

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias de la Educación
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



“Problemas familiares y sociales en adolescentes y familia”
(Informe final de práctica profesional dirigida, realizada en
Asociación Casa Alianza de Guatemala)

Claudia Elisamy Hernández Ávila

Guatemala agosto, 2009

“Problemas familiares y sociales en adolescentes y familia”
(Informe final de práctica profesional dirigida, realizada en
Asociación Casa Alianza de Guatemala)

Claudia Elisamy Hernández Avila

Licenciada Sonia Pappa (Asesora)

Guatemala agosto, 2009



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**
"Subiectaria ante todos, nequaquam subiectiva"

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION

ASUNTO: **Claudia Elisamy Hernández Ávila**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de
esta Facultad, solicita autorización
para realizar **Práctica Profesional
Dirigida**, para completar requisitos
de graduación.

DEC. T. AMEN No.15/2009 DE FECHA 22/02/2008

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 PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el Reglamento Académico.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en el artículo No. 09. (inciso A al I)
3. Por lo antes expuesto, la estudiante Claudia Elisamy Hernández Ávila, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramón Balanos Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, veinte de noviembre del dos mil ocho.-

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Asociación Casa Alianza de Guatemala, presentado por la estudiante

Claudia Elisamy Hernández Avila

quien se identifica con número de carné 20046542 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Santa Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN, Guatemala veinte y tres de enero del dos mil nueve.-----

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Problemas familiares y sociales en adolescentes y familia". Presentada por el estudiante: Claudia Elizamy Hernández Ávila, previo a optar al grado Académico de Licenciatura, 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. Karen Dubón
Revisora

UNIVERSIDAD



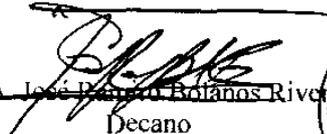
PANAMERICANA

Sabiduría Ante Todo.

Adquiere Sabiduría

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala a los treinta días del mes de enero del dos mil nueve.-

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Problemas familiares y sociales en adolescentes y familia”**, realizada en **Asociación Casa Alianza de Guatemala**. Presentado por la estudiante **Claudia Elisamy Hernández Ávila**, 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, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de la Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Domingo Bolanos Rivera
Decano

Facultad de Ciencias de la Educación



Contenido

Resumen	
Introducción	1
Síntesis descriptiva	2
Capítulo 1	4
1.1 Introducción	4
1.2 Descripción de la institución	4
1.3 Misión	5
1.4 Visión	5
1.5 Organigrama	6
1.6 Objetivos	7
1.7 Población que atiende	7
1.8 Valores centrales	10
1.9 Descripción del modelo de comunidad terapéutica	10
1.10 Programa de reintegración social y familiar	11
1.11 Prevención de calle y conducta de riesgo	12
1.12 Programa legal	12
1.13 Niños y jóvenes protagonistas	12
1.14 Planteamiento del problema	13
Capítulo 2	
2.1 Introducción	14
2.2 Problemas principales encontrados	14
2.2.1 Violencia intrafamiliar	14
2.2.2 Tipos de maltrato	15
2.2.3 Causas y efectos de los niños y adolescentes maltratados	17
2.3 Drogas	18
2.3.1 Dependencia y tolerancia de las drogas	19
2.3.2 Factores de riesgo	20
2.4 La delincuencia	21
2.4.1 Adolescencia, delincuencia juvenil	22
2.5 Alcoholismo	23
2.5.1 Factores de riesgo	25
2.5.2 Efectos del alcohol en la salud	26
2.6 Definición de psicopatología	26
2.7 Principales trastornos psicopatológicos	28
2.7.1 Depresión	28
2.7.1.1 Tratamiento	32
2.7.2 Ansiedad	33
2.7.3 Trastorno de ansiedad generalizada	33

2.7.4	Trastorno de ansiedad secundario	35
2.7.5	Estrés	36
	2.7.5.1 Tratamiento	38
2.7.6	Trastornos de sexualidad	39
	2.7.6.1 Homosexualidad	39
2.8	Psicodiagnóstico	41
2.8.1	Observación	42
2.8.2	La percepción	43
2.8.3	Entrevistas	46
2.8.4	Test	47
2.9	Herramientas para la elaboración del proceso diagnóstico	49
2.9.1	DSM IV TR	49
	2.9.1.1 Ejes de clasificación del DSMIV TR	50
2.9.2	CIE 10	51
	2.9.2.1 Los ejes de clasificación de la CIE 10	51
2.9.3	Guía Latinoamericana de Psiquiatría GLADP	52
2.10	La psicoterapia	53
2.10.1	Terapia racional emotiva	54
	2.10.1.1 Los seis principios de la terapia racional emotiva	56
	2.10.1.2 Los síntomas secundarios	58
	2.10.1.3 La terapia de la TRE	59
2.10.2	Terapia cognitiva	59
2.10.3	Terapia cognitivo conductual	61
	2.10.3.1 Desensibilización sistemática	63
	2.10.3.2 Entrenamiento asertivo	64
	2.10.3.3 Modelamiento	65
	2.10.3.4 Técnicas que emplean condicionamiento operante	66
	2.10.3.5 Economía de fichas	66
	2.10.3.6 Contrato de contingencia	66
	Conclusiones	67
	Capítulo 3	68
3.1	Introducción	68
3.2	Programa de actividades práctica profesional dirigida	68
3.3	Cronograma de actividades	71
3.4	Planificación general de actividades práctica profesional dirigida	72
3.5	Subprogramas	76
	3.5.1 Programa de atención de casos	76
	3.5.2 Programa de capacitación	77
	3.5.3 Programa de elaboración del proyecto de salud mental	79

Capítulo 4	81	
4.1	Introducción	81
4.2	Programa de atención de casos	81
4.3	Caso 1	82
4.4	Caso 2	86
4.5	Caso 3	90
4.6	Caso 4	95
4.7	Caso 5	98
4.8	Programa de capacitación	
4.8.1	Logros	102
4.8.2	Limitaciones	102
4.8.3	Conclusiones	102
4.8.4	Recomendaciones	102
4.9	Programa de elaboración del proyecto de salud mental	103
4.9.1	Logros	103
4.9.2	Limitaciones	103
4.9.3	Conclusiones	103
4.9.4	Recomendaciones	104
4.13	Análisis de gráficas	111
4.13.1	Gráficas del programa de atención de casos	111
4.13.2	Gráficas del programa de capacitación	111
4.13.3	Gráficas del proyecto de salud mental	112
	Conclusiones generales	113
	Recomendaciones	114
	Refencias	115
	Anexos	117
	Anexo 1 Horas de práctica	
	Anexo 2 Contenido del programa de capacitación	
	Anexo 3 Contenido del proyecto de salud mental	

Indice de gráficas

Gráficas del programa de atención de casos	
Gráfica 1 Casos atendidos por mes	105
Gráfica 2 Indice de mujeres y hombres atendidos en ACA durante el tiempo de práctica	106
Gráfica 3 Principales problemas atendidos en el lugar de práctica	107
Gráficas del programa de capacitación	
Gráfica 1 Asistencia por taller impartido	108
Gráficas del programa de salud mental	
Gráfica 1 Personas atendidas en el proyecto de salud mental	109
Gráfica 2 Asistencia en temas expuestos en proyecto de salud mental	110

Resumen

A continuación se presenta el informe final de práctica profesional dirigida, siendo esta un requisito de egreso para la obtención del título de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, en la Universidad Panamericana.

El resultado de éste trabajo se ha realizado con la colaboración de la institución Casa Alianza de Guatemala, en donde se llevó a cabo dicha práctica, con la atención de niños, niñas y padres de familia con problemas de diversa índole.

En el presente informe se incluye una descripción de tallada de la institución en donde se realizó el trabajo de campo, dándose a conocer su estructura y funcionamiento, así como los programas que se desarrollan en beneficio de la comunidad guatemalteca en riesgo. También se incluye un referente teórico, en donde se presentan las investigaciones y temas estudiados en el transcurso de la carrera, los cuales fueron retroalimentados durante este año de práctica, con el fin de que la estudiante practicante tuviera herramientas adecuadas en la aplicación de la psicología clínica.

Se presentan los métodos y estrategias utilizadas para poder realizar la práctica de una manera sistemática y ordenada, con el fin de tener una guía para alcanzar las metas establecidas en el programa de práctica profesional dirigida, planteado por la Universidad Panamericana.

Se incluye un capítulo para presentar los resultados obtenidos, especificando los logros que se obtuvieron; los obstáculos que se encontraron; haciendo un análisis de los datos derivados del trabajo de campo ejecutado con la población atendida.

No se tendría un informe final completo, sin el reconocimiento de la experiencia adquirida durante la realización de ésta práctica, y el deseo de seguir practicando la profesión.

Introducción

El deseo de presentar este informe es dar a conocer datos importantes sobre la práctica profesional dirigida realizada en Casa Alianza de Guatemala, y así motivar a las personas que puedan leerlo a involucrarse en el conocimiento de algunas situaciones que actualmente pasa el país, viéndose hogares destruidos por la dependencia a las drogas, la violencia intrafamiliar; la creación de “maras” integradas por jóvenes delincuentes, la prostitución y explotación de menores, entre otras, todo esto por la falta de hogares sólidos, en los que los padres de familia desempeñen el papel que les corresponde, proveyendo a los hijos mejores oportunidades.

Este trabajo conlleva un compromiso para crear nuevas formas de pensamiento en las personas capacitadas durante los talleres realizados en las comunidad de Casa Alianza, con el fin de establecer nuevos paradigmas con respecto a la aplicación de la psicología, como una herramienta útil en la resolución de problemas y la obtención de mejores relaciones humanas. Se verán reflejados los resultados obtenidos del trabajo realizado con la población.

Se tuvo la oportunidad de realizar un proyecto de salud mental en la aldea Lo de Coy, Mixco. Cuyo objetivo fue comunicar alternativas para mejorar la relación consigo mismo y con los demás, ante las situaciones del vivir diario.

Síntesis descriptiva

El lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida fue: Asociación Casa Alianza de Guatemala, se hace mención de ello para enfocarse y comprender las diferentes problemáticas que maneja la población atendida en éste lugar. Según esto se investigaron temas que ayudarían a desarrollar el trabajo deseado por la institución y por los clientes, como por ejemplo: los métodos de psicodiagnóstico, las psicoterapias que podrían auxiliar, lo cual llevo sucesivamente al desarrollo de capacitaciones dirigidas a la población, y las terapias que son de suma importancia para el desarrollo integral de la persona.

Se conoció a las personas a tratar para crear una empatía y así poder trabajar con su psique y dar pasos para el conocimiento de ellos mismos y así obtener la salud integral que tanto se desea.

Se llevó a cabo seguimiento según el caso y según lo permitiese el cliente. Es importante mencionar que nada puede hacer un psicólogo si el cliente no reconoce el problema que tiene.

Se cerraron algunos de los casos, lo cual creó una gran satisfacción en los clientes, pero un deseo de seguir aprendiendo y de conocerse a ellos mismos. En los casos que se dieron por cerrados se observaron actitudes proactivas, que seguidamente se vieron reflejadas en la salud y la relación con los que le rodeaban.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Introducción

En el siguiente capítulo se dará a conocer el centro de práctica Asociación Casa Alianza. En general y como una característica principal se puede decir que es una entidad apolítica, sin fines de lucro. Está dedicada a brindar protección legal a los niños que se encuentren en abandono, maltrato, víctimas de explotación sexual, drogas y otros.

1.2 Descripción de la institución

“Como una respuesta a la necesidad de atención a niños y niñas víctimas del conflicto armado interno en Guatemala, por Acuerdo Gubernativo, el doce de noviembre de 1981 se crea la Asociación Casa Alianza, como una entidad apolítica, sin fines lucrativos. Se estableció en la ciudad de Antigua Guatemala, con la misión de brindar albergue y protección a cientos de niños que habían quedado huérfanos durante la guerra civil en Guatemala.”

“El primer albergue de Casa Alianza se estableció en el Hotel El Cortijo, ubicado en Ciudad Vieja, Sacatepéquez, y atendía en forma diaria y directa a cerca de 500 niños. Casa Alianza fue fundada como la primera filial Latinoamericana de Covenant House, que tiene su sede en Nueva York, Estados Unidos.”

“Guatemala continuó sufriendo grandes problemas sociales y económicos que provocaron que cientos de familias migraran hacia la ciudad capital. La migración siempre afecta a los niños y niñas, ya que las familias se ven desintegradas. La pobreza y el hacinamiento en las áreas marginales continuó creciendo, lo que provocó que cientos de niños y niñas tuvieran que abandonar sus hogares para sobrevivir mendigando, robando, vendiendo su cuerpo a cambio de una comida caliente, un baño, o una cama limpia. Cientos de niños y niñas que había roto sus lazos familiares vivían en las calles, frecuentemente en grupos con otros niños y niñas. Empezaron a notarse “los niños de la calle” en los edificios abandonados, bajo puentes, en las entradas de los edificios o en parques públicos, muchos de ellos adictos a los inhalantes. Fue

entonces que los programas de Casa Alianza se extendieron a la ciudad capital, para brindar una respuesta a esta nueva necesidad de la niñez guatemalteca. En el mes de noviembre de 1986, se abrió El Refugio Alianza, las 24 horas del día, el cuál albergaba a niños que se encontraban desamparados, con el fin de ayudarlos, protegerlos y educarlos integralmente.”

1.3 Misión

“Nosotros, quienes reconocemos la providencia y la fidelidad de Dios con su pueblo, nos dedicamos a vivir su alianza entre nosotros mismos y con las niñas y los niños a los que servimos, con respeto absoluto y amor incondicional. Ese compromiso nos llama a servir a niñas y niños desamparados que sufren en la calle, y a proteger y salvaguardar a todos los niños. Como Cristo hecho hombre es el signo visible de la presencia de Dios dentro de su pueblo, así también nuestros esfuerzos en Casa Alianza son un signo de la presencia de Dios, actuando por el Espíritu Santo, dentro de nosotros y nuestros niños y niñas”.

1.4 Visión

“Al empezar el tercer milenio, Casa Alianza / *Covenant House* América Latina seguirá cumpliendo su Misión, proporcionando refugio y servicios para niñas, niños y jóvenes sin hogar o que viven en alto riesgo. Con un espíritu de programas de puertas abiertas, los servicios serán ofrecidos a todas las niñas, niños y jóvenes que buscan ayuda, priorizando y comprometiéndonos de manera especial con aquellos que no tienen a su alcance otros servicios. Haremos todos los esfuerzos para que las niñas, niños y jóvenes se reúnan con sus familias. Colaboraremos con las organizaciones comunitarias y con asociaciones, participando activamente en los esfuerzos de la comunidad para mejorar las condiciones de las familias y de los niños y niñas. Abogaremos con los jóvenes y niños, y en su representación, para que la comunidad tome conciencia de su sufrimiento. Nuestra Misión está basada en la fe y en la creencia de que todas las niñas, niños y jóvenes tienen derecho al amor y al respeto. Nuestra verdadera preocupación por ellos, y nuestra espiritualidad - no sólo de manera individual sino también de manera compartida - impregnarán todas nuestras actividades.”

1.6 Objetivos

“El objetivo general del trabajo en la Comunidad Terapéutica Residencial es contribuir a la protección integral de la niñez y juventud que ha vivido en la calle, a través del fortalecimiento de su identidad, personalidad, el desarrollo de sus potencialidades, estabilidad y alejamiento de la calle y la droga; para reinsertarlos a la sociedad como personas responsables y forjadoras de su futuro.”

1.7 Población que atiende

Casa Alianza atiende: niños y niñas, adolescentes en estado de gestación, jóvenes madres, edades entre los 12 a 18 años, a los niños y niñas en situación de riesgo, vulnerabilidad y callejización. Cada uno de ellos debe de tener el deseo de ingresar al programa de forma voluntaria y no presentar limitaciones de carácter psiquiátrico.

A. Comunidad de niñas

“Al igual que los niños, la Comunidad de Niñas da albergue a niñas entre 12 y 18 años, las cuales también son víctimas de drogas, maras y todos los peligros de la calle. Hoy como otros días se reciben adolescentes las cuales han sido contactadas por el equipo ambulatorio en diferentes áreas perimetrales de la ciudad, ellas se encuentran callejizadas, desprotegidas y abandonadas, su vulnerabilidad al ser explotadas sexualmente se refleja en su mirada y apariencia personal.”

“El parámetro de edad que se contempla en la comunidad para atención a la misma es de 12 a 18 años cumplidos sin discriminación étnica ni creencia alguna como lo establece nuestra Misión. El porcentaje de atención es de población en situación de riesgo, calle, drogadicción y explotación sexual comercial, la cual se ha ido incrementando con el paso del tiempo y en la actualidad se ha podido establecer que la población oscila entre 11 a 12 años promedio, han sido víctimas de esta marea de violación a su integridad.”

“La capacidad de atención con que cuenta la comunidad de niñas es de 40 residentes, siendo el perfil de ingreso: La comunidad se divide en tres niveles, así mismo vivienda, salones terapéuticos, áreas para desarrollo de capacitaciones, actividades lúdicas, y deportivas, etc.”

B. Comunidad de jóvenes madres

“El ser madre es una responsabilidad y alegría muy grandes que requieren de crecimiento y madurez emocional, esta tarea se dificulta cuando la madre aún es una niña o adolescente y no sabe que opción tomar, nuestra tarea es la de presentarles la opción de la vida y de apoyarlas en este proceso. En Casa Alianza recibimos adolescentes y jóvenes que también han pasado por la dura experiencia de haber sido abusadas sexualmente por un familiar, amigo o desconocido y que optan por tener al bebé y que no cuentan con familia.”

“Así mismo población referida por otras Instituciones y en su caso Juzgados, los cuales hacen una derivación de abrigo provisional hasta que se solventa la problemática de las Residentes y su hijo o hija.”

“Asociación Casa Alianza tiene como objetivo general el de contribuir a la protección integral de la niñez y juventud que ha vivido en la calle, a través del fortalecimiento de su identidad, personalidad, el desarrollo de sus potencialidades, estabilidad y alejamiento de la calle y la droga; para reinsertarlos a la sociedad como personas responsables y forjadoras de su futuro. La capacidad de atención con que cuenta la comunidad de adolescentes y jóvenes madres es de veinte 20 jóvenes y quince bebés.”

“La comunidad se divide en tres niveles, así mismo vivienda, donde las habitaciones cuentan con la cama de las residentes y a la par las cuna para los bebés., salones terapéuticos, áreas para desarrollo de capacitaciones, actividades lúdicas, deportivas, etc.”

“El proceso de rehabilitación se encuentra establecido en tres niveles que permiten ser el soporte en el proceso de atención interna promediando 2 años de atención y promoción.”

C. Comunidad de niños

“Es un espacio residencial que alberga a niños y jóvenes de entre 12 y 18 años con problemas de calle, drogas, maras y en riesgo social, donde se les ofrecen diferentes alternativas para su rehabilitación.”

”La comunidad de niños se encuentra localizada en un departamento de Guatemala, Sacatepéquez, específicamente en Magdalena Milpas Altas, es un lugar de clima frío (pero agradables) rodeada de montañas y con árboles y campo.”

