vida de los pacientes que terminaron el proceso terapéutico.
- Brindar atención psicológica a la población en riesgo.
- Los talleres impartidos de autocuidado, autoestima cumplieron con el objetivo de promover un mejor estilo de vida a las mujeres que asisten a la asociación.
- Haber realizado el proceso terapéutico aplicando las técnicas y conocimientos adquiridos durante los cinco años de estudio.
- Haber concientizado a la población femenina de la importancia de mantener una salud emocional estable.

4.2 Limitaciones

- Algunos pacientes no se comprometieron a concluir el proceso terapéutico, puesto que solo asistieron a una o dos sesiones y se retiraron sin previo aviso.
- Falta de colaboración por parte de los pacientes para la realización de las tareas, lo que alargó el proceso terapéutico.
- En ocasiones las madres de los pacientes deseaban que se les explicara literalmente lo que el paciente (hijo/a) refería en las sesiones.
- La cultura de algunos pacientes fue un limitante y en algunos casos un motivo para no terminar con el plan terapéutico.

4.3 Casos clínicos de Trastorno de Depresión

Informe de caso clínico

1. Datos generales

Nombre: V. M. C.

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

Religión: Cristiana evangélica

Escolaridad: 6to. Primaria

Ocupación: Operaria (maquila)

Estado civil: Casada

Fecha de inicio de la intervención: 23-Febrero-2013

No. De sesiones trabajadas: 10 sesiones

2. Motivo de consulta

La paciente refirió que debido a que vive en un hogar disfuncional donde el esposo no trabaja, se han invertido los roles y se ha convertido en la madre proveedora, provocando un deterioro en la relación madre-hijos, tristeza constante y desanimo.

3. Descripción del proceso

La paciente fue referida por la psicóloga de turno, se corroboró la información ya obtenida, se trabajó el examen mental y se tuvo un buen encuadre, la paciente expresó su motivo de consulta,

refirió sentirse muy estresada, angustiada y con tensión, por lo que se realizaron ejercicios de relajación. Se le dejaron ejercicios de relajación para calmar la tensión en su hogar.

La paciente refirió las dificultades de su hijo menor, presentó llanto espontáneo, por lo que se trabajó ejercicio de respiración, se le explicó que el hijo se encontraba en la etapa de la adolescencia por lo que necesita todo el apoyo de ambos padres, pero por la dificultad del hogar es muy importante que ella le brinde todo el apoyo, cariño hacia el pequeño; expresó sentirse sola y abandonada por el esposo, económicamente es la proveedora del hogar, estaba cansada y frustrada de su situación, por lo que se le enseñó a utilizar y aplicar la técnica existencial, encontrar una razón por la cual vivir y seguir adelante; se le motivó a pasar tiempos de calidad con su hijo, y se le dejó de tarea el pasar un tiempo especial con él, prestarle atención y descubrir las actividades que le gustan.

Posteriormente refirió que le había costado cambiar sus pensamientos, pero que había logrado hacerlo, el resultado fue bueno, es consciente de que la dificultad no ha desaparecido, pero que tiene otras opciones de cómo enfrentarlo. Argumentó que la relación madre-hijo es mucho mejor y refirió sentirse mucho mejor, expresó su entusiasmo innato, agradecimiento y felicidad, siguió esforzándose por cambiar las ideas negativas a positivas y se comprometió a seguirlas practicando en su hogar.

La paciente mostró el avance que tuvo y decidió terminar el convenio de sesiones, agradeció, se despidió el día 05-Mayo-2013.

Dentro del proceso terapéutico fueron utilizadas varias terapias entre las que se encuentran:

- Por el estado emocional en el que llegó la paciente, se utilizó la terapia de apoyo
- Terapia de solución de problemas, orientar a la paciente a tomar decisiones que fueran lo mejor para ella.
- Terapia existencial, lograr que la paciente pueda tener una motivación para seguir adelante.
- Terapia racional emotiva

Y técnicas como:

- Escuchar activamente
- Técnica expresiva permitir que la paciente se expresara de la forma en que quisiera.
- Biblio- terapia Fortalece la vida espiritual y física, le brinda fe y paz.
- Técnica ABC, que le ayudaría a cambiar los pensamientos y/o creencias irracionales que la hacen quedarse estancada.
- Técnica expresiva
- Psico-educación informándole sobre el abuso verbal y violencia intra-familiar.
- Ejercicios terapéuticos de respiración

4. Diagnóstico (según criterios CIE10)

F32.1 Episodio Depresivo Moderado : Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) : a) la disminución de la atención y concentración, b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), d) una perspectiva sombría del futuro, e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas.

5. Recomendaciones

- Se recomendó a la paciente seguir realizando los ejercicios de relajación.
- Asistir a terapia esporádicamente (mínimo tres veces por año) para verificar su estabilidad emocional.
- Continuar realizando los ejercicios que le ayudaron a estabilizar su estado emocional.
- Evitar las situaciones que influyan en una recaída.

6. Observaciones

- La paciente necesita estímulos constantes.
- La paciente ha reaccionado de una forma positiva y no muestra indicios de una recaída.

Informe de caso clínico

1. Datos generales

Nombre: V. Y. M. T.

Sexo: Femenino

Edad: 33 años

Religión: Cristiana evangélica

Escolaridad: 6to. Primaria

Ocupación: Operaria (maquila)

Estado civil: Soltera

Fecha de inicio de la intervención: 23-Febrero-2013

No. De sesiones trabajadas: 4 sesiones

2. Motivo de consulta

La paciente refirió que necesita apoyo para sobre pasar la separación que existe entre su sobrina de tres años y ella, puesto que la cuidó desde que nació y la separación le ha afectado emocionalmente.

3. Descripción del proceso

En la primera cita, se tomaron los datos personales, se trabajó el examen mental, se obtuvo un buen encuadre, la paciente entre sollozos expresó su motivo de consulta, fue notable que

presentaba una crisis emocional, por lo que se trabajaron en varias ocasiones ejercicios de respiración, para relajarla y tranquilizarla.

Durante el proceso la paciente refirió que se encontraba emocionalmente muy aturdida, ansiosa, triste y desanimada, la niña era el centro de su vida, el motivo por el cual está viva y no tiene otra razón que no sea vivir para ella, la abuela materna ha buscado ayuda legal y asiste a terapia en otra institución.

También refirió que desde edad temprana la madre de la niña manifestó características y rasgos de rebeldía, desobediencia y ambición por las cosas materiales, esto la llevó a abandonar el hogar a la edad de 20 años, en ese lapso se embarazó de la niña y no regresó al hogar, esto motivó al padre a viajar a buscarla, en ese trayecto sufrió de violencia y es asesinado, al poco tiempo regresó la hija a su hogar y nació la niña quién llena el vacío que dejó el padre, la abuela de la niña se sintió muy feliz y contenta de tener una nueva razón de ser, la paciente enfoca todo su tiempo y amor hacia la niña, a la edad de cuatro años la niña es separada de su familia (abuelatías) para ser llevada a un lugar y con una persona que no conoce en contra de su voluntad, lo que motiva a la familia acudir a la vía legal.

A lo largo de las sesiones mostró el avance que obtuvo en poco tiempo, refirió sentirse mejor y decidió terminar con el proceso terapéutico el día 28-abril-2013.

En cada sesión se le dejaron ejercicios para el hogar como: ejercicios de respiración, motivacionales, de auto-cuidado, cambiar los pensamientos negativos por positivos.

Dentro de las terapias utilizadas para el tratamiento destacan:

- Terapia de apoyo.
- Terapia de solución de problemas, orientar a la paciente a tomar decisiones de bienestar.
- Terapia existencial, lograr que la paciente pueda tener una motivación que la motive a seguir adelante.

Y técnicas como:

- Escuchar atentamente a la paciente
- Reforzar la autoayuda
- Técnica expresiva en donde se permite que la paciente se exprese de la forma en que guste.
- Psico-educación informándole sobre la violencia infantil, bullying y violencia intra-familiar.
- Ejercicios terapéuticos de respiración

4. Diagnóstico (según criterios de CIE10)

F32.1 Episodio Depresivo Moderado : Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) : a) la disminución de la atención y concentración, b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), d) una perspectiva sombría del futuro, e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas.