“Al momento del ingreso se les brinda un espacio para cambiarse, comer y dormir hasta recuperar las fuerzas y empezar a integrarse a un diario vivir diseñado para paliar los efectos de la abstinencia aguda mientras se fortalece la voluntad de abandonar las drogas o bien la calle. El porcentaje de niños y adolescentes en situación de calle es alto, se calcula aproximadamente un total de 1,500 niños y jóvenes en riesgo, consumidores poli usuarios y con un historial de maltrato y abuso.”

D. Comunidades residenciales

“Casa Alianza cuenta con programas residenciales para niños, niñas, adolescentes y jóvenes madres con sus bebés, donde se les brinda alternativas para su rehabilitación. La cobertura diaria de los programas residenciales es de 150 niños, y una atención anual de 800 niños y niñas. Al momento de ingreso se les brinda ropa limpia, comida y albergue hasta recuperar las fuerzas y empezar a integrarse a un diario vivir diseñado para paliar los efectos de la abstinencia aguda, mientras se fortalece la voluntad de abandonar las drogas, o bien la calle. El porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de calle es alto, se calcula aproximadamente un total de 4,500, cerca de 10,000 en situación de maltrato, abuso y riesgo social.”

“El objetivo general de las comunidades residenciales es contribuir a la protección integral de la niñez y juventud que ha vivido en la calle, o víctimas de abuso y maltrato a través del fortalecimiento de su identidad, personalidad, el desarrollo de sus potencialidades, estabilidad y

alejamiento de la calle y la droga; para reinsertarlos a la sociedad como personas responsables y forjadoras de su futuro.”

“Se cuenta con un modelo de comunidad terapéutica apegado a responder al cumplimiento de los Derechos de la niñez y adolescencia.”

1.8 Valores centrales

- Amor: Tratar a cada persona con amor incondicional.
- Respeto: Tratar a cada persona con absoluto respeto.
- Servicio: A mantener puertas abiertas y a servir a los niños y niñas que están en gran riesgo.
- Abogacía: A proteger y a salvaguardar a todos los niños y niñas, y a hablar en su nombre.
- Familia: A ayudar a las familias y a reunir a los niños y niñas con sus familias cuando sea posible.

1.9 Descripción del modelo de comunidad terapéutica:

“El proceso de rehabilitación se encuentra establecido en tres niveles (integración, reconocimiento y fortalecimiento) que interactúan como soporte en el proceso de atención interna promediando 1 año 8 meses de atención y promoción, los cuales se describen a continuación:

- Nivel de integración

Este nivel tiene como objetivo principal el promover la estabilidad dentro del programa, el manejo de la abstinencia aguda, la reeducación de hábitos y costumbres que se han perdido al estar en el estilo de vida que han llevado, el cual internamente involucrados en el diario vivir inicia a fortalecerse nuevamente.

- Nivel de reconocimiento

Este nivel tiene como objetivo principal el promoverla auto identificación de su problemática, a través del proceso de interiorización, sensibilización, abstinencia de droga y calle tardía; identificando sus fortalezas y capacidades, enriqueciendo su proceso educativo, y generando cambios en su estilo de vida.

- Nivel de fortalecimiento

Este es el tercer nivel y último dentro del proceso de rehabilitación, como su nombre lo indica es el de fortalecer la decisión del cambio de vida, contando con herramientas como valores morales y espirituales, metas claras a mediano y largo plazo, dejando a un lado las conductas adictivas y contando con un espacio para continuar estudiando y /o trabajando dependiendo la edad del residente.

Antes de salir del programa residencial se lleva a cabo las graduaciones que son un acto simbólico de todo el esfuerzo en conjunto para la rehabilitación pero donde el principal protagonista es el residente, este se lleva a cabo ante todos los residentes que aún están en proceso, para que sean como un faro de esperanza para los que vienen atrás.”

1.10 Programa de reintegración social y familiar

“Consciente de la necesidad que tiene los niños y niñas de un hogar real, Casa Alianza es esfuerzo por reintegrarlos con sus familias, excepción de cuando se ha identificado un patrón de abuso. Existe un programa de ayuda y seguimiento a los niños y niñas que han vivido en las calles y que ahora están reintegrándose con los suyos. Los trabajadores sociales de Casa Alianza se reúnen con las familias dos veces por mes.”

“Por otro lado, Casa Alianza atiende a cientos de niños y niñas migrantes. El total de niños y niñas repatriados y reintegrados con sus familias es de 106, en los últimos 5 años. Asimismo, en los últimos 5 años, se han reintegrado 280 niños y niñas, y 137 se encuentran viviendo su vida de manera independiente, lo que da un total de 417 niños, niñas y jóvenes rescatados de las calles, reintegrados a la sociedad como personas de bien. Muchos de ellos son panaderos, cocineros,

albañiles, dependientes de almacenes, costureras, etc., y un alto porcentaje ha continuado sus estudios secundarios y universitarios.”

1.11 Prevención de calle y conducta de riesgo

“El primer paso es conocer a los niños y niñas hasta llegar a ellos en las calles, parques, terminales de buses, y basureros. Un grupo de educadores les visita para proporcionarles cuidados médicos, orientación, educación no formal, respeto y amistad. Los niños pueden así tener el valor de dejar las calles y acercarse a buscar ayuda a los programas residenciales.”

1.12 Programa legal

“Además, en coordinación con otras organizaciones pro defensa de los derechos humanos, elabora propuestas y busca incidir para que el Estado de Guatemala asuma la responsabilidad de defender, promover y procurar la integridad de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes madres.”

1.13 Niños y jóvenes protagonistas

“Todos y cada uno de los niños, niñas y adolescentes atendidos ha dejado una huella en el corazón de los que hemos sido parte de esta organización.”

“Sin embargo, deseamos dejar este espacio para recordar a algunos niños, niñas y adolescentes destacados, quienes fueron protagonistas de su propio destino, y dejaron una huella en nuestra sociedad. Sus historias de sufrimiento, lucha, triunfos y derrotas son similares a las de muchos niños, niñas y jóvenes guatemaltecos que han pertenecido a los programas de Casa Alianza, o bien que aún permanecen en las calles.”

“El programa legal promueve y defiende los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes madres. Para ello, se actúa en la prevención y procuración de problemas relacionados con drogas, calle, adopciones, explotación sexual y laboral, violencia, abuso, jóvenes en conflicto con la ley penal y migración.”

1.14 Planteamiento del problema

Este programa trabaja en áreas de alto riesgo social, para atender a niñas, niños y jóvenes en riesgo de explotación sexual y laboral, consumo de drogas, calle, involucramiento en maras, pandillas o situaciones de conflicto con la ley penal, así como en riesgo de desnutrición y todo lo que atente a la Convención de los Derechos de los Niños.

Casa Alianza de Guatemala ofrece ayuda a estos problemas con programas de reinserción social y familiar cubriendo las necesidades de atención psicosocial de este tipo de población.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Introducción

A continuación se darán a conocer los diferentes temas, que se investigaron durante el período de práctica profesional dirigida, así también algunos trastornos y patologías, su etiología, síntomas, signos y su diagnóstico; las psicoterapias, sus aplicaciones y técnicas. Estos temas sirvieron como base para abordar los casos vistos durante dicha práctica.

2.2 Problemas principales encontrados

2.2.1 Violencia intrafamiliar

Son innumerables las formas de violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Siempre es difícil pensar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser psíquica o física, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. La mayoría de las veces se trata de adultos hacia uno a varios individuos.

Se caracteriza a la violencia familiar en la que alguien con más poder abusa de otras con menos poder. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro. Este daño se puede dar ya sea por acción o por omisión, y se da en un contexto de desequilibrio de poder.

Para establecer que una situación familiar es un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica, refiriéndonos así a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan un vínculo familiar. Entre las principales características que puede presentar una familia que sufre de violencia son las siguientes:

Generalmente en las familias en las que aparece la violencia familiar tienen una organización jerárquica fija o inamovible, Además sus miembros interactúan rígidamente, no pueden aportar su propia identidad, deben actuar y ser como el sistema familiar les impone.

- “Las personas sometidas a situaciones críticas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduciría a un incremento en los problemas de salud. Muchas padecen de depresión y enfermedades psicosomáticas.”
- “También estas personas muestran una disminución marcada en el rendimiento laboral. En los niños y adolescentes tienen problemas de aprendizaje, trastornos de la personalidad, etc.”
- “Por lo general las personas que viven afectadas por la violencia familiar, como se criaron dentro de este contexto, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones.”

2.2.2 Tipos de maltrato

- a) “Maltrato infantil: es cualquier acción u omisión, no accidental que provoque un daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores.”
- b) “Maltrato físico: se refiere a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, etc.), que no es accidental y que provoca un daño físico o enfermedad en un niño o adulto. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación crónica de abuso. El maltrato físico no se asocia a ningún grupo étnico, si no que se manifiesta en todas las clases sociales, religiones y culturas.”
- c) “Maltrato sexual: se refiere a cualquier implicación de niños, adultos, adolescentes, dependientes o inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informado.”

- d) “Abuso y abandono emocional: generalmente se presenta bajo las formas de hostilidad verbal, como por ejemplo insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono. También aparece en la forma de constante bloqueo de las iniciativas infantiles por parte de algún miembro de la familia. Provoca graves trastornos psicológicos. En el caso de los niños, los padres muchas veces abusan emocionalmente de sus hijos basados en buenas intenciones. Pero a partir de esas buenas intenciones pueden presionarlos o avergonzarlos al punto de crearles un sufrimiento emocional crónico.”

- e) “Abandono físico: es un maltrato pasivo y se presenta cuando las necesidades físicas de un niño como alimentación, abrigo, higiene y protección no son tendidas en forma temporaria o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.”

- f) “Niños testigos de violencia: se refiere cuando los niños presentan situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan quienes son víctimas de abuso.”

- g) “Violencia conyugal: este tipo de violencia es difícil que se haga visible hacia los demás, esto se da cuando hay graves daños físicos o psicológicos. La violencia conyugal tiene un ciclo de tres fases:

- Fase de la acumulación de tensión: se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes en los miembros de la pareja, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad. El hombre y la mujer se encierran en un circuito en el que están mutuamente pendiente de sus reacciones.

- Episodio agudo: en el que toda la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia, que puede variar de gravedad, oscilando desde un empujón hasta homicidio. Se caracteriza por el descontrol y lo inevitable de los golpes.

- Luna de miel: se produce el arrepentimiento, pedido de disculpas y promesas de que nunca más va a ocurrir por parte del hombre. Pero al tiempo vuelve a reaparecer los períodos de

acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo. En este tipo de maltrato aparece la violencia verbal, que refuerza la violencia psicológica. El agresor comienza a denigrar a la víctima poniéndolos sobrenombres, descalificantes, insultándola, criticándole el cuerpo, comienza a amenazar con agresión física u homicidio. El agresor va creando un clima de miedo constante. La ridiculización en presencia de otras personas, le grita, le culpa de todo. A partir de estas agresiones la víctima puede sentirse débil y deprimida.”

2.2.3 Causas y efectos de los niños y adolescentes maltratados

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Hasta el momento existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufran grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte.

Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay que tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales. Los niños criados en hogares donde se los maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su stress psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, mas frecuente que en la población general.

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez. Algunos niños

sienten temor de hablar de lo que les pasa porque piensan que nadie les creerá. Otras veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento anormal y así aprenden a repetir este "modelo" inconscientemente.

La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad en crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades para establecer relaciones "sanas" al llegar a adulto. Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos. Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida.

2.3 Drogas

Las drogas provocan cambios en el comportamiento y daños irreversibles en la salud y en la calidad de vida. Las drogas son sustancias tóxicas, que al incorporarlas en nuestro cuerpo de forma oral, inhaladas o inyectadas, provocan cambios importantes en la capacidad mental y en las actividades de sentir, pensar y percibir la realidad.

Las drogas actúan directamente en el sistema nervioso central afectando la memoria, la coordinación motora, la visión, el oído, el tacto, los reflejos, el habla y producen una "sensación de bienestar" momentánea, que hace que la persona olvide o evada sus problemas, no sienta frío o hambre y pierda todo el sentido de la realidad.

Existen varios tipos de drogas:

- Algunas son medicamentos que suelen ser controlados, debido a que deben ser administrados por un médico, tanto en cantidad como en tiempo de consumo. Los principales son los tranquilizantes y los estimulantes.
- Otras drogas provienen de plantas, como la marihuana, los hongos o la coca.
- Otras son productos industriales, como el cemento, el thíner, los pegamentos o las pinturas, que al ser inhaladas de forma constante, producen daños cerebrales severos.
- Otras son compuestos químicos como las tachas, el crack y muchas más, que últimamente se han inventado, para promover y facilitar la adicción de niños y jóvenes.

- Un problema severo, es que los adictos generalmente no consumen un solo tipo de droga, sino varios, son inestables, inmaduros, no asumen responsabilidades, no tienen sentido de pertenencia y constantemente están atormentados por problemas de todo tipo, personales, familiares y sociales y no saben o no quieren enfrentar los problemas, por lo que buscan una forma de evadirlos y lo hacen, mediante el consumo de drogas, sin darse cuenta que ni los solucionan, ni los olvidan y sí los complican en todos sentidos. La adicción a fármacos y drogas ilícitas, daña con frecuencia y de forma irreparable el funcionamiento del cerebro, del corazón y del hígado principalmente.

2.3.1 Dependencia y tolerancia de las drogas

Las drogas generan dependencia y tolerancia, por lo que es difícil abandonarlas. Uno de los problemas de iniciarse en el consumo de drogas es la dependencia y la tolerancia, dos factores que hacen difícil la rehabilitación del enfermo.

La dependencia a ciertas sustancias y/o actividades cotidianas, es cuando las personas tienen una enorme necesidad por ellas y se convierten en algo imprescindible, aún a sabiendas de los riesgos y daños que estas ocasionan en su salud, sus relaciones personales, escolares y laborales y sobre todo en su calidad de vida.

- La dependencia es la necesidad de consumir las drogas, de realizar ciertas actividades con exceso o de estar con una persona y puede ser de dos tipos:
- Dependencia física, cuando el organismo necesita de una cierta cantidad de drogas para moverse y desarrollar las actividades diarias. Al dejar de consumirla, al principio se sienten náuseas, temblores, resequedad en la boca, vómitos o convulsiones, dependiendo del grado de dependencia, del tiempo de consumo y del tipo de droga utilizada.
- La dependencia psicológica, se da cuando las drogas producen costumbre a ellas, de tal forma que cuando faltan la persona se siente amenazada, ve, imagina o escucha cosas que no existen, se angustia con facilidad y presenta un grado de ansiedad, nerviosismo, miedo, paranoia y estrés que no la deja vivir ni descansar tranquila.

Otro problema muy grave que genera la dependencia es que la necesidad de conseguir la droga es tal, que la persona es capaz de todo, violar leyes, robar y hasta matar, sin importar a quién perjudique.

- La tolerancia es cuando la persona va necesitando cada vez mayor cantidad de droga, porque su cuerpo se va acostumbrando a las dosis utilizadas, minimizando sus efectos, o (al menos es lo que sienten los enfermos), lo que aumenta el riesgo de consumir sobredosis que lo lleven hasta el riesgo de perder la vida.

2.3.2 Factores de riesgo

El origen de las adicciones es muy complejo ya que son muchos los factores de riesgo que conllevan a desarrollarlas. El problema del consumo de drogas no es fácil de analizar, ya que puede originarse por diferentes factores psicosociales, que pueden ser: individuales, familiares, sociales, culturales, publicitarios y hasta políticos o religiosos. Los problemas de origen individual, están determinados por aspectos emocionales, por la personalidad y hasta por la cultura y educación, porque el modo de actuar de cada persona depende no solamente de cómo nos sentimos, sino también de los valores que tenemos.

Factores de riesgo individual pueden mencionarse:

- a. La baja autoestima.
- b. El sentido de invulnerabilidad.
- c. El retraimiento.
- d. La inseguridad.
- e. La curiosidad.
- f. El miedo.
- g. La no autoaceptación y la aceptación de los demás.
- h. La forma de enfrentar los problemas personales y de manejar la tristeza, la desesperanza, la frustración, la desesperación, la soledad, las críticas, los errores, las enfermedades, los duelos y los retos.

- i. La forma de manejar el sentido de aventura, la popularidad, la rebeldía y las normas sociales establecidas.
- j. La falta de asertividad, es decir la capacidad de respuesta y de toma de decisiones propias sin hacer caso a presiones, retos o amenazas.
- k. El valor que se le otorgue a la salud y a la vida, propia y de los demás.
- l. La incapacidad de reconocer, elegir, aceptar o de rechazar “amigos”.
- m. El no tener un sentido de pertenencia, es decir, sentir que somos parte importante de una familia, grupo de amigos, escuela o comunidad.

Entre los factores familiares de riesgo están:

- a. El ejemplo, si alguno de los progenitores o familiares son consumidores de alguna droga.
- b. La desintegración familiar.
- c. El manejo inadecuado de los problemas cotidianos.
- d. La falta de reconocimiento, aceptación, identificación, comprensión y orientación familiar.
- e. La falta o injusta asignación de responsabilidades domésticas.
- f. La carencia de normas flexibles, pero con límites.
- g. El respeto y acato a las normas establecidas.
- h. La presencia de violencia.
- i. La presión por el dinero.
- j. La inadecuada comunicación y la excesiva presión entre los miembros de la familia.

2.4 La delincuencia

Los factores psicológicos y sociales previos

La delincuencia juvenil es un tema de innegable trascendencia, tanto por sus aspectos sociales como por los de tipo psicológico. Desde el punto de vista sociológico, la delincuencia se refiere a la transgresión de normas y reglas, que son altamente variables en las distintas épocas y de un país a otro. Las edades en las que se puede aplicar la noción de delincuencia juvenil están, en gran parte, en función del ordenamiento jurídico de cada sociedad. Desde un punto de vista

psicológico, la valoración de un hecho como delictivo debe basarse más en sus motivaciones que en criterios externos. Se puede considerar la delincuencia juvenil determinada por la superposición de tres tipos de factores. El primero se relaciona con una predisposición particular de la personalidad, que corresponde al “carácter antisocial” o a la “delincuencia latente”.

Este tipo de personalidad se gestaría en las primeras relaciones e identificaciones infantiles con sus padres y su medio. Interviene, como segundo factor, la gravitación de las influencias sociales y familiares durante el período de latencia y adolescencia, capaces de transformar la delincuencia latente en delincuencia manifiesta. Por último, la delincuencia juvenil puede considerarse como un fenómeno directamente ligado a la adolescencia, no solamente por la edad en que se manifiesta, sino también porque en ella se expresan muchos de los conflictos típicos de este período, si bien emergiendo de forma patológica. Los problemas psicológicos por los que atraviesa el adolescente pueden hacerlo más vulnerable a las conductas delictivas.

En la génesis de la delincuencia juvenil incidirían, pues, factores psicológicos y sociales, pudiendo variar la importancia relativa de éstos en cada caso. Entre los factores primarios que condicionarán en el niño pequeño la formación de un carácter antisocial, destaca la importancia de los vínculos conflictivos que haya podido tener con la madre, y más tarde con el padre, así como los problemas existentes en la pareja parental. Sin duda, las personalidades perturbadas de los progenitores, las separaciones, las enfermedades, la extrema pobreza, etcétera, pueden despertar gran ansiedad en el niño e interferir negativamente en su desarrollo emocional. Numerosos estudios han comprobado la trascendencia de la pérdida de uno de los padres por abandono o muerte, señalando la evidencia de la relación entre hogares deshechos y delincuencia juvenil.

2.4.1 Adolescencia, delincuencia juvenil

La delincuencia juvenil es, esencialmente, adolescente, porque se manifiestan en ella, de forma acentuada, la mayor parte de los problemas que se reactivan en esta etapa de la vida.

Las crisis emocionales que se producen por los inevitables cambios corporales y psicológicos pueden llegar a crear serias alteraciones en el sentimiento de identidad y desencadenar trastornos

de conducta que constituyen defensas contra estas crisis. La actitud psicopática caracterizada por el comportamiento versátil, la falta de responsabilidad y la necesidad de satisfacción inmediata de todos sus deseos, sin soportar postergación, es una de las respuestas ante estas crisis, que se pueden transformar en actos delictivos. Los estados de confusión y los fenómenos de despersonalización, provocados por el desarrollo psicobiológico y aumentados cuando el grupo familiar y el social han fracasado en su rol de continente, se reflejan en la búsqueda desesperada por “instalarse” en un grupo que confiera cierta solidez a su tambaleante identidad.

El grupo ofrece la ventaja de ser depositario de las ansiedades del joven; también puede proyectar en sus integrantes los aspectos más conflictivos y rechazados de su propia personalidad. En ciertos casos, los grupos podrán caracterizarse por ser una banda de homosexuales, de drogadictos, o eminentemente delictiva.

El adolescente que ya venga cargado con su predisposición antisocial, incrementada por la influencia de factores familiares y sociales adversos y una personalidad insegura, se incorporará a dichas bandas con la finalidad de encontrar un grupo de pertenencia que lo contenga y le confiera alguna forma de identidad, aunque se trate, de una “identidad negativa”, para éstos jóvenes es preferible ser alguien perverso, indeseable a no ser nada.

Estos jóvenes son incapaces de instrumentar el pensamiento racional y de ponerlo al servicio de un planeamiento anticipatorio, con ausencia de previsión sobre la consecuencia de sus propios actos. Estos muchachos utilizan el lenguaje verbal como técnica de inducción sobre las personas; son rápidos para percibir las debilidades de los demás y aprovecharlas en beneficio propio. En sus relaciones personales, tienden a cosificar los vínculos, tratando a quienes los rodean como instrumentos y objetos para sus fines. No pueden establecer lazos afectivos, y padecen grandes dificultades para amar y tener amigos. Tienden, por lo general, a la mentira y al engaño de forma crónica, así como a la provocación e intimidación de compañeros y extraños.

2.5 Alcoholismo

Cumpleaños, bodas, bautizos, eventos deportivos, fiestas patrias, navidad, días de pago, viernes sociales, invitaciones, conservar a los amigos, halagarlos, demostrar quienes somos, angustia,

timidez, inseguridad, depresión, inmadurez emocional y social, inadaptabilidad al medio ambiente, complejo de inferioridad, preocupaciones, decepciones laborales, amorosas o familiares, pérdida de un ser querido, divorcio, desorganización familiar, incompreensión de los padres, problemas económicos, ignorancia de los efectos, falta de oportunidades de ocupación, publicidad errónea, predisposición al alcoholismo y muchos, muchos pretextos más, son utilizados para consumir bebidas alcohólicas. Y es que este llamado “néctar de los dioses”, acompaña todo tipo de evento como si fuera el invitado especial y pocas veces reflexionamos sobre la cantidad, frecuencia y los efectos que en cada uno tiene el ingerir alcohol, porque pasados sus efectos, (que por cierto son muy desagradables), pareciera ser que quedaron olvidados para la próxima vez, cuando hay una próxima vez.

Cada año, miles de personas mueren en el mundo, por enfermedades causas o relacionadas directamente con el alcohol, cerca del setenta y cinco por ciento de los accidentes viales están relacionados con su consumo y trastornos psicológicos, muertes violentas y suicidios completan la lista de las personas afectadas por esta adicción.

El alcoholismo ocasiona daños en todos los ámbitos de la vida, familiar, social, laboral o escolar, fundamentalmente por el ausentismo, baja productividad o por la violencia que generan sus efectos, lo que obviamente repercute de forma negativa en las relaciones interpersonales. El alcohol es uno de los factores que está presente en alrededor del ochenta por ciento de los divorcios y desavenencias familiares, que afectan enormemente la calidad de vida y el desarrollo de los hijos e hijas. Las pérdidas económicas que ocasiona el alcoholismo son enormes, por la productividad perdida los gastos en los tratamientos y la rehabilitación de los adictos, por el desperdicio de dinero en los hogares y las deudas contraídas.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por el consumo incontrolado, frecuente y prolongado de bebidas alcohólicas, que lo mismo vienen en forma de cerveza, licores, vinos de mesa y otros destilados y si bien el tipo de bebida que se ingiere varía de una clase social a otra, todas tienen los mismos efectos en el organismo, en el sistema nervioso y en la calidad de vida, cuando se consumen de forma adictiva.

El alcohol está considerado como una droga por los cambios que genera en el organismo, tanto el cambio físico como mental y sobre todo porque su consumo genera dependencia y tolerancia.

Dependencia, porque una persona alcohólica no puede vivir sin el líquido y puede ser física o psicológica y tolerancia, porque el organismo va solicitando cada vez más cantidad para que la persona sienta los mismos efectos que cuando se inicia su consumo. Los patrones de abuso del alcohol varían. Algunas personas toman diariamente, otras solamente los fines de semana y algunos no beben durante varios periodos, pero cuando lo hacen pueden dedicarse a beber por semanas o meses.

2.5.1 Factores de riesgo

La sociedad, las costumbres familiares, los retos de los amigos, la baja autoestima y otros factores contribuyen al desarrollo del alcoholismo. No hay una causa definida de porqué ciertas personas desarrollan adicción al alcohol, lo que sí se sabe, es que este problema va en aumento, sobre todo en los jóvenes y con mucho énfasis en las mujeres.

- Sin embargo hay algunos factores que juegan un papel muy importante en su desarrollo
- El pertenecer a una familia en la que el consumo de alcohol es permitido y hasta promovido.
- El convivir o tener familiares o amigos alcohólicos.
- El no orientar y vigilar adecuadamente a los adolescentes, desconociendo a sus amigos o permitiendo el consumo de alcohol en sus reuniones.
- El tener a la mano bebidas alcohólicas cuando se sabe que hay una cierta inclinación hacia su consumo.
- El no saber solucionar o enfrentar los problemas y buscar al alcohol como un escape para la ansiedad, la tristeza, las depresiones, las decepciones o los conflictos en las relaciones personales.
- El tener una baja autoestima que promueva el consumo de alcohol como un medio para cambiar la personalidad, para agradar a los demás o para desinhibirse ante alguien o ante algo.

- Los mitos relacionados con el “machismo”, el poder, la simpatía, la desinhibición, la sexualidad, la fuerza, la aceptación social y otros.
- Los retos de los amigos o familiares, sobre todo durante la adolescencia.

También existen otros factores de riesgo para que una persona se convierta en alcohólica y que tienen que ver con la personalidad, como:

- Responder a las bebidas alcohólicas de forma que sienten relajación, alivio, euforia, alegría o desinhibición.
- Que tienen ciertas características que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad o la depresión.
- Pertenecer a culturas que fomentan el alcoholismo.

Entre los factores sociales que favorecen el consumo de alcohol, están: la facilidad de su adquisición y consumo, la promoción y aceptación social de su consumo, los estilos de vida y el estrés.

2.5.2 Efectos del alcohol en la salud

El alcoholismo ocasiona diversas y graves enfermedades y muchos problemas familiares, emocionales, laborales y legales, gastos innecesarios y hasta impotencia sexual. Los efectos que ocasiona el alcohol en la salud pueden ser inmediatos, debido a que su absorción se produce desde el estómago y pasa directamente a la sangre, llegando al cerebro y al sistema nervioso en pocos minutos o a largo plazo por favorecer el desarrollo de enfermedades como la cirrosis o la encefalopatía hepática.

2.6 Definición de psicopatología

El término psicopatología, etimológicamente *psyché* (psyjé): alma o razón. *páthos* (pazos): enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en dos sentidos.

Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como enfermedades mentales.

El término psicopatología puede ser usado también para denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico forma.

La psicopatología se ocupa del estudio de las alteraciones psíquicas. En este sentido es una ciencia empírica y sirve de base a la psiquiatría.

La psicopatología como ciencia empírica se nutre de las aportaciones de ramas diversas de la psicología. Pero hay dos que han nacido en estrecha relación con sus problemas: una es la psicopatología fenomenológica y la otra es la psicopatología dinámica.

La distinción metodológica principal es la que existe entre: explicar y comprender, entendiéndose el primer término como método científico natural y el segundo como método de las ciencias culturales o históricas.

En las enfermedades mentales se presentan síntomas psíquicos que no pueden ser comprendidos sino explicados.

Esta se trata de relaciones causales. Claro es que la causalidad no explica sino la presencia de los síntomas psíquicos, pero no completamente su modo. En cambio, otros síntomas que aparecen en la patología mental pueden ser comprendidos, psicopatología, ejemplo, la aparición de una reacción vivencial anormal después de un trauma psíquico. La comprensión es en tal caso genética: se trata del descubrimiento de motivos y no de causas.

Esta distinción metodológica ha sido muy útil en psiquiatría, puesto que ha permitido establecer la noción de proceso psíquico y de psicosis.

2.7 Principales trastornos psicopatológicos

2.7.1 Depresión

La depresión es uno de los principales problemas de salud mental que afecta a miles de personas con consecuencias muy graves

La depresión es una enfermedad severa e incapacitante que puede ser resultado de una reacción ante determinadas circunstancias, como la pérdida de un ser querido, problemas laborales, soledad o algunas enfermedades.

Es hoy en día uno de los principales problemas de salud mental, ya que afectan a 1 de cada 5 personas, sin distinción de sexo o edad, porque pueden ser niños y niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores. La depresión generalmente se desencadena después de alguna situación problemática, la pérdida de una persona querida, de un objeto, el conocimiento de alguna enfermedad terminal o el resultado de una cirugía. Pero también es ocasionada por una baja autoestima que conlleve a no sentir aprecio por la vida y la salud, a sentir que nada tiene sentido y al resultado de fracasos continuos en diversos ámbitos de la vida.

Generalmente la depresión es padecida por personas que tienen un alto sentido de la responsabilidad, que sienten una fuerte presión hacia el orden, el cumplimiento de deber, la puntualidad y los escrúpulos morales y que al no lograr sus metas, tienden a culpabilizarse por su fracaso.

La depresión se confunde mucho con la tristeza, pero la diferencia, es que esta última llega a disminuir, pasa pronto y se puede manejar fácilmente, la depresión como enfermedad es complicada y muy compleja.

Las personas que sufren depresión, cuando no son ayudadas adecuadamente, caen en círculos viciosos, que disminuyen paulatinamente la autoestima, lo que produce frustración y a su vez hostilidad que en lugar de manifestarse en contra de otros, se manifiesta hacia uno mismo,

provocando grandes sentimientos de culpa, inestabilidad e inseguridad, que ocasiona que las personas actúen de tal forma que sus frustraciones y fracasos se hacen continuos.

En el caso de un cuadro depresivo profundo y sistemático este problema debe tratarse rápida y adecuadamente, porque muchos casos de personas con depresión, los llevan al fracaso sentimental, laboral, familiar y muchas, muchas veces al suicidio. Entre el origen y causas de la depresión podemos mencionar las siguientes:

- La depresión como enfermedad se origina cuando dos componentes cerebrales, la serotonina y la noradrenalina se alteran, lo que sucede por diversos motivos Como la depresión va acompañada principalmente de tristeza, sus orígenes van relacionados a:
- Duelos: o sea la pérdida de personas queridas o cercanas, de objetos personales muy apreciados, de amistades, del trabajo.
- Fracasos: amorosos, emocionales, afectivos, escolares o laborales.
- Padecimiento de enfermedades: graves, terminales, discapacitantes, con rehabilitaciones muy dolorosas y largas o después de cualquier cirugía.
- Como resultado del uso y consumo de drogas.
- Como resultado de “remordimientos”, por haber realizado alguna acción en contra de alguien, sin haber pensado en las consecuencias y mucho arrepentimiento.
- Como resultado de problemas de personalidad, baja autoestima y tendencia a la autocensura.

Pero también, la depresión se presenta debido a la disfunción de dos de los principales sistemas de neurotransmisores cerebrales, la serotonina y la noradrenalina, por lo que ante eventos depresivos se debe consultar un médico psiquiatra especialista.

La depresión es una enfermedad que presenta síntomas precisos y cambios de estado de ánimo que es necesario atender de inmediato Es importante destacar entre la tristeza y la depresión como enfermedad. La tristeza es un sentimiento humano que todos manifestamos ante una situación particular y puede desaparecer pronto.

La depresión es una enfermedad con síntomas claros, que tiene un origen o causa determinada y que dependiendo del nivel de desarrollo, la personalidad y el origen, puede llegar a requerir de ayuda profesional para su manejo. Los principales síntomas y signos de una depresión son:

- a. Estado continuo y permanente de tristeza.
- b. Falta de interés en su familia y amigos.
- c. Abandono de proyectos y aficiones.
- d. Cambio de estado de ánimo con predominancia hacia la nostalgia, sensación de desamparo, tristeza, irritabilidad, frustración, inseguridad.
- e. Bajo rendimiento escolar o laboral. Falta de concentración y atención.
- f. Apatía y desinterés.
- g. Problemas de comunicación familiar por desánimo.
- h. Aumento o disminución del sueño, con episodios frecuentes de insomnio.
- i. Disminución de la energía vital, fatiga, cansancio y problemas en la psicomotricidad.
- j. Bajo rendimiento físico y mental,
- k. Dolor de cabeza.
- l. Malestar general.
- m. Estreñimiento o diarrea y problemas para evacuar.
- n. Baja autoestima, autocrítica continua, auto reproches, autoimagen devaluada, comparaciones negativas hacia los demás, sentimientos de inutilidad y culpa.
- o. Pérdida de interés en todos los aspectos de la vida, dificultad para tomar decisiones, aislamiento y soledad, visión negativa del futuro, falta de arreglo personal, pérdida de interés sexual.
- p. Cambios en el apetito y en los hábitos alimenticios, que pueden llevar al desarrollo de enfermedades como la bulimia, la anorexia o el comer compulsivamente.
- q. Desarrollo de adicciones.
- r. Pensamientos pesimistas, de muerte y suicidio.
- s. Pensamientos hipocondríacos y suicidas.

Existen diferentes tipos de depresión dependiendo de su origen y el daño que ocasionan a la salud integral, todos deben ser tratados por un especialista

Existen varios tipos de depresión:

- Uno se puede caracterizar por estados depresivos continuos e incapacitantes, episodios de irritabilidad, enojo fácil, agitación y dolores físicos.
- Otros tipos se caracterizan por un estado depresivo continuo que puede o no causar problemas en el funcionamiento individual.
- Otra forma de depresión es la que alterna estados de excitación y aceleración mental, conocidos como forma Bipolar.

Desde el punto de vista médico y por su origen, los trastornos depresivos pueden depender o no de alguna otra enfermedad, entre los que no dependen de ninguna están:

- Las depresiones endógenas, cuando su principal síntoma es la tristeza profunda, el pesimismo, los sentimientos de fracaso y la disminución de la autoestima. Durante su desarrollo se presentan grandes auto reproches y sentimientos de culpa y poco interés en las cosas que antes eran muy importantes, pudiendo llevar a un desinterés, indiferencia total, aislamiento y soledad.
- También hay algunas manifestaciones físicas como insomnio, falta de apetito y disminución del peso, dolores de cabeza frecuentes, cansancio excesivo, resequedad bucal, estreñimiento, palpitaciones y en caso de las mujeres alteraciones del ciclo menstrual
- Las depresiones psicogénicas, son las que presentan cuadros de tristeza continuos, durante periodos prolongados y son más comunes en el sexo femenino. Los principales síntomas son: el insomnio, cansancio y tendencia a permanecer acostado, sin ganas de hacer nada, pensamientos pesimistas y autocensurables muy negativos, falta de energía a lo largo del día, con cansancio y tendencia a permanecer acostado, disminución de la autoestima. Muchas veces este cuadro depresivo aparece como respuesta a un evento muy estresante.
- Las depresiones secundarias se originan después de conocer la existencia de alguna enfermedad grave o terminal o después de un trastorno severo. La tristeza viene

acompañada de cansancio, tendencia al llanto, a la angustia y a la desesperación, insomnio y falta de apetito.

2.7.1.1 Tratamiento

La depresión es una enfermedad que debe ser tratada con ayuda psicológica y con fármacos controlados. Afortunadamente, la depresión tiene curación y es indispensable diagnosticarla a tiempo. El tratamiento consiste en terapias y administración de medicamentos antidepresivos que alivian los síntomas, pero su uso es muy delicado, por lo que siempre deben estar controlados por un médico especialista.

La depresión es una enfermedad que puede ser tratada con todo éxito utilizando generalmente dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos y los inhibidores de la MAO (monoaminooxídasa).

Estos medicamentos tienen que estar perfectamente controlados y durante la administración de los inhibidores de la MAO, se requiere de una dieta especial, evitando los quesos, la cerveza, el vino, el hígado de pollo y otros alimentos que contienen una sustancia que al interactuar con los medicamentos aumentan la tensión arterial. Cuando la depresión es muy severa y no se obtiene una adecuada respuesta a los medicamentos, muchos médicos psiquiatras utilizan el electroshock, terapia de choque.

Otro tratamiento muy adecuado para la depresión leve o de tipo neurótico, es el de la psicoterapia, ya que muchos de estos trastornos tienen su origen en factores psicosociales de tipo emocional, conductuales, cognitivos o cultural y no en disfunciones orgánicas. Es muy importante prevenir las recaídas, por lo que se pueden promover actividades que mantengan a la persona ocupada, que la motiven, la interesen y sobre todo que le ofrezca una alternativa constructiva en su vida, por lo menos hasta que esté en condiciones de asumir su situación de manera diferente. Hacerle saber y sentir a la persona que es valiosa y enfatizar en los aspectos positivos de la vida y de su persona es muy importante para la motivación.

2.7.2 Ansiedad

La ansiedad, llamada también nerviosismo excesivo, o ataque de pánico, consiste en un grave problema en que se altera mucho el sentido de la aprensión.

Es una respuesta normal a una circunstancia específica y es estimulada por diversos factores que tienen que ver con eventos naturales, preocupaciones, enfermedades, retos, incertidumbres, temores, duelos, angustias o presentimientos. El problema es en ocasiones tan intenso, que las personas cambian su rutina y forma de vida con tal de evitar sentirse ansiosas, y muchas llegan a desarrollar miedo a estar fuera de la casa o sea agorafobia. Se puede presentar de diversas formas:

- Ansiedad aguda, que se presenta en forma de ataques de pánico, con intenso miedo y síntomas físicos como dolor en el pecho, dificultad respiratoria y sensación de una desgracia inminente. Puede ocurrir después o presintiendo algún evento traumático físico o emocional.
- Ansiedad crónica, cuando la situación de la persona es de permanente miedo y ocasiona una depresión severa.
- Ansiedad generalizada, que ocasiona presentimientos derivados de prácticamente cualquier situación que cause incertidumbre y en muchas ocasiones sin causa aparente.