5. Recomendaciones

- Se recomendó a la paciente seguir realizando los ejercicios de relajación.
- Asistir a terapia esporádicamente (mínimo tres veces por año) para verificar su estabilidad emocional.
- Continuar realizando los ejercicios que le ayudaron a estabilizar su estado emocional.
- Evitar las situaciones que influyan en una recaída.

6. Observaciones

- La paciente necesita auto evaluar la situación legal de la sobrina.
- La paciente necesita sentirse segura de sí misma, para poder transmitir seguridad a su sobrina.

Informe de caso clínico

1. Datos generales

Nombre: E.M.S.M.

Sexo: Femenino

Edad: 14 años

Religión: Católica

Escolaridad: 1ro. Básico (repitente)

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Fecha de inicio de la intervención: 07-Abril-2013

No. De sesiones trabajadas: 6 sesiones

2. Motivo de consulta

La paciente refirió que llegó a la Asociación por iniciativa de la madre, pues está preocupada por la baja motivación que presenta, las bajas calificación que ha obtenido en el transcurso del año y el distanciamiento que ha tenido hacia la figura paterna, afirma que necesita apoyo emocional.

3. Descripción del proceso

En la primer cita se tomaron los datos personales, se realizó el examen mental, se obtuvo un buen encuadre, se realizaron varias terapias entre ellas el listado de aptitudes positivas y negativas, luego se le explico el objetivo de la misma, en cada cita se le dejó ejercicios para el hogar.

Al avanzar en el proceso se realizó la técnica de carta de perdón, se le explicó a la paciente lo importante que es el otorgar el perdón al padre, con esta técnica la paciente refirió sentirse mucho mejor, se trabajó la batería de hábitos de estudio, se entregaron los resultados y se le recomendó mejorar los hábitos en los que obtuvo menor puntaje, la paciente agradeció y confirmó su deseo de asistir a una última cita y concluir con el proceso.

En la última cita, la paciente narró el avance que tuvo desde que comenzó la terapia, enfatizó el sentirse bien y estar tranquila, por lo que refirió el deseo de retirarse de las sesiones el día 28-Mayo-2013.

Dentro del proceso terapéutico fueron utilizadas varias terapias como:

- Terapia de apoyo
- Terapia racional emotiva
- Terapia existencial

Y técnicas:

- Escuchar atentamente a la paciente
- Técnica expresiva permitir que la paciente se expresara de la forma en que quisiera
- Técnica ABC , que le ayudaría a cambiar los pensamientos y/o creencias irracionales
- Técnica de espejo para aumentar su autoestima.
- Técnica de motivación
- Técnica de aptitudes buenas-malas
- Técnica de carta abierta
- Batería de hábitos de estudio
- Ejercicios terapéuticos de respiración, para calmar su ansiedad

4. Diagnóstico (según criterios de CIE10)

F32.0 Episodio depresivo leve : El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de

la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32): a) la disminución de la atención y concentración, b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), d) una perspectiva sombría del futuro, e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito.

5. Recomendaciones

- Asistir a terapia esporádicamente (mínimo tres veces por año) para verificar su estabilidad emocional.
- Continuar realizando los ejercicios que le ayudaron a estabilizar su estado emocional.
- Intentar tener una comunicación más amplia con el padre de familia.
- Integrarse a grupos sociales con el objetivo de entablar nuevas relaciones de amistad.

6. Observaciones

- La paciente necesita sentir el apoyo de su familia, especialmente del padre de familia.
- La paciente necesita mejorar la relación hija-padre, debido al distanciamiento que tuvo al enterarse que su nacimiento no fue deseado.

Informe de caso clínico

1. Datos generales

Nombre: F.A.X.

Sexo: Femenino

Edad: 35 años

Religión: Cristiana evangélica

Escolaridad: No sabe leer ni escribir

Ocupación: Trabaja en el campo

Estado civil: Separada

Fecha de inicio de la intervención: 07-Abril-2013

No. De sesiones trabajadas: 4 sesiones

2. Motivo de consulta

La paciente refirió que el padre de los niños ha dejado de enviarle la mensualidad que corresponde a cada niño, que ha sufrido de abuso verbal y los niños han sido afectados por el rechazo del padre al no querer visitarlos, lo que ha provocado una serie de pensamientos negativos, angustiosos y de tristeza.

3. Descripción del proceso

La paciente se presentó a la institución buscando apoyo y orientación sobre el abandono que ha sufrido con sus hijos por parte de su esposo, se tomaron los datos personales, se realizó una

pequeña entrevista para obtener antecedentes de la paciente y se elaboró el examen mental, se realizaron ejercicios de relajación.

La paciente expresó los sentimientos que había tenido reprimidos, a los cuales se les dio seguimiento a través de una serie de técnicas, especialmente las que le ayudaron a recuperar el estado de ánimo y su confianza, se emplearon ejercicios para estabilizar su autoestima.

Se le orientó acerca de la institución que puede brindarle apoyo y acompañamiento para el proceso legal de poner la denuncia y reclamar la mantención económica que le corresponde, al mismo tiempo que se comenzó a trabajar la autoestima brindándole frases de aceptación y de fortalecimiento.

Por la cultura y el lugar donde vive, la paciente refirió estar recibiendo reclamos por parte de su familia al estar asistiendo a terapia, por lo que decidió culminar con el proceso, agradeciendo el apoyo y las técnicas que se le enseñaron, se comprometió a seguirlas practicando. Reiteró el sentirse bien y que si en algún momento necesita el apoyo de las terapias, reanudara el proceso.

Dentro del plan terapéutico utilizado se encuentran las terapias:

- Terapia de apoyo
- Terapia existencial
- Terapia Cognitiva

Y técnicas como:

- Escuchar atentamente a la paciente.
- Ofrecer información acerca de las instituciones que le pueden brindar ayuda y encaminarla hacia un proceso legal.
- Técnica expresiva permitir que la paciente se expresara de la forma en que quisiera.
- Modificación de pensamientos, por la cultura fue muy difícil pasar a este nivel.
- Técnica expresiva.
- Psico-educación

- Ejercicios terapéuticos de respiración
- Biblio-terapia: Fortalece la vida espiritual y física, le brinda fe y paz

4. Diagnóstico (según criterios de CIE10)

F32.0 Episodio depresivo leve : El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32): a) la disminución de la atención y concentración, b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), d) una perspectiva sombría del futuro, e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito.

5. Recomendaciones

- Asistir a terapia esporádicamente (mínimo tres veces por año) para verificar su estabilidad emocional.
- Motivar a los hijos a que reciban asistencia psicológica por la dificultad que atraviesan.
- Integrar a los hijos a grupos sociales, que les ayuden a desarrollar sus aptitudes y habilidades.
- Establecer un horario en casa para poder aclarar dudas y hablar de temas que los hijos necesitan escuchar y conocer.

6. Observaciones

- Por la dificultad del caso, la paciente necesita recibir apoyo moral que la motive a seguir adelante.
- La paciente debe seguir asistiendo a asesoría legal, de tal forma pueda obtener un resultado positivo en el proceso judicial.

Informe de caso clínico

1. Datos generales

Nombre: A.R.G.T

Sexo: Femenino

Edad: 20 años

Religión: Cristiana evangélica

Escolaridad: 5to. Secretariado oficinista

Ocupación: Operaria, fábrica de verduras

Estado civil: Soltera

Fecha de inicio de la intervención: 07-Abril-2013

No. De sesiones trabajadas: 5 sesiones

2. Motivo de consulta

La paciente refirió que fue violada a la edad de nueve años por un vecino que era mayor que ella, nunca se lo contó a su madre y hermanos, los sentimientos reprimidos los ha somatizado pues sufre de dolores de cabeza y abdominales, tiene llantos constantes, tristeza y mantiene un estado de ánimo bajo.

3. Descripción del proceso

La paciente llegó a la hora acordada, se tomaron los datos personales, antecedentes familiares y/o enfermedades y se realizó el examen mental, expresó el motivo de consulta, se encontraba muy cargada físicamente por lo que comenzó a narrar lo sucedido, lloro y sufrió en gran manera al

recordar el acontecimiento, por lo que se trabajó ejercicios de relajación y respiración, la primer cita se extiende alrededor de tres sesiones.

Se le explicó el proceso y se le dejó la primera tarea de escribir y detallar los aspectos negativos y positivos de su persona y traerlos consigo en la próxima cita, se comenzó a trabajar la autoestima con la técnica del espejo, en las siguientes citas la paciente luce mejor, refirió que la técnica del espejo le ha ayudado afianzando su confianza. Luego de haber leído la lista de aptitudes positivas y negativas, se tomaron las aptitudes positivas como reforzamiento de su personalidad, haciéndole ver que es una persona muy importante y con características únicas, con el fin de aumentar su autoestima y confianza.

La paciente reaccionó muy positivamente, colabora y muestra el deseo de avanzar para cerrar con ese ciclo en su vida, se le explicó el proceso de perdón, la paciente reaccionó positivamente y se le dejó de tarea escribir una carta a su agresor, expresando todo lo que siente y sintió en ese momento; en la siguiente cita la paciente refirió sentirse bien y lleva la carta que ha escrito a su agresor, no la lee en voz alta solo se le explicó que fue hecha para que ella pudiera expresar de alguna manera los sentimientos que tenía reprimidos, y que como símbolo de que esa experiencia ya no será parte de su vida se le da la opción de quemarla o tirarla en un lugar donde no la vuelva a ver, la paciente lloró y comentó que sintió muy aliviada.

La paciente refirió haber realizado todos los ejercicios y que se siente mucho mejor, expresó la razón del porque otorgará el perdón a su agresor y se trabajó la técnica de silla vacía, al principio le costó expresar los sentimientos, pero luego de unos minutos y de haber realizado unos ejercicios de respiración, relajación la paciente se expresó muy tranquilamente y otorgó el perdón, se le abrazó y felicitó por el avance que ha dado, la paciente refirió sentirse bien y que ha superado la etapa, por lo que decidió terminar con las sesiones el día 04-Agosto-2013.

Durante el proceso terapéutico se utilizaron las siguientes terapias:

- Terapia racional emotiva
- Terapia cognitiva-conductual
- Terapia existencial
- Terapia gestalt

Y técnicas como:

- Técnica ABC , que le ayudaría a cambiar los pensamientos y/o creencias irracionales que tiene hacia su persona, modificar los pensamientos y posteriormente las conductas
- Listado de auto concepto, quién soy? Para que estoy viva? Cuál es la razón de ser?
- Listado de aptitudes positivas y negativas
- Técnica del espejo para aumentar su autoestima
- Técnica de la carta de perdón, donde la paciente expresa lo que siente hacía su agresor
- Técnica del diálogo o la silla vacía para culminar el proceso de perdón
- Ejercicios de respiración para calmar la ansiedad

4. Diagnóstico (según criterios de CIE10)

F32.1 Episodio Depresivo Moderado : Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) : a) la disminución de la atención y concentración, b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), d) una perspectiva sombría del futuro, e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, f) los trastornos del sueño y g) la pérdida del apetito, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas.

5. Recomendaciones

- Seguir realizando los ejercicios de motivación y autocuidado con el fin de mantener una estabilidad emocional.
- Integrarse a grupos sociales que le ayuden a afirmar su seguridad.
- Asistir a terapia en caso existiera una recaída.
- Contar con un grupo de apoyo que puedan comprenderla y animarla cuando lo necesite.

6. Observaciones

- La paciente por miedo y vergüenza tuvo dificultad para contar la historia, disfrazándola con otro acontecimiento.

Conclusiones

- Las féminas presentaron en un gran porcentaje un trastorno del humor o estado de ánimo bajo, lo cual dio pauta para diagnosticar con facilidad una posible depresión.
- Se dieron a conocer las técnicas de tratamiento farmacológicas, psicoterapéuticas o ambas, que pueden utilizarse en un cuadro depresivo, recalando que estas deben basarse en un diagnóstico adecuado y en criterios técnicos, los cuales determinarán los profesionales más adecuados para llevarlas a cabo, por lo que no debe administrarse fármacos o terapias sin haberse consultado a un profesional.
- Las charlas y talleres impartidos en AMES, cumplieron con el objetivo de concientizar a la población de mantener un equilibrio emocional estable, para no caer en una patología mayor.
- Algunos de los trastornos depresivos no requieren tratamiento especializado ya que mejoran espontáneamente con ayuda de familiares.
- La prevención de los trastornos depresivos, debe realizarse modificando situaciones o factores de riesgo que pueden desembocar en ellos. Una de las situaciones que necesita la acción preventiva son las reacciones hacia el duelo y la existencia de ideas suicidio.}
- Fue notable que la mayoría de las féminas que presentaron trastorno de depresión, no cuentan con la facilidad para expresar sus emociones, los aspectos culturales no lo permite, pasa a la represión y somatización, por lo que se les explico la forma en que pueden identificar sus emociones y aprender a controlarlas.

Recomendaciones

Para la Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES:

- La depresión es una de las dolencias más comunes de la humanidad, una de cada cinco personas sufre o ha sufrido algún tipo de trastorno depresivo, por lo que se sugiere el implemento de una serie de charlas que sirva de apoyo emocional, especialmente a las féminas que asisten a talleres sobre salud física y emocional.
- Complementar los talleres con ejercicios que puedan ser aplicados en los hogares y comunicados con otras féminas de la localidad.
- La implementación de una psicóloga de planta que asista en los horarios en que la psiquiatra no se encuentre en la asociación.
- Se sugiere incluir en el programa de asistencia a jóvenes, talleres y juegos lúdicos con el fin de afianzar su seguridad y enseñarles a desarrollar una inteligencia emocional estable.

Para la Universidad Panamericana

- Se sugiere implementar un espacio con charlas y talleres que sirva de apoyo emocional a los estudiantes del primer año de la carrera de Psicología y Consejería Social.
- Debido a los casos tratados en el centro de práctica, se pudo notar que un porcentaje alto especialmente féminas del área rural no han sido capacitadas para desarrollar una salud emocional estable, por lo que se sugiere que los estudiantes universitarios de la carrera de Psicología y Consejería Social, puedan tener como una opción desarrollar las prácticas en centros del área rural.

Referencias

Bibliográficas

American Psychiatric Association. (1995). *Criterios Diagnósticos (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Ayuso, J. y Saiz, J. (1990). *Las depresiones*. Barcelona: Salvat.

Colbert D. (2003). *Emociones que matan*. Estados Unidos: Thomas Nelson, Inc.

Ferre F. (1997). *Guía de ayuda a pacientes y familias afrontar la depresión*. Madrid: Fundación Arpegio.

Kendler K. (1993). *The prediction of major depression in women*. USA.

Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caraca: Ed. Panapo.

Sartorius N. (1987). *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud.

Sudupe J. y Taboada O. (2006). *Guías Clínicas*. España: SARGAS.

Thompson K. (2002). *Depresión y discapacidad*. Estados Unidos: Office on Disability and Health (NCODH).

Villagrán, J. (1996). *La depresión*. Madrid: Santillana S.A.

Internet

¿Cuáles son las causas de la depresión? Recuperado:

<https://www.lilly.es/PRENSA/medical/depression/archivos/3.%20CAUSAS.pdf>.

Causas de la depresión. Recuperado:

<https://www.lilly.es/PRENSA/medical/depression/archivos/3.%20CAUSAS.pdf>.

Causas de la depresión. Recuperado: <http://www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php>.

Depresión. Recuperado: [http://usfx.info/bienestar/articulos/articulo\(depresion\).pdf](http://usfx.info/bienestar/articulos/articulo(depresion).pdf).

El síndrome de la ama de casa. Recuperado:

<http://www.igerontologico.com/salud/otros/sindrome-ama-casa/723>

Factores de depresión infantil. Recuperado:

http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/

Síntomas físicos y mentales de depresión y ansiedad. Recuperado:

<http://foro.univision.com/t5/Depresion-y-Ansiedad/SINTOMAS-FISICOS-Y-MENTALES-DE-DEPRESION-Y-ANSIEDAD-LEANLO/td-p/254592959>

Terapia de depresión. Recuperado: http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/.pdf

Anexos

Anexo 1 Cartas y constancias



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

Guatemala, febrero de 2013

Licenciada Esperanza Altamirano
Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES
Coordinadora sede Chimaltenango
Chimaltenango

Respetable Licenciada Altamirano:

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

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

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

Atentamente,


Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica



24/02/13
Licda. Miriam Caballeros
Coordinadora Sede Chimaltenango

*Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES
6ta. Calle lote #24 Manzana L
Colonia Santa Teresita, Chimaltenango*

Chimaltenango, febrero de 2013

A quién interese:

Por medio de la presente hago constar la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES, gustosamente abre las puertas para brindarle un espacio a la alumna practicante Migdalia Azucena Bautista Rumpich, cursante del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, para que realice las prácticas correspondientes a atención de casos clínicos, durante el período de Marzo a Septiembre del año en curso.