La ansiedad cuando es excesiva, produce síntomas que son tan inquietantes que general más temor y ansiedad, ocasionando un círculo vicioso y ataques de pánico más frecuentes.

2.7.3 Trastorno de ansiedad generalizada

Se manifiesta con los mismos síntomas de la ansiedad, pero la diferencia está en que sus efectos duran más de 6 meses y este problema llega a afectar la vida social y el rendimiento laboral y/o escolar. Por lo general este problema se genera a partir de los 20 años de edad, pero hay casos de niños que lo padecen.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un padecimiento mucho más fuerte de lo que cualquier persona en situaciones normales puede experimentar diariamente. La tensión y las preocupaciones son crónicas, aunque en ocasiones no hay una causa justificable que la ocasione. Afecta mucho a personas que se preocupan demasiado por la salud, el dinero, el trabajo, la familia y otras cosas que a veces son difíciles de identificar. Se asocia frecuentemente a un exceso de preocupaciones, conocido como expectación aprensiva, y es muy frecuente en personas que sufren violencia familiar o le tienen mucho miedo a alguna persona cercana, en quien ha tenido algún accidente grave y teme que le de otro, o quien padece alguna enfermedad y tiene miedo de morir, por lo que no es fácil que controle esta situación, sin ayuda médica profesional.

Es importante tomar en cuenta la edad y el contexto en que vive cada persona, ya que el origen de la ansiedad está fuertemente determinado por estos factores. Puede ocasionarse por el consumo de sustancias como cafeína, anfetaminas, bebidas alcohólicas y otras drogas, por lo que el diagnóstico debe ser muy acertado para dar el tratamiento adecuado. Comúnmente se asocia también a ciertas enfermedades como el hipertiroidismo, los trastornos depresivos y otras más.

La ansiedad generalizada y la preocupación, por lo general se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas, que se agravan ante cualquier situación que ponga en riesgo la vulnerabilidad y estabilidad de la persona afectada:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia.
- Fatiga o cansancio fácil, cotidiano y excesivo.
- Dificultad para concentrarse o para poder ordenar las ideas.
- Irritabilidad y enojo fácil.
- Tensión muscular que ocasiona dolor en el cuello, espalda y cintura.
- Temblores de manos y ocasionalmente de los párpados. Movimientos impulsivos en las piernas.
- Dolor de cabeza o cefalea.
- Dificultad e incapacidad para relajarse.
- Insomnio y alteraciones del sueño, despertando siempre con mucha fatiga.
- Sudoración excesiva.

- Taquicardias, palpitaciones.
- Problemas gastrointestinales.
- Sequedad de boca.
- Mareos frecuentes.
- Hiperventilación, o sea el aumento del número de respiraciones poco profundas y rápidas por minuto.

El diagnóstico debe ser muy cuidadoso para descartar inicialmente enfermedades o conductas adictivas que estén favoreciendo la ansiedad generalizada. El tratamiento incluye psicoterapia y la administración de medicamentos ansiolíticos o antidepresivos con efecto ansiolítico asociado, dado que el tratamiento es por mucho tiempo y esto ayuda a evitar la adicción y permiten que la persona duerma y descanse mejor al generar un sueño más profundo y reparador. En la actualidad hay diversos medicamentos para controlar la ansiedad generalizada, con resultados muy positivos. También se recomiendan las técnicas de relajación biofeedback, que no son invasivas y permiten controlar la tensión emocional y muscular.

2.7.4 Trastorno de ansiedad secundario

Puede darse por situaciones fuertes, consumo de ciertas sustancias o medicamentos o por algunas enfermedades.

Este problema presenta los mismos síntomas que la ansiedad generalizada o el estado de pánico y es originado por algún factor identificable, por lo que se puede clasificar en:

- Ansiedad debida al consumo y uso de sustancias, generalmente adictivas. Como pueden ser: cafeína, nicotina, cocaína, éxtasis, mariguana, anfetaminas y otras más.
- También es ocasionada por el síndrome de abstinencia al alcohol o a medicamentos ansiolíticos.
- Así como por el consumo de ciertos medicamentos de uso controlado, como: pseudoefedrina, norepinefrina, fenilefrina, fenilpropanolamina, etilefrina, salbutamol y otras más.

Ansiedad ocasionada por alguna enfermedad o condición de salud, entre las que destacan: hipertiroidismo, hiperfunción suprarrenal, hipoglucemia o baja de azúcar en la sangre o prolapso de la válvula mitral, entre otras. Ansiedad secundaria provocada por otro trastorno mental como puede ser: la crisis de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias, la anorexia nervosa, o los trastornos depresivos. Ansiedad causada a situaciones de adaptación o cambios en la vida, como pueden ser los duelos familiares y de amigos, problemas de pareja, problemas escolares o laborales, cambio de residencia, enfermedad de algún pariente cercano, problemas económicos fuertes, falta de empleo y otros más. El diagnóstico, se establece con la historia clínica que contempla duración de la enfermedad y posible origen de ella.

El tratamiento es determinado por el médico e incluye sesiones de terapia y el uso de medicamentos controlados, por el tiempo absolutamente necesario. Lo principal es controlar el origen de la ansiedad que por lo general es originado por un problema pasajero.

2.7.5 Estrés

El estrés es una reacción natural del organismo ante las presiones, pero si no se controla puede afectar gravemente la salud. En cualquier problema de salud actual o cualquier situación que nos ocasione temor, inseguridad, angustia, o ansiedad, sale a relucir la palabra estrés y aunque todos hablamos de este fantasma que afecta a todo tipo de personas, no sabemos bien qué es. El estrés no es una enfermedad, se define como una respuesta normal del organismo ante cualquier situación que altera el equilibrio emocional de una persona y se presenta en cualquier etapa de la vida, desde la infancia. Las reacciones por estrés permiten evitar el peligro, pero cuando este persiste, no se controla adecuadamente o se convierte en parte de nuestro estilo de vida, es muy perjudicial para la salud física, mental y social ya que ocasiona principalmente mucha fatiga y la incapacidad de actuar adecuadamente.

Durante esta reacción, se activa la liberación de neurotransmisores cerebrales, hormonas como la adrenalina y otros elementos corporales que inician una reacción en cadena provocando el aumento de los niveles de alerta, la transpiración, el aumento de la presión arterial y la sangre es

desviada de los intestinos a los músculos al mismo tiempo que el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.

Cuando el estrés aumenta, intervienen casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos entre otros órganos el cerebro, el sistema nervioso, el corazón, el flujo sanguíneo, los niveles hormonales, el proceso digestivo, el sistema excretor, la función muscular, el páncreas y el hígado. Entre los daños que estrés puede ocasionar y/o complicar están las enfermedades cardiovasculares, la artritis reumatoide, migrañas y dolores extremos de cabeza y músculos del cuello y espalda principalmente, calvicie, asma, tics nerviosos, impotencia sexual, irregularidades en el ciclo menstrual, colitis y gastritis, diabetes, pérdida o aumento del apetito, disminución o aumento de peso. Pero también el estrés ocasiona problemas emocionales que repercuten en las relaciones familiares, laborales, escolares ya que no nos deja pensar claramente, hay un fuerte desequilibrio emocional que provoca enojo, bloquea las ideas y la productividad, produce miedo y se puede manifestar hasta en conductas violentas, en muchas ocasiones.

El estrés es provocado por situaciones negativas o positivas que afectan el equilibrio emocional de cualquier persona. El problema del estrés es muy complejo, pero cada vez más preocupante, por un lado, porque es un factor de riesgo presente en muchos problemas de salud, pero por otro lado, porque los problemas de salud suelen agravarlo, lo que hace que este padecimiento sea un círculo vicioso, en ocasiones difícil de controlar. Muchos son los problemas de salud graves relacionados directamente con el estrés, entre ellos están: las adicciones, la depresión, la hipertensión, los infartos, los trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia, la violencia o los suicidios.

Otro de sus graves problemas es que puede ser ocasionado por cualquier situación o acontecimiento que represente un peligro para la estabilidad y equilibrio emocional de una persona y que es un problema muy individual, ya que aunque varias personas sufran la misma situación, cada persona la asume, enfrenta y reacciona de forma diferente a ellas, es decir la trascendencia y significado es diferente para cada uno, y lo que para algunas personas es insignificante, a otras genera mucho estrés y más cuando se sienten incomprendidos ante alguna situación.

El estrés además puede ser originado tanto por eventos positivos, como negativos. Entre los primeros están por ejemplo: el nacimiento de un hijo, una boda, un cumpleaños, el examen de titulación, la llegada de un pariente querido, un viaje y hasta el sacarse dinero en algún sorteo.

Entre los negativos están por supuesto las enfermedades y los accidentes, la muerte de familiares y amigos, las deudas económicas, la pérdida del empleo, la fatiga física y corporal, los conflictos con las parejas sentimentales o los divorcios, los problemas con los hijos, con los jefes o compañeros de trabajo, con los vecinos, familiares o amigos, la violencia intrafamiliar, el acoso y las violaciones sexuales.

Pero también son motivo de gran estrés, el tiempo, el clima y los fenómenos naturales, el ambiente familiar y laboral, el ruido, algunas noticias, la descompostura del auto, los exámenes escolares o la búsqueda de trabajo, la asistencia a lugares desconocidos, el manejar, las noticias y otros más.

2.7.5.1 Tratamiento

En la mayoría de los casos, el estrés se puede auto controlar y se presenta de forma aguda por situaciones específicas. Muchas personas no reconocen que están estresadas porque lo consideran signo de debilidad, sin embargo el estrés es una reacción normal del organismo ante situaciones de peligro o emoción intensa. La mayoría de las situaciones de estrés son determinadas por un suceso en particular, cuando este suele ser enfrentado y atendido, el estrés disminuye o desaparece sin ocasionar mayores daños.

Pero si por algún motivo el estrés se prolonga, es necesario tratar de controlarlo y solicitar ayuda profesional, antes de que genere algún problema de salud como la depresión.

Como el estrés no es una enfermedad, entre los factores que ayudan a su control y auto tratamiento están:

- Reconocer y aceptar el problema.
- Realizar ejercicio físico continuo

- Platicar algún familiar o amigo sobre el problema.
- Identificar las opciones de solución.
- Aumenta el sentido del humor hacia el problema, es decir no tomar las situaciones "tan en serio" y aprender a bromear con ellas
- Dormir al menos 8 horas y descansar durante el día.
- Comer ordenadamente.
- Buscar alternativas para desviar momentáneamente la atención del problema por medio del entretenimiento, como ir al cine, acudir a una reunión, cantar, leer, etc.
- Tratar de solucionar el problema de inmediato, no dejar que se acumulen otros factores, que con frecuencia pueden ser malas interpretaciones, ocasionadas por el mismo estrés
- No imponerse nuevas responsabilidades hasta que se solucionen las anteriores

2.7.6 Trastornos de sexualidad

2.7.6.1 Homosexualidad

Es un trastorno donde el adolescente posee intereses sexuales por otros del mismo sexo. Al igual que otras perversiones, la homosexualidad no tiene el mismo valor en niños que en adultos. Durante el período de latencia y en la pubertad, es frecuente que los niños rechacen a sus coetáneos del sexo opuesto y formen grupos de amigos, separadamente, los varones y las niñas. El período de doce a catorce años fase del "grupo homosexual", altamente variable según las épocas y costumbres de los distintos medios sociales.

Lo importante es destacar que el alejamiento y el menosprecio del sexo contrario son comunes en estas edades, y pueden considerarse como una fase normal de la evolución hacia la heterosexualidad, que comenzará a definirse plenamente en la pubertad. Anna Freud destaca que es un hecho frecuente, la aparición en la pre adolescencia, y aun en la adolescencia, de episodios homosexuales alternados con otros heterosexuales, en los que es sumamente difícil pronosticar su repercusión futura. Muchas conductas, tales como los contactos homosexuales de distinto tipo, o los comportamientos propios del sexo contrario, deben valorarse según su frecuencia e intensidad, así como la edad en la que se produzcan.

Una franca homosexualidad después de la pubertad constituiría una perversión propiamente dicha, si bien pueden existir, más precozmente, tendencias en este sentido que, cualitativa o cuantitativamente, se aparten de la normalidad. Numerosos estudios realizados entre homosexuales adultos muestran que las primeras manifestaciones desviadas comenzaron, en la mayoría de los casos, antes de la edad puberal. Partiendo de la existencia de tendencias bisexuales innatas, se puede entender la homosexualidad como el resultado de diversas interferencias en el desarrollo psicosexual que determinarán el predominio del componente homosexual sobre el heterosexual. Los factores que pueden intervenir en este sentido son muy diversos:

- Rechazo por el progenitor del sexo opuesto
- Estimulación psíquica y física excesiva del progenitor del mismo sexo
- Seducciones homosexuales por parte de niños mayores o adultos
- Carencia de contacto con personas del sexo opuesto.

La relación con los padres y, en particular, su papel en el establecimiento de las primeras identificaciones, así como la forma en que se desarrolle la conflictividad edípica, son elementos de fundamental importancia para la futura definición sexual.

Los principales psicodinamismos implicados en la homosexualidad masculina serían los siguientes:

- Identificación con una imagen femenina por ausencia del padre o dominio de la madre en la pareja parental
- Fracaso de la identificación con la imagen masculina por miedo u odio a un padre sádico o autoritario
- Predominio de la fijación libidinosa hacia el padre por ausencia de la madre
- Defensa contra la agresividad dirigida hacia el padre
- Fijación en impulsos pre-genitales.

2.8 Psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico o evaluación psicológica es el proceso de recogida de información a través de una serie de instrumentos (entrevistas, auto informes, observación, registros, test o técnicas proyectivas) con la finalidad de alcanzar un objetivo (selección, orientación, cambiar comportamientos). El Psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas, entre los objetivos podemos encontrar:

- Lograr un acercamiento al examinado.
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste.
- Describir al examinado, en algún aspecto específico (ej: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (ej: definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

Y dentro de las etapas:

- Contacto inicial: puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.
- Entrevista inicial: permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. La confección de la batería de tests a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

- Aplicación de la evaluación: administración de tests y otras herramientas diagnósticas.
- Cierre del proceso y devolución de la información: a través de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria. Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-exposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta. Consiste en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar aquellos aspectos que son de utilidad para el proceso terapéutico. En psicodiagnóstico infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por éste. Este proceso de devolución implica la generación de insight y el manejo de la ansiedad del examinado.
- Análisis de los resultados.
- Confección y entrega del Informe Psicológico: dirigido al solicitante del proceso de Psicodiagnóstico.

Entre los métodos de psicodiagnóstico podemos mencionar:

2.8.1 Observación

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación. Existen dos clases de observación: la observación no científica y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa. Pasos que debe tener la observación: Determinar el objeto, situación, caso, etc. que se va a observar, determinar los objetivos de la observación para qué se va a observar, determinar la forma con que se van a registrar los datos, observar cuidadosa y críticamente, registrar los datos observados, analizar e interpretar los datos,

elaborar conclusiones, elaborar el informe de observación, este paso puede omitirse si en la investigación se emplean también otras técnicas, en cuyo caso el informe incluye los resultados obtenidos en todo el proceso investigativo

2.8.2 La percepción

La percepción es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Si la sensación era un mero proceso receptivo, la percepción es algo más que eso, es el conocimiento de las respuestas sensoriales a los estímulos que las excitan. Por la percepción distinguimos y diferenciamos unas cosas de otras, nuestro ser del mundo, nuestra realidad de las otras cosas. La percepción supone una serie de elementos en los que hay que distinguir:

- La existencia del objeto exterior.
- La combinación de un cierto número de sensaciones.
- La integración de nuevos estímulos percibidos en experiencias anteriores y acumuladas en la memoria.
- La selección de ciertos elementos de nuestras sensaciones y eliminación de otros.

En el acto perceptivo, el cerebro no sólo registra datos, sino que además interpreta las impresiones de los sentidos. La percepción no es, pues, como la respuesta automática de una máquina, las teclas de la máquina de escribir que al pulsarlas se disparan automáticamente y siempre en el mismo sentido.

En la percepción la cosa ocurre de otro modo, la respuesta que se da al estímulo viene siempre reestructurada, de tal modo que un mismo fenómeno observado y percibido por distintas personas, reciben respuestas distintas, y es interpretado de modo muy distinto, por un poeta, un pianista, un organista.

Por otra parte como no percibimos sólo por un órgano sino que recibimos muchos estímulos al mismo tiempo y por distintos órganos ocurre que la más leve desviación en cualquiera de los órganos puede dar lugar a diferencias profundas en el resultado total de nuestras percepciones.

En cierto modo, la percepción es una interpretación de lo desconocido, aunque por ser la única que el hombre puede dar, ésta le sirve para su desenvolvimiento en el mundo. Por el cual por otra parte se encuentra en íntima comunicación.

En toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo de fuera. Entre estos datos y elementos distinguiremos 3 principales:

- Recepción sensorial: La base de la perfección es la recepción proveniente de los sentidos, sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no nos llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas, es decir, una percepción.
- La estructuración simbólica: La percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente.
- Los elementos emocionales: Es posible que muchos de nuestras percepciones nos dejen indiferentes pero la mayoría de ellas van íntimamente ligadas a procesos emocionales a los propios, dando lugar en nosotros a sentimientos o a emociones agradables o desagradables.

Los psicólogos de la forma han estudiado aquellas variantes perceptivas que están en función de los aspectos estructurales de los estímulos. Según esto han establecido distintas maneras de organizar los estímulos y de reunirlos en grupos. Algunos de estos modos son:

- La agrupación: Es frecuente que al recibir varios estímulos tendamos a agruparlos con arreglo a una estructura determinada. Por ejemplo: un rostro, un edificio, un paisaje, etc. las formas de agrupación más frecuentes son:
 - Por proximidad: Las diferentes distancias de unos estímulos con respecto a otros influyen en que se perciban como unidades aisladas o constituyendo.
 - Por simetría: Existe una tendencia en nosotros a agrupar los estímulos construyendo con ellos figuras simétricas.
 - Por semejanza: Por elementos iguales o similares, se estructuran generalmente formando una única estructura.
 - Por continuidad: Los elementos que se agrupan por rectas o curvas de manera continua tiende a ser percibida formando una unidad.

- La percepción figura/fondo: Íntimamente relacionado con las agrupaciones anteriores está la tendencia a organizar los estímulos estructurándolos en formas tales que se den ciertas figuras destacándose sobre un fondo. En estos casos la figura aparece bien delimitada, destacándose sobre n fondo, presentándose como un fondo informe e indefinido. Con este tipo de agrupaciones la figura tiene el valor de objeto, mientras que el fondo tiene valor de soporte o espacio más o menos indefinido, sobre el que descansa la figura.
- El cierre: Cuando una serie de sensaciones nos afecta presentándonos figuras u objetos inacabados, líneas interrumpidas, elementos incompletos, etc. tendemos a estructurarlos construyendo figuras acabadas y perfectas.
- El principio de constancia: Según este principio tendemos percibir las cosas por su color, figura o como estamos acostumbrados a verlas o como son. Por ejemplo, la nieve la vemos blanca aunque sea de noche.
- El movimiento aparente: Existe el movimiento aparente, no real. Por ejemplo, el constante apagarse y encenderse de bombillas con unos intervalos y unos ritmos. Nos da la impresión de movimiento real, pero recibimos influencias en el acto perceptivo.