Poniéndonos a disposición para brindarle el apoyo y los recursos humanos o materiales que pueda necesitar.

Atentamente,


Esperanza Altamirano
Coordinadora sede Chimaltenango





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

Guatemala, septiembre de 2013

Señora
Esperanza Altamirano
AMES, Chimaltenango
Guatemala

Respetable Señora:


La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para agradecerle su gran colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, Migdalia Azucena Bautista Rumpich pudiera realizar su práctica correspondiente a la Práctica Profesional Dirigida.


Esperamos que durante este período la alumna haya cumplido responsablemente con las actividades que el Depto. de Psicología requirió, prestando su servicio con eficiencia.

Agradecemos por brindar un espacio de aprendizaje significativo a la alumna en su empresa.

Atentamente,


Lidia. Sonia Pappa
Asesora de Práctica IV


Lidia Miriam Caballero
Coordinadora Sede Chimaltenango



Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES
6ta. Calle lote #24 Manzana L
Colonia Santa Teresita, Chimaltenango

Chimaltenango, septiembre de 2013

A quién interese:

Por medio de la presente hago constar que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, Migdalia Azucena Bautista Rumpich, cumplió con las horas requeridas de práctica profesional dirigida, presentándose a la empresa el 24 de Febrero finalizando el 29 de Septiembre del año 2013, en el siguiente horario:

| Fecha Semanal | Horas de práctica |
|---------------------|-------------------|
| 24 de Febrero | 10 horas |
| 3 al 31 de Marzo | 50 horas |
| 7 al 28 de Abril | 40 horas |
| 5 al 26 de Mayo | 40 horas |
| 2 al 30 de Junio | 50 horas |
| 7 al 28 de Julio | 40 horas |
| 4 al 25 de Agosto | 40 horas |
| 01 al 29 Septiembre | 30 horas |
| Talleres | 21 horas |

Atentamente,


Esperanza Altamirano
Coordinadora sede Chimaltenango



Chimaltenango, septiembre de 2013

A quién interese:

Por medio de la presente hago constar que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, Migdalia Azucena Bautista Rumpich, cumplió con 321 horas de atención de casos clínicos en la Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES, y 179 horas extra aula, invertidas en actividades de: planificación de actividades y talleres, elaboración de casos clínicos, diagnósticos, interpretación de pruebas aplicadas, presentación de resultados, entre otros; haciendo un total de 500 horas de práctica profesional dirigida, requeridas por la Universidad Panamericana.

Atentamente,



Licenciada Souin Magaly Pappa
Catedrática Práctica profesional dirigida

Anexo 2 Programas y cronograma

Programa del curso

Propósito del curso

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismo; los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

Competencias a fortalecer

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

Indicadores de logro

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

Contenido temático del curso

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

Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

Cronograma de actividades

I Unidad

| Contenido | Actividades | Fecha |
|--|--|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad • La entrevista | <p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de conocimientos</p> <p>Diario de práctica</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizada</p> <p>Comprobación Entrevista Psiquiátrica</p> | Enero, febrero |
| <p>Documentos de registro:</p> <p>Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico</p> | <p>Laboratorios</p> <p>Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos.</p> <p>Inicio de práctica</p> <p>Observación de actividades</p> <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica</p> <p>Investigación primer tema del Referente teórico</p> | Marzo |
| <p>Detección y atención de casos en centro de práctica.</p> <p>Marco de referencia de informe final (Capítulo I)</p> <p>Evaluación psicológica</p> <p>Examen mental</p> | <p>Actividades de rapport e inicio de detección de casos</p> <p>Dinámicas, juegos, entrevistas, etc.</p> <p>Registro de casos/ formularios, etc.</p> <p>Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas.</p> <p>Discusión de casos</p> <p>Elaboración de Marco de Referencia.</p> <p>Aplicación examen mental</p> | Abril |

II Unidad

| Contenido | Actividades | Fecha |
|---|--|---------------|
| <p>Análisis y aplicación de técnicas psicoterapéuticas.</p> <p>-Psicoterapias psicodinámicas, Humanistas</p> <p>-Cognitiva-conductual, Sistémica, etc</p> | <p>Exposiciones y aplicaciones prácticas</p> <p>Laboratorios</p> <p>Investigaciones</p> <p>Psicodramas</p> <p>Revisión temas de Referente teórico</p> <p>Atención de casos</p> | <p>Mayo</p> |
| <p>Evaluación de casos y del trabajo de práctica</p> | <p>Presentación y discusión de casos (Historias clínicas)</p> <p>Enviar cuestionarios de información</p> <p>Atención de casos individuales y familiares</p> <p>Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos</p> | <p>Junio</p> |
| <p>Psicopatologías encontradas</p> <p>Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él, por lo menos 5</p> | <p>Investigación de temas de referente teórico</p> <p>Exposición, análisis y discusión de casos</p> <p>Elaboración de Planificación y cronogramas de capacitación</p> <p>Ensayos en el aula</p> <p>Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores</p> <p>Elaboración de Planificación de proyecto de salud mental</p> <p>Entrega de 5 Historias clínicas completas</p> | <p>Julio</p> |
| <p>Ejecución y elaboración de Proyecto de Salud Mental</p> <p>Elaboración de Capítulo 3 Referente Metodológico</p> | <p>Elaboración de Informes finales de casos</p> <p>Entrega de carta de agradecimiento para la Institución de práctica dada por la Universidad.</p> <p>Clausura de Práctica</p> <p>Ejecución de Proyecto de Salud Mental</p> | <p>Agosto</p> |

III Unidad

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

Planificación de actividades de Práctica Profesional Dirigida

Centro de práctica: Asociación de mujeres en solidaridad AMES
Dirección: Chimaltenango
Fecha: Febrero - Octubre
Alumna practicante: Migdalia Azucena Bautista Rumpich

I. Justificación

Es importante para el alumno de 5to. Año de la carrera de Psicología y Consejería Social la aplicación de los conocimientos obtenidos durante el proceso de aprendizaje universitario, con el fin de servir, orientar y brindar apoyo moral, emocional y psicológico a la población chimalteca, puesto que son notorios las secuelas de la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el maltrato infantil, la falta de identidad en los jóvenes-adolescentes y un gran número de familias disfuncionales, siendo estos los principales factores que le dan importancia a la práctica profesional en el centro de la asociación de mujeres en solidaridad.

II. Objetivos generales

1. Brindar apoyo psicológico a la población chimalteca sin discriminación de género, religión o clase social, a través de talleres, capacitaciones y sesiones individuales y grupales.
2. Proporcionar las herramientas básicas para el auto mejoramiento de la salud mental, evitando una dependencia entre paciente-terapeuta, y por consiguiente al campo de la práctica.

III. Objetivos específicos

1. Planificar y ejecutar talleres acorde a las necesidades psicológicas en forma grupal.
2. Incrementar el nivel de autoestima en la población adolescente.
3. Fomentar la identidad personal y sociocultural en la juventud.