2.8.3 Entrevistas

La técnica de la entrevista psicológica en relación a sus objetivos. A través del estudio de la Entrevista Psicológica nos introducimos de lleno en el campo de la psicología clínica, lo que nos plantea una serie de preguntas sobre el método clínico en psicología y sobre el objeto de estudio de la psicología en conjunto.

Propósito de la entrevista psicológica: Se configura así una verdadera encrucijada, una zona de convergencia de problemas, de la que sacaremos el mayor provecho, pienso, si caminamos lentamente, sin soslayar contradicciones ni polémicas.

A través del estudio de la Entrevista Psicológica nos introducimos de lleno en el campo de la psicología clínica, lo que nos plantea una serie de preguntas sobre el método clínico en psicología y sobre el objeto de estudio de la psicología en conjunto.

Objetivos: apunta a la finalidad teórica presente en forma implícita o explícita en quien realiza la entrevista.

Entrevista psicológica. Dice Bleger en su trabajo sobre el tema: Entendemos por tal aquella en que se persigue un objetivo psicológico investigación, diagnóstico, terapia, etc.

Es evidentemente una definición tautológica y en ella aparece la palabra: objetivos, pero aquí en un acepción descriptiva: no es una entrevista sociológica por ej., y agrega Psicología es lo que hace el psicólogo, diferente de lo que hace el periodista, el jefe de personal, etc.

El método clínico en general y la entrevista Psicológica. En particular proceden del campo de la medicina. Conservan por su origen una relación con la consulta de la que se espera la orientación, curación, etc. o sea un aspecto práctico empírico.

2.8.4 Test

La finalidad de los test consiste en medir las diferencias en una determinada característica entre diversos sujetos, o bien entre el comportamiento del mismo individuo en diferentes momentos u ocasiones. El español J. Hurtarte de San Juan publicó en el siglo XVI su obra *examen de ingenios*. Esta daba normas para descubrir las diversas habilidades e ingenios del hombre y establecer diferencias.

El test uede llevarse a cabo según el sector de exploración, por ejemplo:

- a. Test de inteligencia: que miden la inteligencia de la persona.
- b. Test de conocimiento y aprovechamiento: Estos test miden las adquisiciones culturales de la persona, en determinadas áreas o materias escolares.
- c. Test de personalidad: Son aquellos que miden las características de la personalidad, como el comportamiento y actitud habitual del sujeto. Ejemplo: la estabilidad emocional, sociabilidad, intereses o bien actitudes, etc.

Es necesario también mencionar los tests proyectivos, los cuales son instrumentos de evaluación psicológica que ayudan a obtener información de la personalidad del individuo y de sus conflictos más inconscientes. Este tipo de pruebas se basan en un mecanismo de la personalidad llamado *proyección* a través de este la persona proyecta en el test sus aspectos de la personalidad y sus conflictos más inconscientes los cuales desconoce el sujeto precisamente por no ser conscientes estos conflictos. Se basan en unas normas muy sencillas para su ejecución las cuales consisten básicamente en realizar una serie de dibujos que son conocidos universalmente por la mayoría de personas para después contestar a un cuestionario de preguntas muy sencillas en relación a los dibujos hechos.

Los materiales por lo general se basan en proporcionar al entrevistado una hoja o bien hojas tamaño carta, de color blanco y de papel bond, un lápiz marca mongol número dos y un borrador.

Existen otro tipo de test proyectivos consistentes en la interpretación o sea, interpretar o bien contar una historia a partir de la presentación de una serie de láminas o a través de la ordenación de éstas:

- a. Test del árbol: Consiste en pedirle al sujeto que dibuje un árbol y luego que conteste un sencillo cuestionario de preguntas referentes al dibujo. De igual forma que en casi todos los test donde se pide un dibujo, A partir de este test se puede llegar a conocer los conflictos más inconscientes del individuo así como, sus conflictos latentes en este momento
- b. Test de la figura humana: Se le pide al examinado dibujar una figura humana, lo que se espera es que dibuje primero su mismo sexo pero si sucede al contrario, se debe de dejar que lo haga y al terminar se le pide que dibuje otra figura humana pero del sexo opuesto al que ya ha dibujado; luego debe contestar a un sencillo cuestionario de preguntas en relación a los dibujos. Este test ayuda a que se conozcan aspectos más conscientes de la persona.
- c. Test de la familia: Consiste en dibujar una familia inventada y una familia real, luego el entrevistado debe contestar a un sencillo cuestionario de preguntas en relación a los dibujos hechos; el material corresponde a hojas papel bond, tamaño carta, color blanco, también un lápiz marca mongol número cinco y un borrador.
- d. Test de los colores: El test de los colores de *Luscher* es un método que permite determinar y describir el estado interior y anímico de una persona. Se realiza a través de la elección y el ordenamiento de cuatro series de colores cada una de las series está compuesta de cuatro tonalidades específicas de colores como los azules, verdes, rojos y amar.

2.9 Herramientas para la elaboración del proceso diagnóstico

2.9.1 DSM IV TR

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1.994.

- Desórdenes que usualmente son diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia.
- Delirium, demencia, amnesia y otros desórdenes cognitivos.
- Trastornos mentales debidos a una condición médica general no clasificados en otro apartado.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatoformes.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos sexuales y de identidad de género.
- Trastornos de alimentación.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de impulsos no clasificados en otro apartado.
- Trastornos de ajuste (adaptación).
- Trastornos de personalidad.
- Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica.

2.9.1.1 Ejes de clasificación del DSM IV TR

Diagnóstico a través del el DSM-IV TR es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de cinco "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I

Donde se describe él ò los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.).

Eje II

Donde se especifica sí, hay algún trastorno de personalidad a la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (Por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.)

Eje III

Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).

Eje IV

Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.)

Eje V

Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

2.9.2 CIE 10

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

2.9.2.1 Los ejes de clasificación de la CIE 10

Eje I

Patología Exhibida, tanto psiquiátricas como somáticas, se incluyen las categorías A00 a Y98.

Eje II

Funcionamiento adaptativos; Se originan en la clasificación internacional de discapacidades Cuidado personal supervivencia.

Funcionamiento ocupacional.

Funcionamiento ocupacional en el hogar.

Funcionamiento en la sociedad en general.

Eje III

Factores ambientales y circunstanciales y eventos de la vida que influyen la presentación de tratamiento, curso pronóstico del desorden. Se origina en la categoría Z de la CIE10 se agrupan así:

- Eventos negativos de la niñez y el desarrollo
- Educación

2.9.3 Guía Latinoamericana de psiquiatría GLADP

Esta Guía se propone como un instrumento de orientación del proceso diagnóstico y no como sustituto del conocimiento del clínico. En psiquiatría, como en otros campos de la medicina, el diagnóstico es formulado por un clínico con los conocimientos y la experiencia que esta tarea requiere y no por la mera utilización de manuales de diagnóstico.

La GLADP puede ayudar a los profesionales de la salud mental en su labor diagnóstica, pero no puede convertirse en una camisa de fuerza que los obligue a diagnosticar de una manera que ignore su mejor juicio clínico. Se recomienda a los usuarios de este manual, llegar al diagnóstico de la condición clínica de la persona que se presenta para atención en salud por una evaluación global e integral del paciente que incluya, por supuesto, los elementos de juicio contenidos en las normas diagnósticas. El clínico debe comprobar si, su diagnóstico satisface o no los requerimientos de las pautas de la guía Latinoamérica de psiquiatría GLADP.

La GLADP reconoce el derecho del clínico a sostener su diagnóstico, aun cuando las pautas diagnósticas no estén satisfechas, aunque recomienda que esto sea excepcional y se reserve para especialistas de experiencia. Esto es de particular importancia en el diagnóstico de las formas atípicas de los trastornos mentales en que no hay criterios diagnósticos específicos para tales formas atípicas. No obstante, la ausencia de satisfacción de los criterios diagnósticos de la Guía se aclarará mediante el uso de las siguientes siglas: D.N.P. diagnóstico no pautado, sí no se ha satisfecho los requisitos diagnósticos de la GLADP, o estos no han podido ser revisados. En este último caso, los requisitos diagnósticos proveídos por la Guía deben revisarse tan pronto sea posible, a fin de ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica.

El sostener un diagnóstico en contra de los criterios pautados D.N.P. exige que el paciente haya sido muy bien estudiado y que existan razones verdaderamente convincentes para hacerlo. No se justifica mantener un diagnóstico no pautado sólo porque no se ha explorado bien la presencia de algunos de los requerimientos diagnósticos.

2.10 La psicoterapia

La palabra terapia proviene del griego *therapeia*, que significa ‘atender’ y ‘curar’. La palabra terapia es definida en los diccionarios. Las actividades llevadas a cabo para curar enfermedades y para disminuir el sufrimiento; ‘los efectos curativos de esas actividades. Por su parte, en su diccionario de psicología, la describe como, “...el tratamiento de desordenes a través de métodos psicológicos”.

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios y una persona que acude a consultarlo paciente o cliente que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

El tratamiento de problemas diarios se refiere más a menudo como consejo una distinción adoptada originalmente por Carl Rogers pero el término se utiliza a veces alternativamente con psicoterapia.

Además, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación. Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

- El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
- La calidad de relación terapéutica del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien recibe la ayuda.

2.10.1 Terapia racional emotiva

Albert Ellis se formó en psicoanálisis, mas rápidamente se fue desilusionando debido a los escasos resultados obtenidos con la técnica psicoanalítica. Decide dar un giro y empieza a enseñarles a sus pacientes los mismos principios que le habían servido a él. Es así como fue creando una terapia más breve, directa y efectiva, centrada en lo actual y en el cambio, con mayor implicación tanto del terapeuta como del paciente. No obstante, lo que consideraba fundamental era la influencia de las creencias sobre las emociones y las conductas.

El primer libro en que plasma su teoría tiene un título muy sugerente: "How to Live with a Neurotic" (1957). Ellis considera que su abordaje surge de obras filosóficas, tales como las de Spinoza y Bertrand Russell; aunque también estima que existen similitudes con el existencialismo y con cualquier otro enfoque que coloque la responsabilidad sobre los hombros del propio individuo. Sin embargo, principalmente deriva de la antigua tradición estoica que se remonta a Epícteto y Marco Aurelio. Siguiendo las premisas estoicas, la TRE postula que la perturbación emocional no es originada por los hechos, sino que por la interpretación que nosotros mismos hacemos de dichos hechos. Este postulado explicaría que, ante una misma circunstancia, las personas pueden reaccionar de maneras muy diferentes.

Entonces, para la psicología cognitiva en general, el principal factor que determina nuestras emociones y conductas es el procesamiento de la información; es decir, la forma en que se percibe, procesa, almacena y recuerda la información. La interpretación que se haga de la realidad determinará cómo se sentirá y cómo se va a comportar.

A su vez, el comportamiento influirá en como se relacionarán los demás unos con otros. Consecuentemente, fuera de delimitar las principales "Creencias o Expectativas Irracionales" que predominan en la Sociedad Occidental, Ellis elaboró técnicas que permitiesen su cambio por actitudes más sanas. A dicho método lo denominó la teoría del "ABC" emocional (según las iniciales en ingles), nombre críptico que sirve para facilitar la labor didáctica y educativa.

El Modelo A-B-C es, por tanto, una herramienta heurística que se esquematiza de la siguiente forma: $A \rightarrow B \rightarrow C$, donde: A: Acontecimientos Activador o acontecimientos observados por el sujeto; se refiere al rol de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos. B: Creencias o expectativas, básicamente irracionales y auto acusatorias que provocan los sentimientos actuales de sufrimiento; representa la interpretación o juicio de valor concerniente al evento observado. C: Consecuencias manifestadas en estados emocionales negativos, conductas o síntomas neuróticos que surgen a partir de las creencias; corresponde a las consecuencias emocionales de las interpretaciones de los acontecimientos observados. En otras palabras, si bien las experiencias externas pueden ocasionar un gran monto de sufrimiento, son las creencias, las que determinan que permanezca en el tiempo, sobre todo influyen las valoraciones y exigencias personales basadas en creencias previas.

Dichas creencias irracionales son el resultado de un "condicionamiento filosófico" o de hábitos influenciados ya sea por la educación, por factores sociales o por predisposiciones biológicas, es decir, estarían programados biológicamente para ser susceptibles a este tipo de condicionamiento.

Consecuentemente, dado que se parte de la hipótesis de que no es A quien genera C, sino que B; entonces, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales seremos capaces de generar nuevos estados emocionales menos dolorosos y más racionales y realistas. La psicología cognitiva considera que la herramienta más útil consiste en tomar conciencia de aquellos esquemas mentales distorsionados y mutarlos por otros más racionales.

2.10.1.1 Los seis principios de la terapia racional emotiva

El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.

El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

Es decir, si al ir una mañana al trabajo, te encuentras con que tu coche tiene una rueda pinchada, depende de ti sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes, etc.) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, tu jefe se enfadará, pensará en despedirte...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc. analizamos lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, veremos cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento.

De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseamos.

Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres

humanos, parecen tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vive moldea el contenido específico de esas creencias. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues puede trabajar directamente en el momento presente.

Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

Las emociones negativas inadecuadas se definen como aquellas que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa del malestar. Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión ira, culpa vergüenza y dolor emocional etc. Como hemos visto, son causadas por creencias irracionales.

Las emociones negativas adecuadas son aquellas que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas se ven bloqueados y frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar el problema. Es decir, nos ponen en marcha para solucionarlo. Entre ellas se encuentran la preocupación, la tristeza, el enfado, el remordimiento, el pudor y la decepción. La terapia racional emotiva ayuda a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema.

Los sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandiosidad o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta bien. Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo.

Las emociones positivas adecuadas son el resultado de la satisfacción de los deseos, metas e ideales humanos. Incluyen el amor, el placer, la curiosidad, la felicidad...

2.10.1.2 Los síntomas secundarios

Las personas, cuando sienten y actúan, tienen a la vez determinados pensamientos sobre sus sentimientos y conductas y estos pensamientos les llevan a tener otros sentimientos y conductas.

Así, por ejemplo, una persona se siente triste por la pérdida de algo valioso, se da cuenta de eso y valora ese sentimiento de alguna manera.

Cuando las personas se sienten emocionalmente mal, a veces perciben sus síntomas de una manera tremendista y absolutista, pensando cosas como: "es terrible que esté deprimido; soy débil e inútil por sentirme así, no puedo soportarlo.

"Así desarrollan un síntoma secundario, como depresión por estar deprimidos o ansiedad por sentirse ansiosos. De este modo, una persona con fobia a los ascensores puede sentir ansiedad tan sólo ante el hecho de pensar en un ascensor o en si habrá alguno en el edificio del amigo que quiere visitar. Esto deriva del hecho de creer que sentir ansiedad es algo terrible que no debería sucederle. Por tanto, si tiene que subir a un tren, podría preguntarse si también en esa situación sentirá ansiedad. Este miedo a la ansiedad provocará ansiedad, llegará al tren sintiéndose ansioso y acabará teniendo también fobia a los trenes sin ni siquiera darse cuenta del proceso que lo ha llevado a eso. Incluso puede acabar teniendo ansiedad en numerosas situaciones. De este modo, estos síntomas secundarios pueden llegar a ser más graves e incapacitantes que los primarios."

2.10.1.3 La terapia de la TRE

La terapia consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. El método principal para hacer esto se llama debate de pensamiento y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Es decir, si nuestros pensamientos son los principales responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. Los pasos a seguir son los siguientes:

- I. Descubrir las creencias que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.
- II. Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras.
- III. Discriminar las creencias irracionales y no constructivas de las racionales y constructivas, mostrando cómo estas últimas conducen a mejores resultados. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

2.10.2 Terapia cognitiva

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su

psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el consultante, y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas. Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico.

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos. Se basan en reconocer el pensamiento distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales. Resulta pertinente señalar que los creadores de este enfoque psicológico y terapéutico, para fundamentarlo, manifiestan haber apelado a antiguos tópicos de la escuela estoica de la filosofía griega. Especialmente, a aquéllos en los que pensadores como Epicteto manifiestan, de modo terminante, que no son los "hechos" objetivos mismos los que perturban la dinámica del "alma", sino lo que "pensamos" -he aquí el principio cognitivo- en nuestro interior, en nuestra subjetividad, sobre esos hechos.

La llamada conductual, a su vez, siempre ha operado con parejos principios. Es obvio que todo esto ha de ser especialmente valedero para las perturbaciones psicógenas manifiestas.

Las distorsiones del paciente, son denominadas por los fundadores de la doctrina, como tríada cognitiva. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.

Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un

inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape) también pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente.

2.10.3 Terapia cognitivo conductual

Parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de

significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización ideosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el si mismo.

Esas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo (constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psicoevolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo "círculos viciosos" rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología.

La terapia consistiría en que el paciente tomara conciencia de como sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

Existen muchas técnicas de terapia conductual que pueden clasificarse de acuerdo con el modelo de condicionamiento clásico y el operante. Esta separación es más didáctica que real, dado que las diversas técnicas en su aplicación comparten ambos principios, con predominancia de uno u otro, no existiendo un modelo integral que conjugue desde un punto de vista teórico ambos condicionamientos, lo cual obviamente dificulta la evaluación y tratamiento integral del paciente.

A continuación se presenta una clasificación de estas terapias, de las que se destacarán las más conocidas y utilizadas, al margen de los principios específicos que las sustentan, dando una visión general y aproximada sobre la forma de aplicación que asumen frente a la conducta desadaptada.

2.10.3.1 Desensibilización sistemática

Watson (1924) y otros han demostrado cómo el miedo podía aprenderse por condicionamiento y desaprenderse por el mismo mecanismo. Concibió la ansiedad como una respuesta emocional compleja y susceptible de ser condicionada, con arreglo a las leyes del aprendizaje.

J. Wolpe (1958), basado en el principio de inhibición recíproca descrito por Sherrington (1906), señala que si se hace coincidir una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansíógenos, de forma tal que se acompaña de una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilita. En otros términos, si al paciente se le enseña a experimentar relajación en lugar de ansiedad mientras imagina tales escenas la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad.

Esto implica que la ansiedad puede ser inhibida siempre que entre en competencia con otros mecanismos antagónicos, sea la relajación muscular, la excitación sexual, la autoafirmación, etc.

El inhibidor más utilizado por largo tiempo ha sido la relajación muscular de Jacobson (1938), describiendo sobre esta base la desensibilización sistemática. La aplicación de esta técnica tiene mayor eficacia en el tratamiento de las ansiedades fóbicas, aunque también sus efectos son positivos en el tratamiento de conductas obsesivas, en personas con tartamudez y conductas sexuales anómalas (técnicas de Master y Johnson) y otros.

El procedimiento de desensibilización sistemática contempla tres fases:

- Entrenamiento en técnicas de relajación (con o sin ayuda de hipnosis o droga).
- Establecimiento de jerarquías de situaciones u objetos que provocan ansiedad en el sujeto.
- Desensibilización propiamente dicha. De forma imaginaria o in vivo, presentando los elementos ansiógenos (objetos o situaciones) según la jerarquía establecida a la vez que se practica la relajación.