IV. Planificación mensual

Lugar: Asociación de mujeres en solidaridad AMES

Alumna practicante: Migdalia Azucena Bautista Rumpich

Mes: Marzo - Abril

| Actividades | Técnicas e instrumentos utilizados | Logros y resultados esperados |
|---|---|--|
| <p>Diagnóstico institucional</p> <p>Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica</p> <p>Búsqueda de pacientes para atender en el centro de práctica</p> <p>Cronograma de actividades interno</p> | <p>Observación estructurada</p> <p>Entrevista</p> <p>Publicidad a través de volantes.</p> <p>Recursos materiales: Pc, hojas de papel, marcadores, lápizeros, tinta, mesas, sillas, impresora, etc</p> | <p>El alumno practicante:</p> <p>Obtiene información para crear el marco de referencia, al mismo tiempo que identifica la problemática y planifica actividades enfocadas a las mismas.</p> <p>Establece un buen grupo de personas para tratar casos clínicos, talleres y capacitaciones.</p> |

Mes: Mayo

| Actividades | Técnicas e instrumentos utilizados | Logros y resultados esperados |
|--|--|---|
| <p>Calendarización de horarios para talleres, charlas y capacitaciones</p> <p>Actualización de expedientes y creación de expedientes para los nuevos pacientes</p> <p>Primera entrevista con pacientes que desean recibir atención psicológica.</p> <p>Taller: Importancia de la actitud positiva en la mujer.</p> | <p>Planificación</p> <p>Entrevista</p> <p>Búsqueda de datos personales</p> <p>Recursos materiales: Pc, hojas de papel, marcadores, lápizceros, tinta, mesas, sillas, impresoras, etc</p> | <p>El alumno practicante:</p> <p>Cuenta con una calendarización con horarios específicos para actividades grupales e individuales de su paciente</p> <p>Logra recopilar los datos personales del paciente y crea su propia base de datos.</p> <p>Logra influenciar un cambio de actitud en la población a la que le es impartida el taller.</p> |

Mes: Junio

| Actividades | Técnicas e instrumentos utilizados | Logros y resultados esperados |
|--|---|--|
| <p>Atención de casos individuales</p> <p>Organización de actividades de raport con el paciente</p> <p>Taller motivacional dirigido al núcleo familiar : La comunicación en la familia</p> <p>Taller motivacional dirigido a mujeres jóvenes – adultas: Los secretos de una mujer segura de si misma.</p> | <p>Examen mental</p> <p>Historia clínica</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Recursos audiovisuales</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Pc, hojas de papel, marcadores, lapiceros, tinta, mesas, sillas, impresora, etc</p> | <p>El alumno practicante:</p> <p>Recaba información para la historia clínica del paciente, utilizando la misma como una herramienta que le ayudará a aplicar terapias acordes a los problemas psicológicos que se le presente.</p> <p>Logra tener raport con el paciente, de esta forma avanza el proceso terapéutico.</p> <p>Realiza talleres para reforzar las sesiones individuales.</p> |

Mes: Julio

| Actividades | Técnicas e instrumentos utilizados | Logros y resultados esperados |
|---|--|---|
| <p>Atención de casos individuales</p> <p>Plan terapéutico para nuevos pacientes</p> <p>Aplicación de pruebas psicológicas</p> <p>Taller de acuerdo a las necesidades de los pacientes</p> | <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Recursos audiovisuales</p> <p>Test hábitos de estudio</p> <p>Test Ottis</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Pc, hojas de papel, marcadores, lapiceros, tinta, mesas, sillas, impresora, etc</p> | <p>El alumno practicante:</p> <p>Brinda al paciente un plan estratégico donde se incluyan ejercicios y terapias que le ayuden a sobre pasar las dificultades que atraviesa.</p> <p>A través de las pruebas psicológicas, complementar el diagnóstico ya obtenido.</p> <p>Brinda herramientas y recursos que puedan ser utilizados por la población que asiste a los talleres.</p> |

Mes: Agosto

| Actividades | Técnicas e instrumentos utilizados | Logros y resultados esperados |
|---|--|--|
| <p>Atención de casos individuales y grupales.</p> <p>Finalización de los primeros casos atendidos.</p> <p>Plan terapéutico para nuevos pacientes</p> <p>Terapia educativa</p> <p>Taller de acuerdo a las necesidades de los pacientes</p> | <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Recursos audiovisuales</p> <p>Test hábitos de estudio</p> <p>Test Otis</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Pc, hojas de papel, marcadores, lapiceros, tinta, mesas, sillas, impresora, etc</p> | <p>El alumno practicante:</p> <p>Logra alcanzar la el objetivo establecido con el paciente, y culmina las sesiones con los primeros pacientes satisfactoriamente.</p> <p>Logra implementar un plan terapéutico a corto plazo para los nuevos pacientes.</p> <p>Brindar herramientas y recursos que pueden ser utilizados por la población que asiste a los talleres.</p> |

Mes: Septiembre - Octubre

| Actividades | Técnicas e instrumentos utilizados | Logros y resultados esperados |
|--|--|---|
| <p>Atención de casos individuales</p> <p>Finalización de casos atendidos</p> <p>Taller de acuerdo a las necesidades de los pacientes</p> <p>Presentación de expedientes y resultados a encargado del centro de práctica.</p> <p>Presentación de papelería del alumno practicante para firma y sello de la institución.</p> <p>Agradecimiento a la organización</p> | <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Plan terapeuta</p> <p>Recursos materiales:</p> <p>Pc, hojas de papel, marcadores, lapiceros, tinta, mesas, sillas, impresora, etc</p> | <p>El alumno practicante logra:</p> <p>Terminar con los pacientes el plan terapeuta propuesto al iniciar el proceso.</p> <p>Brindar herramientas y recursos que puedan ser utilizados por la población que asiste a los talleres.</p> <p>Completar los expedientes y proveer una copia al centro de práctica.</p> <p>Obtener la firma y sello de la documentación solicitada por la Universidad Panamericana.</p> |



Vo.Bo. Licda. Sonia Pappa

Catedrática de práctica profesional dirigida

Anexo 3 Talleres y capacitaciones

*Asociación de Mujeres en Solidaridad, AMES
6ta. Calle lote #24 Manzana L
Colonia Santa Teresita, Chimaltenango*


Chimaltenango, septiembre de 2013

A quién interese:

Por medio de la presente hago constar que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, Migdalia Azucena Bautista Rumpich, impartió los siguientes talleres.

| Taller | Fecha |
|--|---------------|
| Importancia de la actitud positiva en la mujer | 13-Abril-2013 |
| Importancia de la comunicación en el núcleo familiar | 11-Mayo-2013 |
| Mujer segura de sí misma | 12-Mayo-2013 |
| Importancia de la comunicación en el núcleo familiar | 02-Junio-2013 |
| Importancia de la actitud positiva en la mujer | 14-Julio-2013 |

Atentamente,



Esperanza Altamirano
Coordinadora sede Chimaltenango



Agenda de taller

Fecha y hora: 14-Abril-2013 / 14:00 hrs

Lugar: Sumpago Sacatepéquez

Tema: Importancia de la actitud positiva en la mujer

Dirigido a : Mujeres 18-35 años

Moderador: Migdalia Bautista – Jaqueline Montafar

| Tiempo | Actividad |
|---------------|--|
| 14:00 – 14:10 | Bienvenida y oración |
| 14:10 – 14:25 | Presentación |
| 14:25 – 14:35 | Reglas |
| 14:35 – 14:50 | Actividad rompe-hielo “la ley de oro” |
| 14:50 – 15:00 | Actividad aspectos positivos-negativos, debilidades-fortalezas |
| 15:00 – 15:15 | Desarrollo del tema |
| 15:15 – 15:25 | Actividad meta a corto (un mes) o largo (un año) plazo |
| 15:25 – 15:45 | Leer y compartir con el grupo |
| 15:45 – 15:50 | Evaluación “peluche preguntón” |
| 15:50 – 15:55 | Conclusión |
| 15:55 – 16:00 | Despedida |



Bo. Yo. Esperanza Altamirano

Coordinadora AMES Chimaltenango



Agenda de taller

Fecha y hora: 11-Mayo-2013 / 15:00 hrs

Lugar: Zaragoza, Chimaltenango

Tema: Importancia de la comunicación en el núcleo familiar

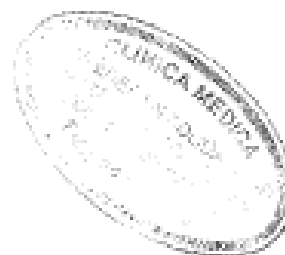
Dirigido a : Mujeres 18-35 años

Moderador: Migdalia Bautista

| Tiempo | Actividad |
|---------------|--|
| 15:00 – 15:10 | Bienvenida y oración |
| 15:10 – 15:25 | Presentación |
| 15:25 – 15:35 | Reglas |
| 15:35 – 15:50 | Actividad rompe-hielo |
| 15:50 – 16:00 | Actividad "Teléfono descompuesto" |
| 16:00 – 16:10 | Introducción al tema |
| 16:10 – 16:25 | Desarrollo del tema |
| 16:25 – 16:45 | Actividad "Refranes" |
| 16:45 – 16:50 | Ejercicio en parejas "aprendo a comunicar" |
| 16:50 – 17:00 | Conclusión y despedida |



Bo. Yo- Esperanza Almirano
Coordinadora AMES Chimaltenango



Agenda de taller

Fecha y hora: 12-Mayo-2013 / 09:00 hrs

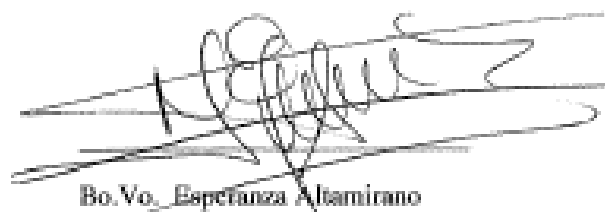
Lugar: Zona 1, Chimaltenango

Tema: Mujer segura de sí misma

Dirigido a : Mujeres 18-35 años

Moderador: Migdalia Bautista

| Tiempo | Actividad |
|---------------|-------------------------------|
| 09:00 – 09:10 | Bienvenida y oración |
| 09:10 – 09:25 | Presentación |
| 09:25 – 09:35 | Reglas |
| 09:35 – 09:50 | Actividad rompe-hielo |
| 09:50 – 09:00 | Actividad "un corazón sano" |
| 10:00 – 10:10 | Introducción al tema |
| 10:10 – 10:25 | Desarrollo del tema |
| 10:25 – 10:45 | Actividad "El espejo humano" |
| 10:45 – 10:50 | Ejercicio "abrazos y regalos" |
| 10:50 – 11:00 | Conclusión y despedida |



Bo. Vo. Esperanza Altamirano

Coordinadora AMES Chimaltenango



Agenda de taller

Fecha y hora: 02-Junio-2013 / 8:30 hrs

Lugar: AMES, Chimaltenango

Tema: Importancia de la comunicación en el núcleo familiar

Dirigido a : Mujeres 18-35 años

Moderador: Migdalia Bautista

| Tiempo | Actividad |
|---------------|--|
| 15:00 – 15:10 | Bienvenida y oración |
| 15:10 – 15:25 | Presentación |
| 15:25 – 15:35 | Reglas |
| 15:35 – 15:50 | Actividad rompe-hielo |
| 15:50 – 16:00 | Actividad "Teléfono descompuesto" |
| 16:00 – 16:10 | Introducción al tema |
| 16:10 – 16:25 | Desarrollo del tema |
| 16:25 – 16:45 | Actividad "Refranes" |
| 16:45 – 16:50 | Ejercicio en parejas "aprendo a comunicar" |
| 16:50 – 17:00 | Conclusión y despedida |



Bo. Va. Esperanza Altamirano

Coordinadora AMES Chimaltenango



Agenda de taller

Fecha y hora: 14-Julio-2013 / 8:00 hrs

Lugar: AMES, Chimaltenango

Tema: Importancia de la actitud positiva en la mujer

Dirigido a : Mujeres 18-35 años

Moderador: Migdalia Bautista

| Tiempo | Actividad |
|---------------|--|
| 14:00 - 14:10 | Bienvenida y oración |
| 14:10 - 14:25 | Presentación |
| 14:25 - 14:35 | Reglas |
| 14:35 - 14:50 | Actividad rompe-hielo "la ley de oro" |
| 14:50 - 15:00 | Actividad aspectos positivos-negativos, debilidades-fortalezas |
| 15:00 - 15:15 | Desarrollo del tema |
| 15:15 - 15:25 | Actividad meta a corto (un mes) o largo (un año) plazo |
| 15:25 - 15:45 | Leer y compartir con el grupo |
| 15:45 - 15:50 | Evaluación "peluche preguntón" |
| 15:50 - 15:55 | Conclusión |
| 15:55 - 16:00 | Despedida |



Dra. Vto. Esperanza Altamirano

Coordinadora AMES Chimaltenango



Anexo 4 Formatos utilizados

INSTITUTO _____

HOJA DE RESPUESTA

CUESTIONARIO DE ANALISIS Y REFLEXION SOBRE METODOS Y HABITOS DE ESTUDIO

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Instituto _____

Fecha _____

LUGAR

- 1. SI NO ?
- 2. SI NO ?
- 3. SI NO ?
- 4. SI NO ?
- 5. SI NO ?
- 6. SI NO ?

TOTAL

TIEMPO

- 7. SI NO ?
- 8. SI NO ?
- 9. SI NO ?
- 10. SI NO ?
- 11. SI NO ?

TOTAL

ATENCION

- 12. SI NO ?
- 13. SI NO ?
- 14. SI NO ?
- 15. SI NO ?
- 16. SI NO ?

TOTAL

APUNTES

- 17. SI NO ?
- 18. SI NO ?
- 19. SI NO ?
- 20. SI NO ?
- 21. SI NO ?

TOTAL

ESTUDIO

- 22. SI NO ?
- 23. SI NO ?
- 24. SI NO ?

- 25. SI NO ?
- 26. SI NO ?
- 27. SI NO ?
- 28. SI NO ?
- 29. SI NO ?
- 30. SI NO ?
- 31. SI NO ?
- 32. SI NO ?
- 33. SI NO ?
- 34. SI NO ?
- 35. SI NO ?
- 36. SI NO ?
- 37. SI NO ?
- 38. SI NO ?
- 39. SI NO ?
- 40. SI NO ?

TOTAL

ESQUEMAS

- 41. SI NO ?
- 42. SI NO ?
- 43. SI NO ?
- 44. SI NO ?

TOTAL

EJERCICIOS

- 45. SI NO ?
- 46. SI NO ?
- 47. SI NO ?
- 48. SI NO ?
- 49. SI NO ?
- 50. SI NO ?

TOTAL

RESUMEN:

Repara las respuestas y escribe:

Mis mejores hábitos de estudio son:

Debo corregir preferentemente:

QUESTIONARIO DE ANALISIS Y REFLEXIONES SOBRE METODOS Y HABITOS DE ESTUDIO

A continuación encontrarás una serie de preguntas que deberás contestar en la hoja de respuestas, haciendo una X en el cuadrado de SI, NO, según sea tu respuesta.

LUGAR

1. ¿Tienes un lugar fijo para estudiar?
2. ¿Estudias en una habitación alejada de ruidos, televisión, radio, etcétera?
3. ¿Hay suficiente espacio en tu mesa de estudio?
4. ¿La mesa está sin objetos que puedan distraerte?
5. ¿Tienes luz suficiente para estudiar sin forzar la vista?
6. ¿Cuando te pones a estudiar, tienes a mano todo lo que vas a necesitar?

TIEMPO

7. ¿Tienes un horario fijo de reposo, estudio, tiempo libre, etcétera?
8. ¿Haces un programa del tiempo que piensas dedicar al estudio diariamente?
9. ¿Divides tu tiempo entre las asignaturas que debes estudiar?
10. ¿Estudias como mínimo cinco días a la semana?
11. ¿En tu plan de estudios incluye períodos de descanso?

ATENCION

12. ¿Miras al profesor cuando explica?
13. ¿Tomas nota de las lecciones señaladas para estudio y de los ejercicios que debes hacer?
14. ¿Estás atento durante toda la explicación del profesor?
15. ¿Preguntas cuando no comprendes alguna cuestión?
16. ¿Participas en tareas comunes de la clase?

APUNTES

17. ¿Tomas notas de las explicaciones de los profesores?
18. ¿Tienes cuadernos de apuntes divididos por materias?
19. ¿Anotas las palabras difíciles, las tareas especiales, lo que no comprendes, etcétera?
20. ¿Revisas y completas los apuntes?
21. ¿Subrayas las ideas importantes?

ESTUDIOS

22. ¿Lees toda la lección antes de estudiarla?
23. ¿Tienes facilidad para encontrar las ideas básicas de lo que lees?