2.10.3.2 Entrenamiento asertivo

Según Rimm y Masters (1984), la conducta asertiva es aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de sentimientos. En otros términos, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar conductas socialmente apropiadas. De esta forma la técnica afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y tiende a producir o mantener auto-refuerzos. Así la técnica se utiliza para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio y conductas interpersonales correctas en todos los niveles, logrando recompensas sociales (así como materiales) significativas y una mayor satisfacción en la vida.

En el entrenamiento asertivo se emplean técnicas muy variadas como: ensayo de conducta, imitación, feedback, procedimientos encubiertos y mecanismos de inhibición recíproca. Cuando se utiliza esta última, la relajación muscular (señalada en la desensibilización sistemática) es sustituida por una conducta asertiva como inhibidora de la angustia, ya que al ser ambas respuestas incompatibles, se consigue que el paciente incremente su capacidad para adoptar conductas de autoafirmación social.

2.10.3.3 Modelamiento

Este tratamiento derivado de los principios del aprendizaje social, fue introducido al campo de las terapias de conducta por Bandura (1969, 1971). Estas se basan en la idea de que se puede verificar un aprendizaje no solamente como resultado de una experiencia directa, sino que puede ser vicario, es decir, como una función de presenciar o de ser testigo de un comportamiento y del resultado que dicho comportamiento tiene en otras personas.

Este modelamiento o aprendizaje por imitación fue investigado en el laboratorio experimental animal, desde finales del siglo pasado.

El aprendizaje por imitación, considerado el tercer tipo de aprendizaje, tras el clásico y el operante, se utiliza para que el sujeto adquiera una nueva conducta con arreglo a: nuevos patrones, facilitación de conductas apropiadas, desinhibición de conductas evitativas, y extinción del miedo y la ansiedad unidos a la conducta a favorecer. Técnicamente consiste en la observación de la conducta de un modelo, ya sea filmado o en vivo. Una variedad especialmente eficaz es el modelo participativo o desensibilización por contacto, en el que el terapeuta actúa como modelo, realizando en vivo la respuesta, y siendo observado por el paciente que luego ha de repetir en pasos sucesivos, bajo la dirección del terapeuta, la misma conducta.

2.10.3.4 Técnicas que emplean condicionamiento operante

Son muchas y diversas las técnicas específicas que utilizan el concepto de refuerzo en el desarrollo o disminución de la conducta alterada o desadaptada, diferenciándose únicamente en el tipo de refuerzo utilizado o en el manejo de contingencia; es decir, en la relación temporal que se establece entre la conducta y la aplicación del refuerzo.

Entre estas técnicas tenemos: economía de fichas, contrato de contingencias, reforzamiento social, encadenamiento, tiempo fuera de respuesta positiva, etc. De estos, por su importancia clínica, describiremos dos de ellas, sin que esto signifique menosprecio de las otras técnicas.

2.10.3.5 Economía de fichas

Esta técnica fue descrita por Ayllon y Azrin en 1968, siendo aplicado a pacientes psiquiátricos hospitalizados, concibiéndolo como una estrategia terapéutica innovadora de gran alcance clínico. Su objetivo es la eliminación de conductas desadaptativas y la adquisición de conductas alternativas o socialmente deseables. Utilizan fichas como sistemas de refuerzos, estas se entregan una vez que aparece la conducta adaptativa deseada (alimentación, higiene, limpieza, etc.). Cuando aparece una conducta desadaptativa (apatía, falta de motivación, dependencia, etc.) las fichas no son entregadas, e incluso pueden ser retiradas. La ficha (objeto, bono) pueden ser canjeadas por cosas materiales o actividades de interés particular, actuando a su vez como refuerzo para el individuo.

De esta forma se programan conductas en ámbitos institucionales (hospitales, prisiones, centros de educación de niños especiales, etc.), con la finalidad de estimular la manifestación de aquellas que son deseables socialmente.

2.10.3.6 Contrato de contingencia

Esta técnica parte de un contrato o acuerdo negociado entre el terapeuta y el paciente, por el que éste se compromete a obtener recompensas cuando realice conductas apropiadas, y castigo cuando las conductas que manifiesta no sean adecuadas o pactadas.

Previa evaluación de lo que se espera y la identificación de la recompensa y castigo, se establecen las contingencias (cuándo recompensar, cuándo castigar) para la conducta objetivo, entrando por último en la fase propia del tratamiento en la que se han de cumplir los propósitos acordados o pactados. La utilización más difundida es en los problemas escolares, de pareja, de familia y de conducta alimentaria, como en los casos de la anorexia y la bulimia, controlando los cambios de la conducta desadaptada o indeseables.

Conclusiones

1. Cada uno de los temas ha sido de suma importancia para la realización de la práctica profesional supervisada, ya que enriquecen y establecen conocimientos adquiridos con anterioridad.
2. Para el manejo provechoso de los métodos de psicodiagnóstico es necesario la utilización de manuales, ya que al consultarlos hacen más eficiente la administración y calificación de los mismos.
3. La asertividad de un diagnóstico es indispensable para el tratamiento del paciente, por lo cual es trascendente la utilización de los métodos de psicodiagnóstico con responsabilidad y entereza.
4. En cada población a tratar, habrán algunos trastornos más comunes, por lo cual todo el conocimiento que se obtenga de estos, ayudará para que el trabajo a realizar marque la trascendencia que se desea, no solo en la población, sino en el psicólogo involucrado.

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1 Introducción

Para llevar a cabo la practica profesional dirigida, se utilizaron varias herramientas como por ejemplo: el programa de práctica, las planificaciones de cada actividad, esclarecer los objetivos para realizar lo que se había propuesto, antes de realizar proyectos es necesario el método que se utilizará para obtener las metas deseadas, por lo cual a continuación se verán las utilizadas en ésta.

3.2 Programa de actividades práctica profesional dirigida

A. Propósito del curso

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

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

B. Objetivos

Generales

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

Específicos

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

C. Contenido temático del curso

- Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
- Capacitación en salud mental
- Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
- Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
- Trabajo en comunidades de riesgo
- Detección de situaciones de resiliencia
- Creación de programas y proyectos
- Planificación de actividades

D. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

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

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

Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas establecidas; así como con las normativas establecidas por la Universidad.

3.3 Cronograma de actividades

FECHA	ACTIVIDADES TUTORIALES	ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE PRACTICA
Enero	1. GENERALIDADES: Información sobre práctica entrega de programación instrucciones sobre metodología.	
Febrero	2. Solicitud de realización de la practica al Decano José Ramiro Bolaños. 3. Entrega de planificaciones de actividades de práctica. 4. Entrega de autorización escrita de centro de practica.	
Marzo	5. Información sobre la observación e investigación en los centro de practica. 6. Entrega de resumen y análisis practico del libro la Entrevista psiquiátrica de Sullivan. 7. Informe de observación	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en los centro de práctica. • Contacto inicial con las autoridades. • Entregar planificación de actividades autoridad inmediata • Observación del funcionamiento del centro de practica • Investigación de los antecedentes de la institución y servicio que presta, tipo de población etc.
Abril y mayo	8. Elaboración de historias clínicas de casos planteados en el aula. 9. Discusión de caso. 10. Retroalimentación de conocimientos. 11. Exposición y análisis sobre diversas patologías.	Entrevista abordaje de casos, evaluación del paciente. Uso de documentos de registro.
Junio Julio agosto	12. Taller para elaboración de impresión clínica <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostico multiaxial. • Plan terapéutico. • Informe de casos. 13. Exposición de formas de psicoterapia. 14. Presentación y discusión de casos. 15. Entrega de historias clínicas e informes de casos 16. Entrega del proyecto de salud mental.	Registro de evolución de casos. Diagnostico y tratamiento actividades que requieran el centro de practicas
Septiembre	17. Trabajo de campo en áreas de riesgo, capacitaciones a grupos en conflictos. 18. Informe del proyecto de salud mental. 19. Primera revisión del informe final	Culminación de la práctica clínica. Ejecución del programa de salud mental
Octubre	Segunda Revisión de informe final	
Noviembre	Tercera revisión del informe final Entrega del informe final Examen final	

3.4 Planificación general de actividades práctica profesional dirigida

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Enero	Elaborar planificación anual de la práctica profesional dirigida. Solicitar autorización de la práctica profesional dirigida al decano de la Universidad Panamericana	Información general de programa y práctica profesional dirigida. Instrucciones sobre metodología a utilizar. Planificación de la práctica profesional dirigida	Planificación. Elaboración de cronograma	Programas y cronogramas. Computadora. Hojas. Información adquirida.	Autorización del centro de práctica. Aprobación de la planificación de práctica profesional dirigida

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Febrero	Ubicar un centro de práctica. Entregar carta de solicitud al centro de práctica autorizado. Retroalimentar los conocimientos adquiridos sobre la observación	Solicitud de realización de la práctica profesional dirigida al decano de la universidad Licenciado José Ramiro Bolaños. Entrega de planificación de actividades de la práctica profesional dirigida. Asignación de centros de práctica. Retroalimentación sobre la observación	Observación. Ejercicios de práctica	Computadora. Internet. Bibliografía. Hojas.	Enriquecimiento del concepto de observación. Asignación del centro de práctica

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Marzo	Presentarse al centro de práctica para hacer acuerdos sobre la misma. Observar el funcionamiento del centro de práctica.	Presentación al centro de práctica. Contacto inicial con las autoridades del centro de práctica. Observación del funcionamiento del lugar. Entrega de informe de observación. Retroalimentación sobre la entrevista.	Observación. Entrevista.	Planificación. Hojas de observación. Hojas. Computadora. Internet.	Presentación al centro de práctica. Observación del funcionamiento del centro de práctica

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Abril	Abordar casos clínicos mediante observación y evaluaciones. Discutir casos en el aula. Retroalimentar análisis y evaluaciones de historias clínicas.	Abordaje de casos, evaluaciones y observación. Discusión de casos. Retroalimentación sobre análisis y elaboración de historias clínicas.	Entrevistas. Observación. Evaluaciones Lecturas bibliográficas	Computadora. Hojas. Internet. Evaluaciones psicológicas. DSM IV	Abordaje de casos. Discusión de casos. Retroalimentación de análisis y evaluaciones clínicas.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Mayo	Atender casos en el centro de práctica. Usar adecuadamente los documentos de registros de casos. Retroalimentar y reforzar conocimientos sobre psicopatología .	Exposiciones en el aula sobre diversas psicopatologías. Uso de documentos de registros de casos. Atención a casos en el centro de práctica	Observación. Exposiciones. Terapias alternativas	Computadora. Internet. DSM IV Cañonera.	Atención a casos en el centro de práctica. Utilización de documentos de registro. Exposiciones de diversas psicopatologías.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Junio	Atender casos en el centro de práctica. Realizar actividades que requiera el centro de práctica. Retroalimentar conocimientos sobre impresión clínica y diagnóstico multiaxial.	Atención de casos. Actividades que requiera el centro de práctica. Talleres para retroalimentación de impresión clínica y de diagnóstico multiaxial	Talleres. Retroalimentaciones.	Computadora. Internet. Hojas. Cañonera. DSM IV	Atención a casos en el centro de práctica. Realización de actividades que requiera el centro de práctica. Retroalimentación sobre impresiones clínicas y diagnósticos multiaxiales

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Julio	Atender casos en el centro de práctica. Realizar actividades que requiera el centro de práctica. Retroalimentar información y presentación de casos. Retroalimentar las forma de psicoterapia.	Atención de casos. Actividades que requiera el centro de práctica. Retroalimentación sobre información y presentación de casos	Retroalimentaciones Documentación sobre información y presentación de casos	Computadora. Internet. Hojas. Cañonera. DSM IV Manuales de pruebas proyectivas	Atención a casos en el centro de práctica. Realización de actividades que requiera el centro de práctica. Retroalimentación sobre información de casos. Retroalimentación sobre formas de psicoterapia

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Agosto	Presentar y discutir casos. Entregar informe final de la práctica profesional dirigida. Elaborar proyecto de salud mental. Planificar actividad de cierre en el centro de práctica	Presentación y discusión de casos. Entrega de informe final de casos. Elaboración de proyecto de salud mental. Entrega de proyecto de salud mental	Discusiones de casos Proyectos de salud mental Informes	Computadora. Internet. Hojas. Cañonera.	Presentación y discusión de casos. Entregar informe final de la práctica profesional dirigida. Entrega del de proyecto de salud mental.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Septiembre	Ejecutar y aplicar proyecto de salud mental en lugares de riesgo. Capacitar a grupos en conflictos. Entrega de informe para la primer revisión	Ejecución de proyecto de salud mental en lugares de riesgo. Capacitación a grupos en conflicto. Informe de resultados de proyecto de salud mental. Primer revisión de informe de la práctica profesional dirigida	Investigaciones. Capacitaciones. Grupos terapéuticos	Computadora. Internet. Cañonera. Informes. Dinámicas	Ejecución de proyecto de salud mental en lugares de riesgo. Capacitación a grupos en conflicto. Informe de resultados de proyecto de salud mental. Primera revisión de informe de la práctica profesional dirigida. Culminación de la práctica profesional dirigida

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Octubre	Revisar y entregar informe para la segunda revisión de práctica profesional dirigida. Evaluar los conocimientos adquiridos durante la práctica profesional dirigida	Revisión de informe final de práctica profesional dirigida. Cierre de actividades en el centro de práctica.	Revisión de informe final.	Computadora. Internet. Hojas.	Modificaciones satisfactorias de informes finales.

Mes	Objetivos	Actividades	Metodologías	Recursos	Logros esperados
Noviembre	Entregar informe para la tercera revisión.	Tercera revisión de informe final. Entrega de informe final. Examen final.	Computadora. Internet. Hojas.		Entrega de informe final revisado. Examen final exitoso

3.5 Subprogramas

3.5.1 Programa de atención de casos

I Introducción:

A continuación se presentan las actividades que se llevaron a cabo en el centro de práctica en la atención de casos.

II Objetivos:

- Conocer a la población con la que se trabajará.
- Elaborar un plan terapéutico haciendo acuerdos con la institución para su abordaje.

III Actividades:

Trabajo terapéutico servicio de psicología individual y grupal.

Marzo
Última semana de marzo: fue la semana de inducción donde se conoció todo el trabajo que realiza ACA en sus diferentes departamentos y la función de cada uno de ellos ya que se estuvo en cada uno de ellos.
Abril
Se inicia el proceso de atención a las personas que están siendo o han sido reinsertadas a la sociedad y familia.
Mayo
Se establece nuevos formatos para recopilar datos de los clientes y sus familias, para formalizar y tener una base de datos según el caso y los documentos que en algún momento lo requiera el departamento legal de ACA.
Junio – Septiembre
Los siguientes meses hasta septiembre del presente año, se trabajó exclusivamente con atención a los casos.

3.5.2 Programa de capacitación

I Introducción

El programa de capacitación se llevó a cabo como parte de las actividades del área de reinserción, se dieron los temas de: codependencia, maltrato, estrés y drogadicción. Se trabajó con las familias de los residentes de la institución con el fin de corregir y reestructurar nuevas conductas.

II Objetivos

- Enseñar y mejorar la calidad de vida de todos aquellos que deseen dar pasos hacia delante con respecto a su salud integral.
- Capacitar a las personas para que más adelante al encontrarse con una situación que los lleve a bajar su calidad de vida, puedan dar los pasos para salir de ello o simplemente no aceptarlo.

III Actividades

- Escuchar música.
- Ejercicios de relajación.
- Rompe hielos.
- Presentación en power point

IV Cronograma de actividades

Taller de codependencia

Domingo 14 de Julio		
Horario	Actividad	Encargado
8:00 a.m.	Bienvenida	Zenia Juárez
8:10 a.m.	Taller: Codependencia para mujeres	Claudia Hernández
9:45 a.m.	Refacción	Todos los colaboradores
10:20 a.m.	Taller: Codependencia para hombres	Claudia Hernández
12:00 a.m.	Refacción	Todos los practicantes
11:15 a.m.	Limpieza	Todos los colaboradores

V Cronograma de actividades

Taller de estrés, ansiedad y salud mental

Viernes 26 de Septiembre		
Horario	Actividad	Encargado
9:00 a.m.	Bienvenida	Claudia Hernández
9:10 a.m.	Taller: Violencia Intrafamiliar	Oscar Morales
9:45 a.m.	Refacción	Todos los practicantes
10:10 a.m.	Taller: Estrés, Ansiedad y Salud Mental	Claudia Hernández
10:45 a.m.	Refacción	Todos los practicantes

3.5.3 Programa de elaboración del proyecto de salud mental

I Introducción

El proyecto de salud mental se llevó a cabo en la iglesia Cristiana Evangélica Visión de Fe, Mixco, Aldea Lo de Coy, por parte de los alumnos del quinto año de la carrera de Psicología y consejería Social de la Universidad Panamericana, con el objetivo de ayudar a prevenir problemas de índole emocional y de promover la salud mental en Guatemala impartiendo talleres sobre violencia intrafamiliar, estrés, ansiedad y autoestima a los pobladores del área circunvecina que asistan; y al mismo tiempo de proporcionarles estrategias y técnicas terapéuticas breves, que les faciliten su diario vivir en la problemática en que se encuentren.

II Objetivos

- Desarrollar talleres y diferentes actividades psicológicas que beneficien a la comunidad de la aldea Lo de coy Mixco. Poniendo en practicar las técnicas y conocimientos recibidos durante la carrera de psicología y consejería familiar.
- Realizar talleres dirigidos a la familia sobre estrés, ansiedad y violencia intrafamiliar, para hacer conciencia sobre la necesidad de mantener una salud emocional integral.
- Brindar terapias breves y de emergencia, basados en los test de ansiedad y estrés de Beck.
- Desarrollar talleres de autoestima con los niños que asistan con sus padres al proyecto.

III Actividades

Las actividades se dieron con charlas, juegos grupales o actividades escritas y de intercambio. De ellas se extrae en grupo, una enseñanza, un valor que dirige a valores como el respeto mutuo, la confianza, la amistad, el saber expresarse, el poder relajarse en momentos críticos, entre otras cosas.

La metodología es participativa e interactiva. Después las personas son libres de opinar, decir, hacer, jugar, plantear, sugerir, idear, imaginar, bromear, reír, abrazar, mediados por los conferencistas.

IV Cronograma de actividades

Viernes 26 de Septiembre		
Horario	Actividad	Encargado
9:00 a.m.	Bienvenida	Claudia Hernández
9:10 a.m.	Taller: Violencia Intrafamiliar	Oscar Morales
9:45 a.m.	Refacción	Todos los practicantes
10:10 a.m.	Taller: Estrés y Salud Mental	Claudia Hernández
10:45 a.m.	Primera rifa	Todos los practicantes
11:15 a.m.	Despedida e invitación para la tarde	Ana Claudia Rivera
3:00p.m. – 6:00 p.m.	Terapias breves de emergencia	Todos los Practicantes
Sábado 27 de Septiembre		
Horario	Actividad	Encargado
3:00 p.m.	Bienvenida	Betty de Briones
3:15 p.m.	Psicodrama familiar y terapias por grupos	Todos los practicantes
4:15 p.m.	Refacciones	Todos los practicantes
4:40 p.m.	Talleres de autoestima por grupos	Todos los practicantes
6:00 p.m.	Ultima rifa, despedida y agradecimientos	Todos los practicantes

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Introducción

En esta parte se describe la presentación de resultado los logros más relevantes del centro de prácticas a la vez las limitaciones que encontramos lo que nos impido realizar el trabajo, y la aplicación de conocimientos en los casos que se presentan a continuación conjunto con sus historias clínicas.