24. ¿Subrayas las ideas y los datos importantes?
25. ¿Cuando no estás seguro del significado, ortografía o pronunciación de una palabra, consultas el diccionario?
26. ¿Señalas lo que no entiendes?
27. ¿Escribes los datos importantes o difíciles de recordar?
28. ¿Cuando estudias, lo haces en forma activa formulándote preguntas a las que intentas responder?
29. ¿Cuando estudias, tratas de resumir mentalmente?
30. ¿Emplicas algún sistema o procedimiento para recordar datos, nombres, etcétera?
31. ¿Después de estudiar una lección la repasas?
32. ¿Tratas de relacionar lo aprendido en una asignatura, con lo de otras?
33. ¿Pides ayuda cuando tienes dificultad en los estudios?
34. ¿Completas el libro con los apuntes tomados en clase?
35. ¿Llevas al día las asignaturas y ejercicios?
36. ¿Cuando te sientas a estudiar, te concentras rápidamente?
37. ¿Cuando estudias, te señalas tarea y la terminas?
38. ¿Estudias intensamente esforzándote por aprender?
39. ¿Ante un dato geográfico desconocido, consultas el mapa?
40. ¿Ante una cuestión, problema o dificultad en el estudio, tienes o consideras previamente los datos que conoces antes de lanzarte intuitivamente a encontrar solución?

ESQUEMAS

41. ¿Haces esquemas de cada lección?
42. ¿En los esquemas incluyes la materia del libro y la de los apuntes tomados en clase?
43. ¿Emplicas el menor número posible de palabras para hacer los esquemas?
44. ¿Tus esquemas destacan las ideas principales?

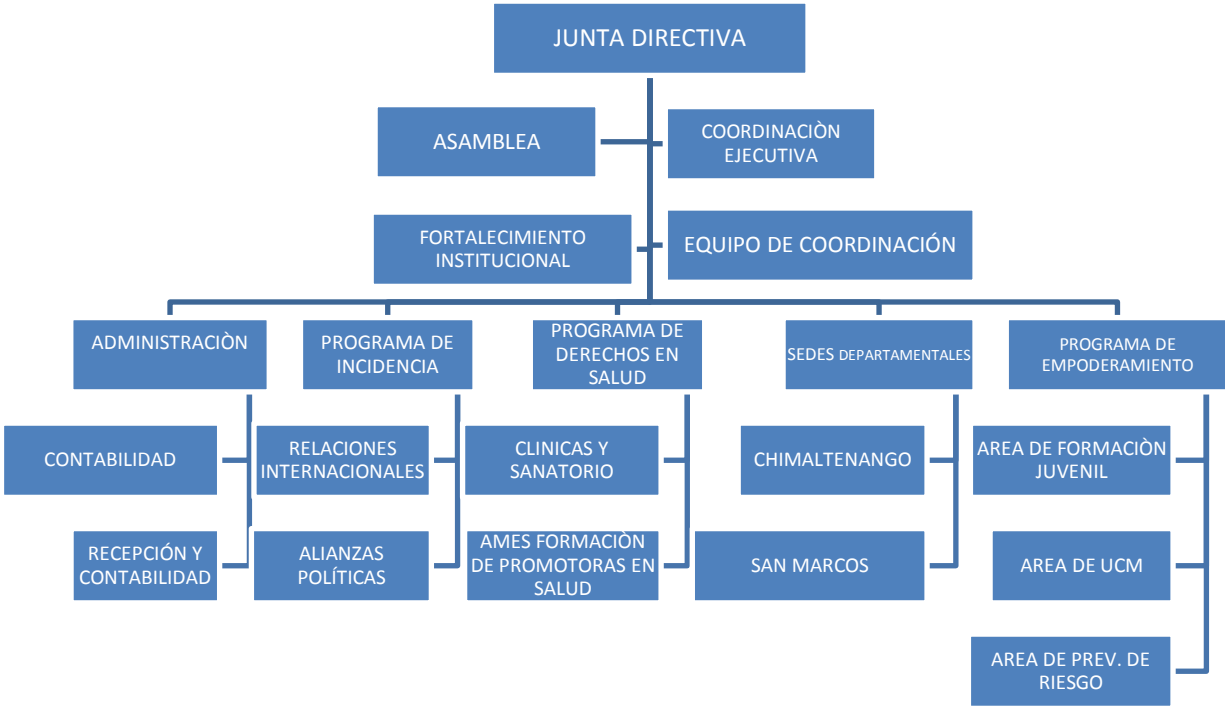
EXERCICIOS

45. ¿Te aseguras de que has comprendido bien antes de ponerte a trabajar?
46. ¿Consultas otro libro además de los de texto?
47. ¿Antes de redactar un trabajo haces un plan o esquema?
48. ¿Haces todo lo posible por redactar tus ejercicios de manera clara?
49. ¿Compruebas la ortografía, redacción y limpieza de lo que escribes?
50. ¿Tienes un folder, estuche o portafolios donde guardar tus ejercicios?

Anexo 5 Tabla de gráficas

Tabla 1

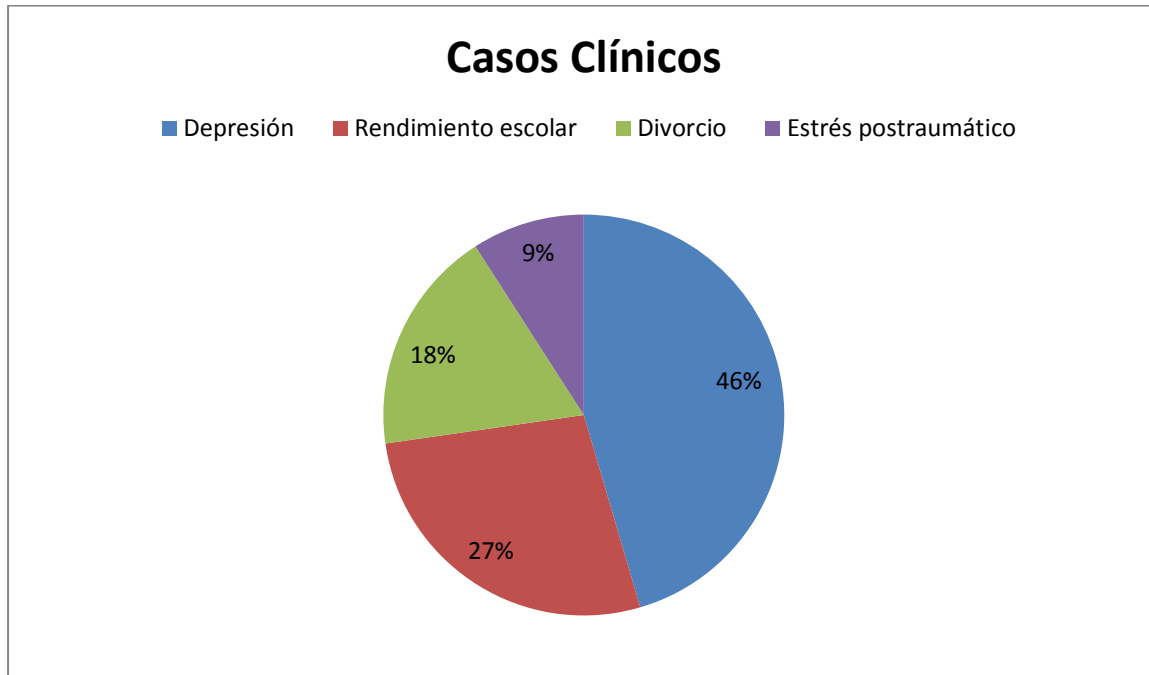
Organigrama de AMES



Fuente: Asociación de Mujeres en Solidaridad AMES

Tabla 2

Gráfica en porcentaje de la afluencia de pacientes por trastorno de depresión y otras patologías.

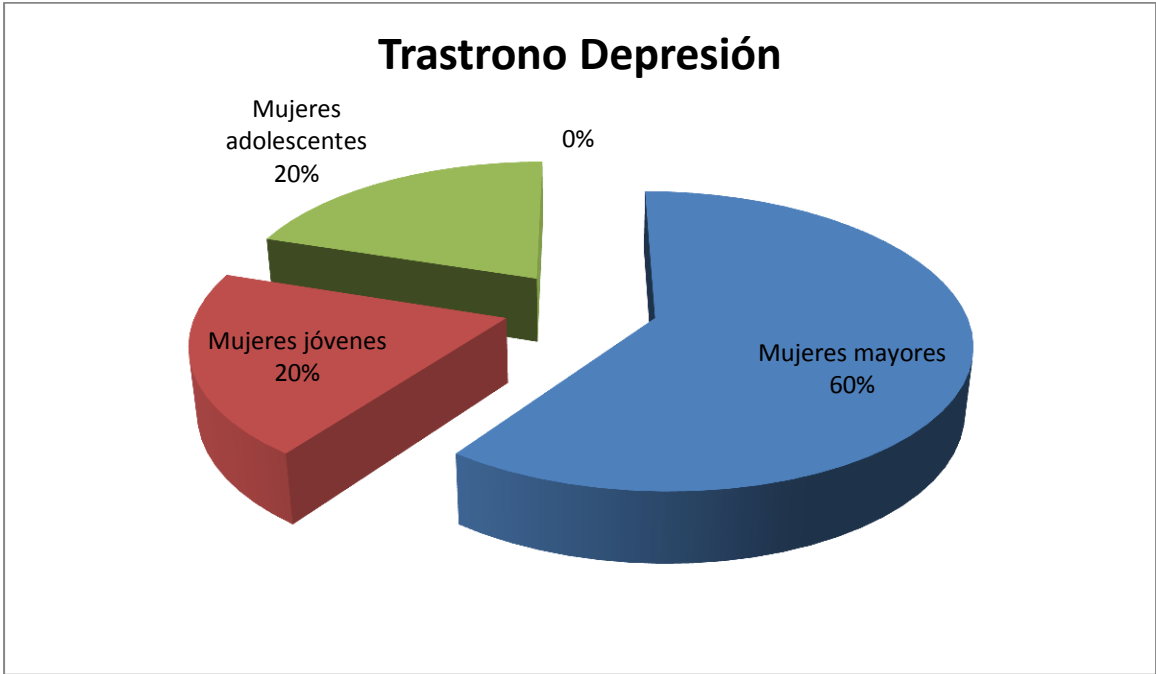


Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se muestra que la mayoría de los casos atendidos en el centro de práctica, fueron por depresión, seguido por rendimiento escolar, divorcio y por último estrés postraumático.

Tabla 3

Gráfica en porcentaje que muestra el rango (niñas, adolescentes, jóvenes, adultas mayores) de las mujeres afectadas por el trastorno de depresión.

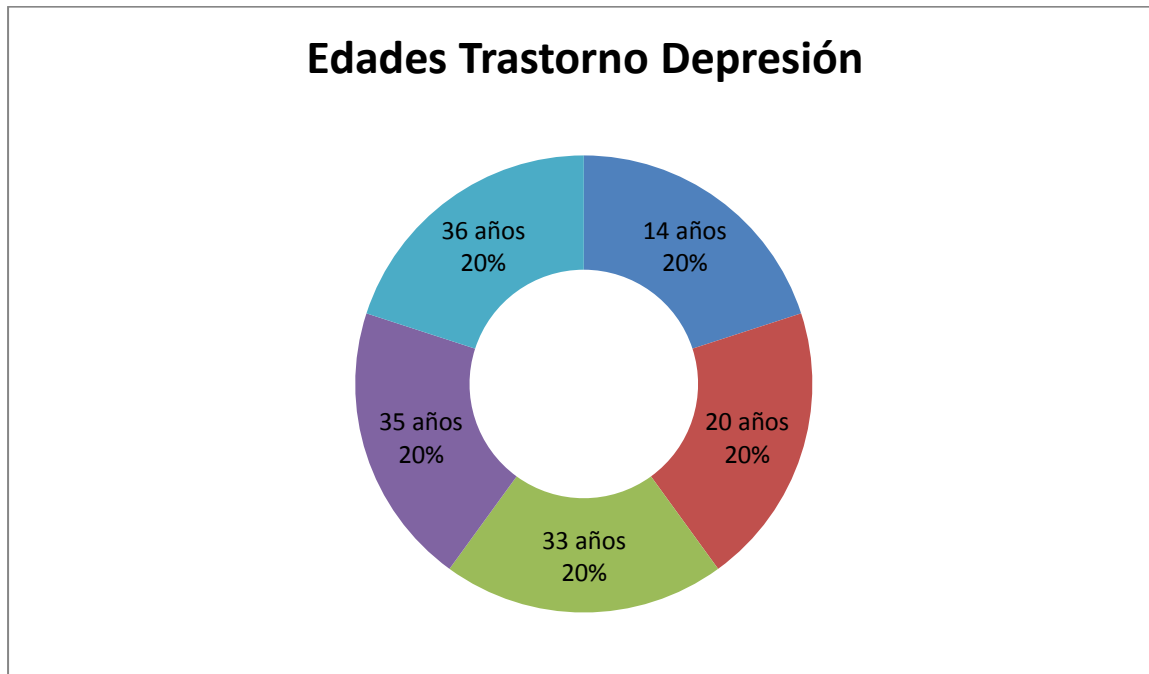


Fuente: Elaboración propia

Esta gráfica muestra que el mayor porcentaje que asistieron a consulta por trastorno de depresión fueron mujeres mayores.

Tabla 4

Gráfica en porcentaje que muestra las edades comprendidas de las pacientes que fueron diagnosticadas con trastorno de depresión.

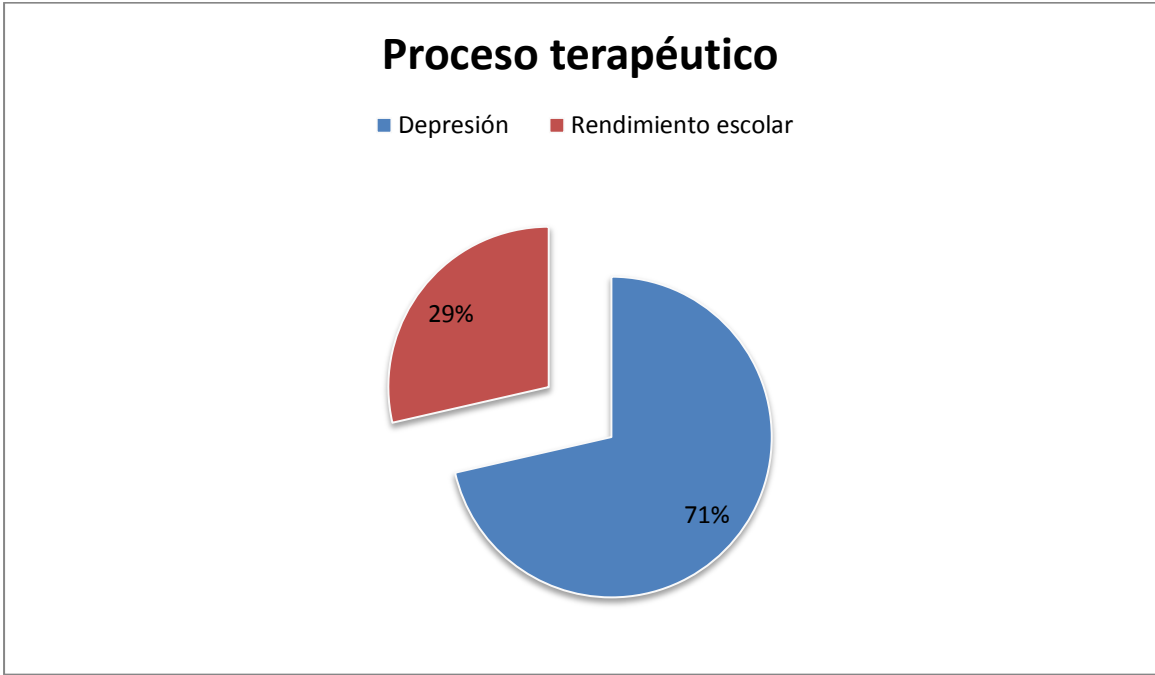


Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se refleja que las edades de las pacientes afectadas por el trastorno de depresión son todas en un 20%, lo que demuestra que este padecimiento afecta en todas las edades.

Tabla 5

En la siguiente gráfica se refleja el porcentaje de los pacientes que concluyeron con el proceso terapéutico de trastorno de depresión y otras patologías.



Fuente: Elaboración propia

Esta gráfica refleja que el 71% de las pacientes que asistieron por trastorno de depresión concluyeron con el proceso terapéutico, 29% con el rendimiento escolar.