4.2 Programa de atención de casos

- Logros: mejorar la autoestima de los niños, niñas y padres, aprender cuidarse físicamente, modificar hábitos de conducta y mejorar sus relaciones familiares.
- Limitaciones: La asistencia, el tiempo, el trabajo y el compromiso de los pacientes con su terapia.
- Conclusiones: Se llegaron a varias metas, creando una satisfacción por ellas, pero por otro lado un deseo de trabajar por aquellas que no se alcanzaron.
- Recomendaciones: Seguir motivando a los niños y familia a aprender a relacionarse sanamente con su entorno, con ellos mismos y los demás, desarrollándose integralmente.
- Muestra de cinco casos atendidos Presentación de historias clínicas

4.3 Caso 1

I Datos generales

Nombre:	EO
Edad:	44 años
Lugar de nacimiento:	Mazatenango, Guatemala
Fecha de nacimiento:	15 de Julio de 1964
Escolaridad:	Sexto grado de primaria
Ocupación:	Empleada domestica
Religión:	Católica
Elaboración de informe:	Octubre 2008

II Motivo de consulta

Su hijo JAMO se encuentra en la Comunidad de Niños y Adolescentes desde el mes de Marzo del presente año, luego de que un día ya no llegó a su casa y estar residiendo en casa de un amigo. (Abandonó el proceso a principios de agosto 2008)

III Historia del problema actual

Refiere doña EO, que su hijo JAMO, ha sido un niño muy independiente y a su corta edad tiene conocimiento y actúa como un joven mayor. Doña EO cuenta que de un tiempo atrás su hijo manifiesta comportamientos que lo han llevado a ser expulsado de la escuela donde estudiaba, seguidamente lo inscribió en un colegio, al cual él ya no quiso asistir, escapándose para la casa de un señor llamado AN, enviudó hace un par de años atrás y trabaja solamente para sus dos hijos, el

mayor, un joven de 18 años y la más pequeña, una niña de 9 años de edad, quienes mantienen una vida desordenada con lo que respecta a las horas de dormir, comer y asistir a estudiar, debido a que su padre trabaja todo el día y no hay quien les supervise.

III Historia personal

Nació en Mazatenango, tuvo varios novios pero nunca una relación formalizada hasta que conoció al que fue su esposo. Era varios años mayor que ella, pero no le importó y se vino a vivir a la capital, aún en contra de la voluntad de sus padres, con quien tuvo a sus tres hijas, de las cuales la tercera es una niña especial, y el último fue JAMO. Los primeros años de su relación matrimonial fueron buenos pero los siguientes, no fueron los mejores soportando malos tratos hacia ella y hacia sus hijos, no les golpeaba pero los agredía verbalmente y a veces su comportamiento era violento.

Debido a los pocos estudios no pudo conseguir otra clase de trabajo sino de limpieza doméstica, el cual hasta ahora funge con mucha responsabilidad. Su hermano le ayudó por varios años hasta que se casó. Actualmente trabaja para una odontóloga con quien tiene varios años de trabajar.

IV Historia familiar

Tiene dos hermanas y un hermano, tiene muy buena relación con su familia, pero no era así antes, ya que cuando decidió casarse con el padre de sus hijos fue en contra de la voluntad de sus padres. Su papá le cerró las puertas de su casa por algunos años, hasta que un día le dio la bienvenida persuadido por su esposa y por conocer a los nietos, se las abrió de nuevo. No les visita muy seguido debido a la situación económica.

Ella y su hija mayor de 22 años de edad, son las que sostienen la casa, la segunda de 17 años estudia juntamente con la tercera de 14 años y les sigue JAMO.

V Examen mental

Apariencia:	Se arregla adecuadamente
Conducta:	Respetuosa, amable, puntual
Lenguaje:	Fluido y entendible
Humor:	Sanguínea - Melancólica
Pensamiento:	Hila sus ideas, tiene un curso continuo
Inteligencia:	Normal
Impulsos:	Adecuado
Juicio:	Adecuado
Insight:	Adecuado
Confiabilidad:	Adecuada

VI Diagnóstico multiaxial

Eje I:	Trastornos del estado del ánimo. Depresión leve sin síntomas psicóticos
Eje II:	Sin dx.
Eje III:	Sin dx.
Eje IV:	Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas relativos al ambiente social Problemas económicos
Eje V:	EEAG = 70 - 61

VII Evolución del proceso

Se observó que al inicio se encontraba desubicada por la situación en que se encontraba enfrentando con su hijo, reconoció el problema y que necesitaba ayuda. Cumplió con todas las citas, y asistió a todos los grupos de auto ayuda, reconoce que necesita seguir aprendiendo sobre la comunicación con sus hijos para llevar la mejor relación posible entre ellos y ella. Solicitó permiso a asistir a los grupos de autoayuda, aunque no asista a terapia.

VIII Recomendaciones

- Que siga asistiendo a los grupos de autoayuda.
- Dar seguimiento a la atención psicológica que está recibiendo su hijo.
- Llamar periódicamente para dar un seguimiento del estado de ella y su familia con respecto a sus relaciones y la atención psicológica de su hijo.
- Dar seguimiento a la relación familiar entre madre, hijas e hijo

4.4 Caso 2

I Datos Generales

Nombre:	ISA
Edad:	52 años
Lugar de nacimiento:	Cunen, Quiché
Fecha de nacimiento:	25 de Julio de 1956
Escolaridad:	Ninguna
Ocupación:	Ama de casa
Religión:	Católica
Elaboración de informe:	Octubre del 2008

II Motivo de consulta

Seguimiento del programa que ha establecido ACA para las jóvenes que han sido reinsertadas como su hija Mariana y desea mejorar la comunicación con sus hijas.

III Historia del problema actual

Debido a que los recursos que tienen son un poco escasos, su hija decidió irse con el novio que tenía, ya que él le ofreció juntamente con su mamá darle todo lo que quisiera.

Actualmente el padre no vive con ellas a causa del trabajo que tiene (guardia de transportes de mercadería), vive en Escuintla, por lo cual ha mermado la asistencia a compromisos de sus hijas,

compartir con ellas o velar por alguna otra necesidad que ellas tengan. La señora cree que su esposo tiene otro hogar en Escuintla lo cual no se ha confirmado nada.

IV Historia personal

A muy corta edad su madre se la trajo para la capital debido a los problemas del conflicto armado donde vivían, no conoció a su padre, no supo de su familia ya que venía sola con su madre.

No habló del padre de su hijo, solo habló del padre de su segunda hija, quien la dejó por otra mujer. Seguidamente se unió su esposo, quien es menor que ella por trece años, ella le advirtió al principio la edad pero él alegó que no le importaba y se casaron. Tuvieron 3 hijas de las cuales MAR es la primera, la segunda se llama MAI de catorce años que dejó de estudiar debido a que tuvo un bebe este año. Y MARE de nueve años que está estudiando en tercer grado de primaria. El mayor de sus hijos ya está casado y es un hombre responsable, la segunda tiene un niño de una relación anterior y en este momento está unida y está esperando un bebe, el niño mayor de su hija vive con ella, ya que cree que la pareja de su hija podría rechazarlo.

V Historia familiar

Solo recuerda a su mamá ya que su madre le dijo que solo eran ellas dos y nada más. Seguidamente conoció al papá de sus hijos mayores, de quien se separó por otra mujer y se casó con quien es su esposo actualmente y con quien tuvo a sus tres últimas hijas.

VI Examen mental

Apariencia:	Descuidada
Conducta:	Respetuosa, amable, insegura
Lenguaje:	Fluido y entendible
Humor:	Melancólico

Afecto: Adecuado

Pensamiento: Hila sus ideas, tiene un curso continuo.

Inteligencia: Normal

Control de impulsos: Adecuado

Juicio: Adecuado

Insight: Adecuado

Confiabilidad: Adecuada

VII Diagnóstico multiaxial

Eje I: Trastornos del estado de animo. Baja autoestima

Eje II: Sin dx.

Eje III: Enfermedades de la sangre. Diabetes.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas económicos

Eje V: EEAG = 51 – 60

VIII Evolución del proceso

Se encontraba progresando ya que notaba cambios en su hija MAR, pero el fallecimiento de su hijo le golpeó mucho. Actualmente solo habla de eso, y que está muy molesta con su nuera porque piensa que ella está contenta de que hayan matado a su hijo.

IX Recomendaciones

- Terapia para el manejo de ansiedad y depresión
- (Durante las citas, asesinaron a su hijo en un asalto) Ha estado muy triste y decaída, está en un proceso de duelo, se recomienda tener contacto continuo debido a la depresión que ya manejaba.

X Observaciones

- Se pudo observar que la paciente maneja una depresión, aunque no se le realizaron tests para diagnosticarlo.
- Es una madre permisiva que ha consentido a sus hijas. Se cree que es por el descuido del padre y de la cultura en la que ha sido criada.

4.5 Caso 3

I Datos Generales

Nombre:	GAD
Edad:	8 años
Lugar de nacimiento:	Ciudad de Guatemala
Fecha de nacimiento:	6 de Febrero del 2000
Escolaridad:	Primer año de primaria
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Cristiano
Elaboración de informe:	Octubre del 2008

II Motivo de consulta

Falta de respeto hacia la autoridad, (madre, maestra, abuela, etc.). Bajo rendimiento en clase.

III Historia del problema actual

Se han dado varios episodios donde el niño desobedece a su autoridad, faltándole el respeto. Fue expulsado de su escuela anteriormente. Y el rendimiento en clase es bajo.

IV Historia personal

Nació a los ocho meses de gestación. Fue un niño con problemas de asma y alergias desde pequeño, pero al año su mamá empezó a ir a la iglesia y por medio de una oración el niño fue sano y desde entonces no se le ha nebulizado, lo cual era seguido, ni suministrado ninguna medicina para el asma o alergias. No va al día en sus estudios ya que su rendimiento es bajo. La maestra dice que es porque no obedece.

V Historia familiar

Actualmente vive con su mamá, su abuelita y dos hermanas, una más grande que él y la otra más pequeña. Quien los cuida es la abuelita. Hace dos años vino a vivir con ellos su hermana más pequeña que tiene 5 años. Su mamá dio en adopción a su hermana pero después se arrepintió y exigió que le fuese devuelta, pero como paso algunos años fuera de casa ha sido un poco difícil la adaptación de esta nueva integrante a la familia.

VI Test aplicados

Test de Bender

Interpretación:

Figura A Rotación, integración, perseverancia

Figura 1 Integración

Figura 2 Rotación

Figura 3 Rotación

Figura 4 Modificación de la forma, rotación

Figura 5 ----

Figura 6 Distorsión de la forma

Figura 7 Rotación

Podría existir lesión cerebral leve/retraso mental leve.

Figura 1 Sustitución de puntos por círculos

Figura A Integración

Inestabilidad en la coordinación, muestra inestabilidad emocional (línea ondulada) problemas emocionales que afectan su aprendizaje.

VII Examen mental

Apariencia: Se arregla adecuadamente

Conducta: Inquieta, le cuesta seguir instrucciones, cariñosa

Lenguaje: Poco fluido, falta pronunciación de algunas consonantes

Humor: Sanguínea - Colérica

Afecto: Adecuado

Proceso de pensamiento: Hila algunas de sus ideas, y a veces se le dificulta expresarlas

Inteligencia: Debajo de lo normal

Control de impulsos: Inadecuado

Juicio: Inadecuado para su edad

Insight: Poco adecuado

Confiabilidad: Poco vacilante

VIII Diagnóstico multiaxial

- Eje I: Trastorno del aprendizaje no especificado
- Eje II: Podría existir lesión cerebral leve/retraso mental leve.
- Eje III: Sin dx.
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- Problemas académicos
- Problemas de relación con los hermanos
- Eje V: EEAG = 51 - 60

IX Evolución del proceso

El niño que en la primera cita presentaba no tener deseos de colaborar actualmente se observa otra actitud, hacia el programa de ACA. Esto permitirá que la comunicación sea más fácil y pueda desarrollarse la terapia adecuada para él.

X Recomendaciones

- Si fuera posible, un examen físico completo
- Desarrollar algunos ejercicios mentales
- Atención de parte de las personas encargadas de su cuidado

XI Observaciones

Dependiendo de los resultados de un examen físico, se podría llevar a cabo una terapia específica para tratar al niño con éxito.

- Tiene dificultades al articular palabras.
- El niño necesita que le sea expresado el amor, con atención y caricias, esto podría ayudar bastante para que pueda recibir la corrección que se le desea dar.
- Para la edad cronológica, el contenido de lo que expresa está a bajo de lo normal, aunque puede que sea su limitación con respecto al articular algunas consonantes lo que puede crear esto.

4.6 Caso 4

I Datos Generales

Nombre:	BAP
Edad:	23 años
Lugar de nacimiento:	Ciudad de Guatemala
Fecha de nacimiento:	15 de Febrero de 1985
Escolaridad:	Bachiller en ciencias y letras
Ocupación:	Ama de casa
Religión:	Católica
Elaboración de informe:	Octubre de 2008

II Motivo de consulta

Siempre se ha sentido triste y herida por rechazo de su mamá y el abandono de su padre.

III Historia del problema actual

Su madre el rechazaba de pequeña por el abandono de su padre, diciéndole que ella era la culpable de que su padre la hubiese abandonado. La primera vez que vio a su padre fue a los ocho años cuando su mamá quiso dejarla con él, quien no la recibió alegando que él no era el padre y que ya tenía su vida hecha, así que ese día regresó con su mamá, la próxima vez que lo volvió a ver fue a los dieciocho o quince, no lo recuerda muy bien, porque quería verlo y hablarle, pero no hablaron mucho y desde entonces no lo ha visto.

IV Historia personal

Los primeros años de su vida los vivió con su abuela, después su mamá la fue a traer para que viviera con ellos, recuerda que le gustaba vivir con su abuela, pero cuando empezó a vivir con su mamá y su padrastro se puso muy triste porque la trataban mal pero siguió con ellos, hasta ahora que se unió con su pareja actual y él le pidió que vivieran a parte de sus padres.

V Historia familiar

Su mamá se separó de su papá cuando estaba muy pequeña y se unió a su padrastro con quien vive actualmente. Su relación con él no ha sido la mejor, sufrió mucho de pequeña por malos tratos de parte de su mamá porque su padrastro la mal informaba con ella. Tiene otros hermanos y se lleva muy bien con ellos.

Tuvo un bebe de un muchacho que actualmente tiene otra pareja, aunque la ha seguido para pedirle que viva con él ella ya no quiere estar con él. Su bebe tiene tres años y vive con su mamá y está esperando otro bebe de su actual pareja con quien vive a unas cuadras de la casa de su mamá.

VI Examen mental

Apariencia:	Se arregla adecuadamente
Conducta:	Respetuosa, amable
Lenguaje:	Fluido y entendible
Humor:	Melancólica - sanguínea
Afecto:	Adecuado
Proceso de pensamiento:	Hila sus ideas, tiene un curso continuo
Inteligencia:	Normal

Control de impulsos:	Adecuado
Juicio:	Adecuado
Insight:	Adecuado
Confiabilidad:	Adecuada

VII Diagnóstico multiaxial

Eje I: Trastornos del estado del ánimo. Depresión leve sin síntomas psicóticos

Eje II: Sin dx.

Eje III: Sin dx.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Problemas relativos al ambiente social

Eje V: EEAG = 70 - 61

VIII Evolución del proceso

Se le encontró muy triste aunque con deseos de superar la situación, preguntaba como hacer para mejorar, lo que puso un precedente de prosperidad en su salud emocional, aunque el proceso debe continuar porque no se ha cerrado la situación familiar.

IX Recomendaciones

- Dar seguimiento a la atención psicológica que está recibiendo su hijo.
- Que siga asistiendo a los grupos de autoayuda.
- Dar seguimiento a la relación familiar entre ella, su pareja, su hijo y familia

4.7 Caso 5

I Datos Generales

Nombre:	MP
Edad:	16 años
Lugar de nacimiento:	Ciudad de Guatemala
Fecha de nacimiento:	04 de Noviembre de 1991
Escolaridad:	2do. Básico
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Católica
Elaboración de informe:	Octubre del 2008

II Motivo de consulta

Seguimiento del programa que ha establecido ACA para las jóvenes que han sido reinsertadas.

III Historia del problema actual

Se fue a vivir con un muchacho que era su novio, el cual ya tenía su esposa e hijas, aunque no viven con él. Éste y su mamá, le proporcionaban a MP muchas cosas materiales que en su casa no podían darle por lo cual también dejó los estudios. Mariana estuvo involucrada, sexual y sentimentalmente con el muchacho. La madre de MP fue varias veces a buscarla a la casa de la señora, pero ésta la negó todas las veces que se le buscó. Al ver la mamá que no le era posible sacar a su hija pidiéndola, buscó ayuda con la policía quienes sacaron a MP de la casa de la madre del muchacho.

IV Historia personal

Tuvo una niñez buena solo que con muchas limitaciones, ha deseado más de lo que sus padres le han podido dar. Ha sido un poco irregular en los estudios debido a eso es que a sus 16 años está estudiando el segundo grado de básico.

V Historia familiar

Sus padres han trabajado siempre, hasta ahora que su mamá está en casa por los problemas que se han presentado con sus hermanas y ella. No ve mucho a su padre por el tipo de trabajo que tiene (guardia de seguridad y trabaja en Escuintla) pero hablan por teléfono y comparte con él a veces los fines de semana. Su hermano mayor que estaba casado era quien ayuda a su mamá (durante la terapia falleció (lo mataron en un asalto)) tiene dos sobrinos (una niña y un niño). Fue muy doloroso ya que les avisaron y lo encontraron todavía en la calle desangrado. Su mamá ha estado muy triste desde entonces y se queja mucho de que no tiene dinero, llorando, de mal humor y hablando mal de su nuera porque ella cree que su nuera está contenta porque su hijo falleció.

VI Examen mental

Apariencia:	Se arregla adecuadamente
Conducta:	Respetuoso, amable, manipuladora
Lenguaje:	Fluido y entendible
Humor:	Colérica – melancólica
Afecto:	Adecuado
Proceso de pensamiento:	Hila sus ideas, tiene un curso continuo

Inteligencia:	Normal
Control de impulsos:	Adecuado
Juicio:	Adecuado
Insight:	Adecuado
Confiabilidad:	Adecuada

VII Diagnostico multiaxial

Eje I:	Malos hábitos de estudio y en el hogar.
Eje II:	Sin dx.
Eje III:	Sin dx.
Eje IV:	Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas relativos al ambiente social
Eje V:	EEAG = 70 – 61

VIII Evolución del proceso

Las primeras citas se encontró a la paciente un poco cerrada, quizás debido a que manejaba un poco de vergüenza por la situación en la que se había encontrada, pero con deseos de participar en su superación. Al saber cuales eran sus pensamientos con respecto al planear un futuro inmediato, se decidió trabajar con ellos para ayudarle a la creación de metas y sueños a un futuro a largo plazo. La respuesta fue positiva ya que plasmó en papel sus sueños y metas.

IX Recomendaciones

- Seguir con las sesiones de terapia hasta que considere el psicólogo que ha implantado el deseo de superación personal u observe comportamientos que llevan a una superación personal integral.
- Realizar ejercicios de interacción familiar.
- Estimular su deseo de superación por medio de meditaciones de la vida diaria o lecturas de libros sobre algunas biografías.
- Fomentar el respeto a ella y a su familia por medio de alguna terapia cognitivo-conductual.

X Observaciones

Las recomendaciones anteriores se han dado para que la paciente, eleve su deseo de superación y los paradigmas impuestos por lo que le ha tocado vivir cambien para beneficio personal y familiar.

4.8 Programa de capacitación

4.8.1 Logros:

- Actitud positiva hacia la terapia en niñas, niños y familia.
- Interés hacia diversos temas.
- Deseos de superación y motivación.
- Trabajo en equipo.
- Comprensión de la necesidad de aceptarse y amarse así mismos y a su familia.

4.8.2 Limitaciones: Los permisos de trabajo, recurso monetario, el clima, la falta de compromiso en la gente y el tiempo.

4.8.3 Conclusiones: Los talleres fueron de gran ayuda para toda la población atendida ya que en cada tema mostraban interés y a la vez fomentaban y pedían los temas de los cuales querían participar.

4.8.4 Recomendaciones: Desarrollar los temas que la institución ha establecido e implementando los expuestos por los niños, niñas y padres de familia, ya que ha ellos están dirigidas las capacitaciones.

Presentación del contenido del programa de capacitación (Anexo 2)

4.9 Programa de elaboración del proyecto de salud mental

4.9.1 Logros:

- Participación de las personas en busca de ayuda.
- La colaboración en las actividades y los talleres realizados.
- Interés de adolescentes por los temas impartidos.
- La participación de varios niños.

4.9.2 Limitaciones

- El clima

4.9.3 Conclusiones

- Las personas atendidas tienen una gran necesidad de un proceso psicológico por diferentes circunstancias que han vivido y aun no han superado como problemas en la niñez.
- En el campo del trabajo realizado con el propósito de brindar terapias breves de emergencia fue satisfactorio por la respuesta de cierto grupo de personas las cuales dividimos en adultos y niños para poder brindar la ayuda necesaria según el cuadro clínico que se presentara, dentro del marco clínico en adulto notamos cuadros de muy baja autoestima, depresión (con deseos de muerte) estrés por temor a agresión, falta de seguridad. Pero lo más preocupante fue el cuadro de baja autoestima en el que viven muchas mujeres, por ignorancia, temor al no tener trabajo y por ende no poder sostener a sus hijos y eso las obliga a aguantar insultos verbales y malos tratos que afectan su integridad como personas.

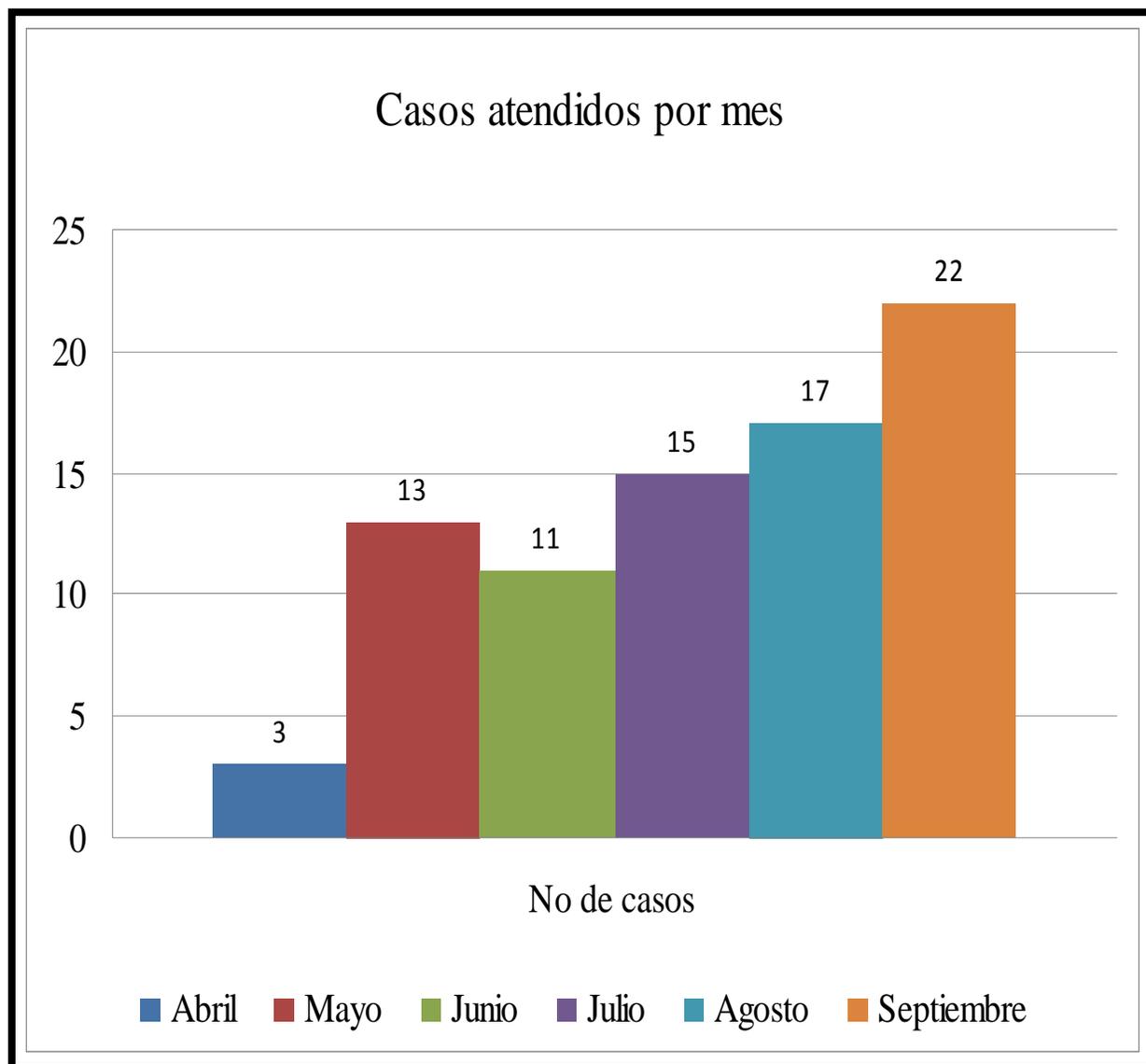
4.9.4 Recomendaciones

- Referir a las personas para que continúe su proceso terapéutico ya que se percibe la necesidad que tienen por una psicoterapia al centro de salud de la comunidad Lo de Coy Mixco, para que este pueda dar un seguimiento a cada caso y así fortalecer los pasos que llevaron a cabo y puedan realizar otros.
- Las personas de la comunidad de Lo de coy Mixco, necesitan atención psicológica, ya que comprenden el porque de sus existencia y los beneficios que ésta trae al recibirla.
- La ayuda que se le dio a las personas tanto en la psicoterapia individual como grupal fue de mucha satisfacción y éxito al comprobar, que no importando que tan lejos vivían del centro de ayuda, lo fuerte de la lluvia como también el que hayan participado en la mañana del mismo día, vencieron los obstáculos y volvieron hacerse presentes en la tarde para seguir recibiendo una ayuda que dijeron algunas pacientes, habían alivianado su carga emocional ofreciéndoles en ese mismo momento una mejor calidad de vida.
- La psicoterapia que se utilizó por el tiempo tan limitado fue la breve, intensiva y de emergencia.
- Las personas de la comunidad de Lo de coy Mixco, necesitan atención psicológica, ya que comprenden el porque de sus existencia y los beneficios que ésta trae al recibirla.
- Se definió el concepto de autoestima con niños y adultos, el cual se pudo trabajar por medio de talleres.

Presentación del contenido del proyecto de salud mental (Anexo 3)

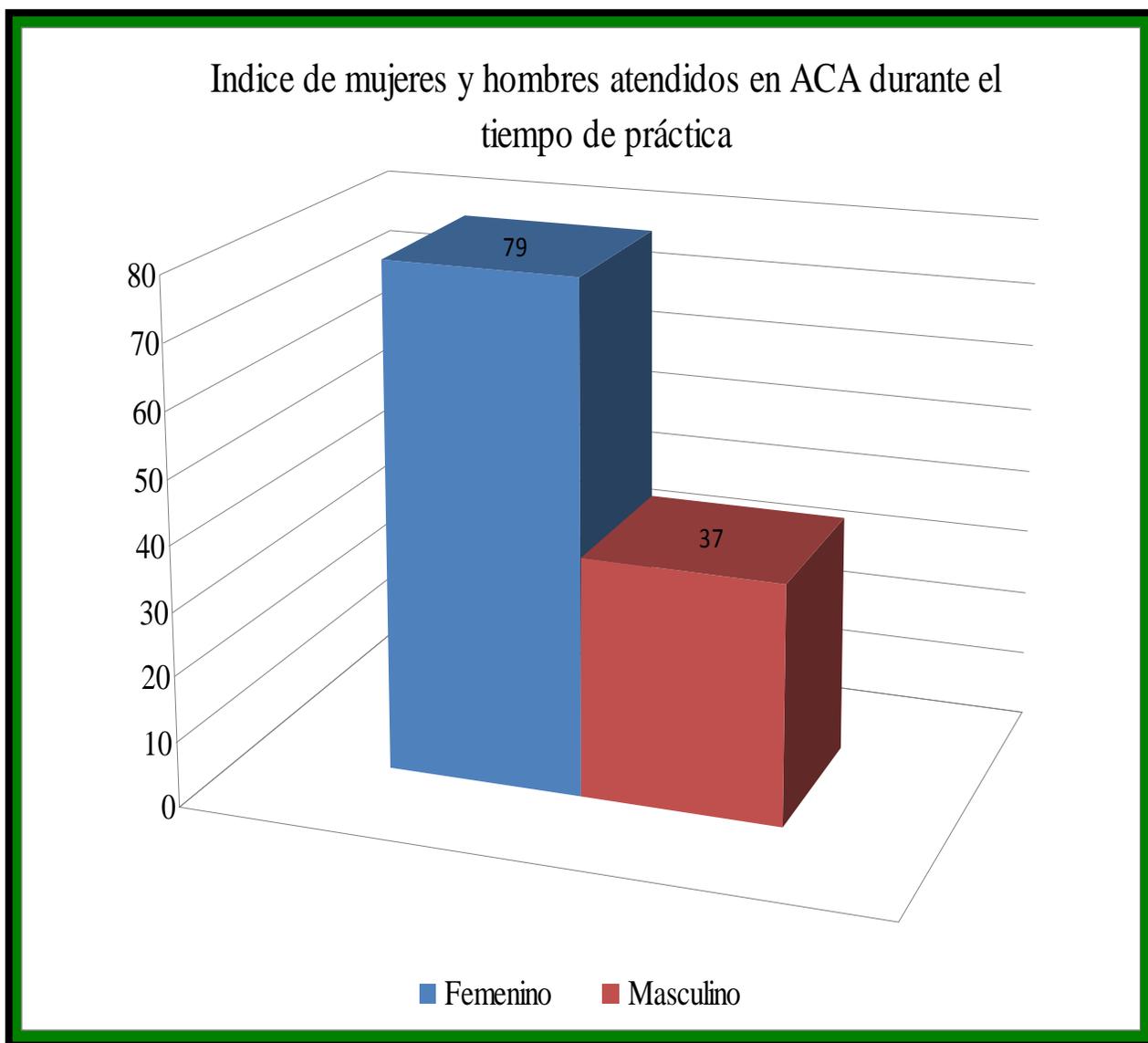
4.10 Gráficas del programa de atención de casos

4.10.1 Gráfica 1



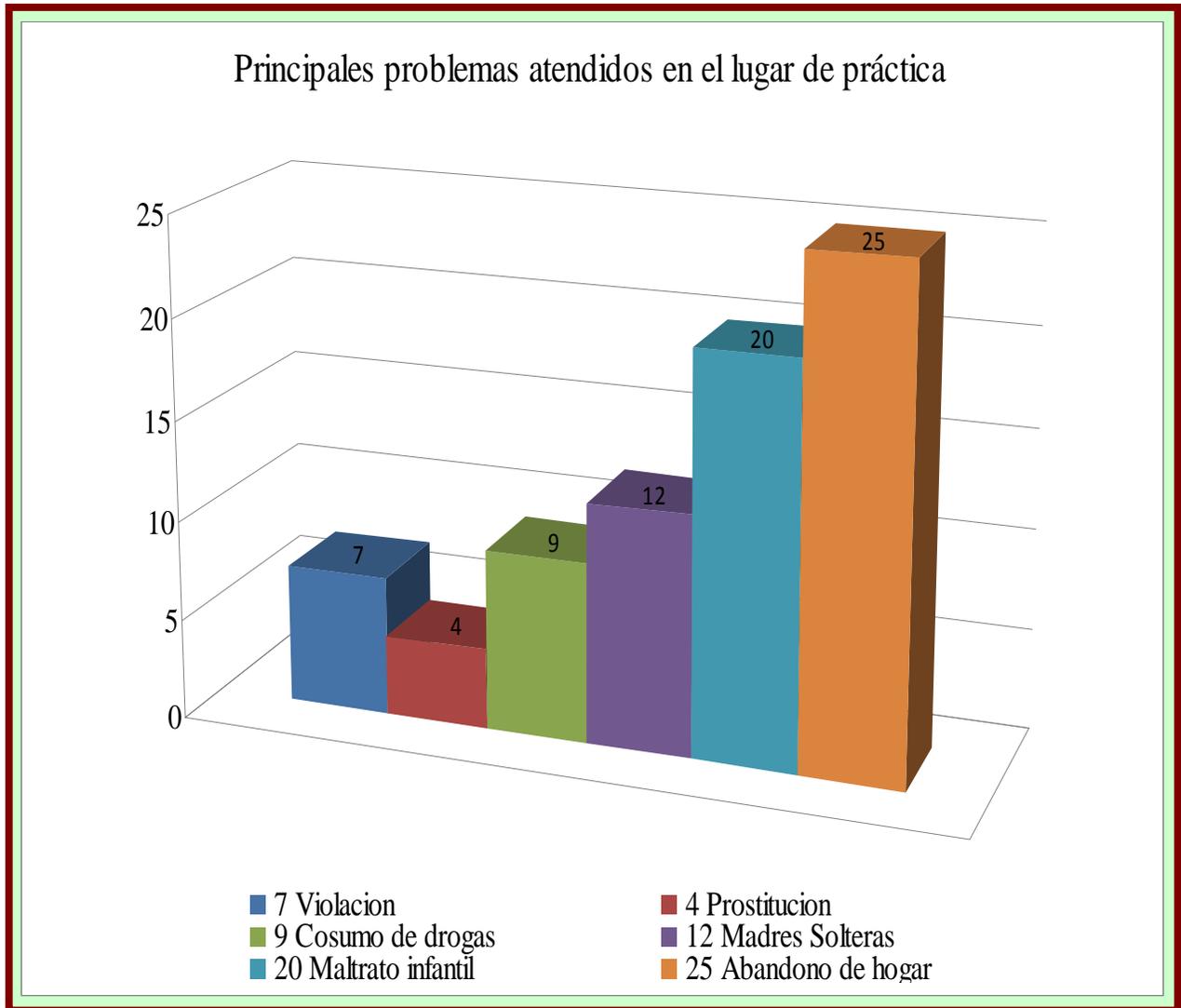
Fuente: propia

4.10.2 Gráfica 2



Fuente: propia

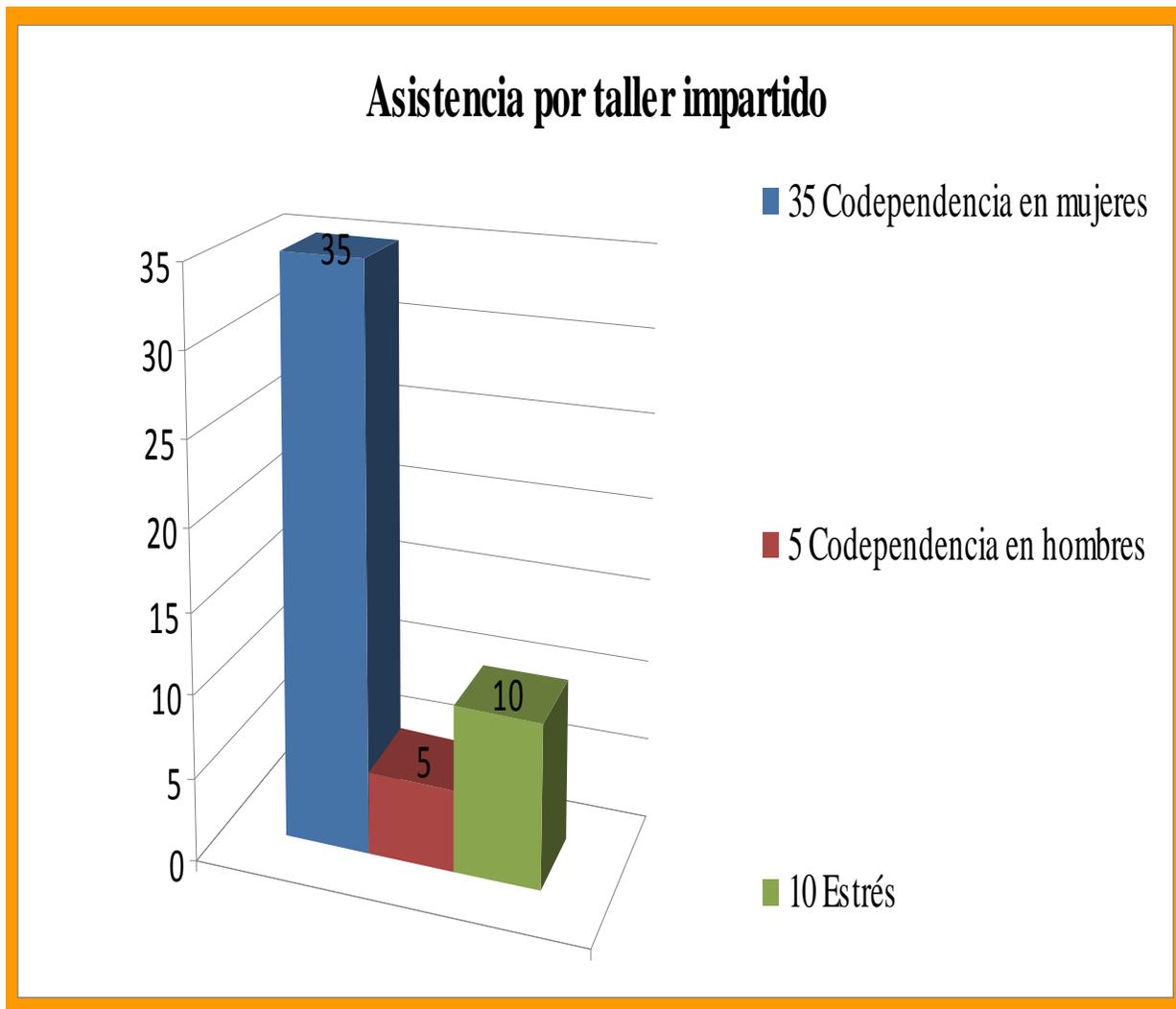
4.10.3 Gráfica 3



Fuente: propia

4.11 Gráficas del programa de capacitación

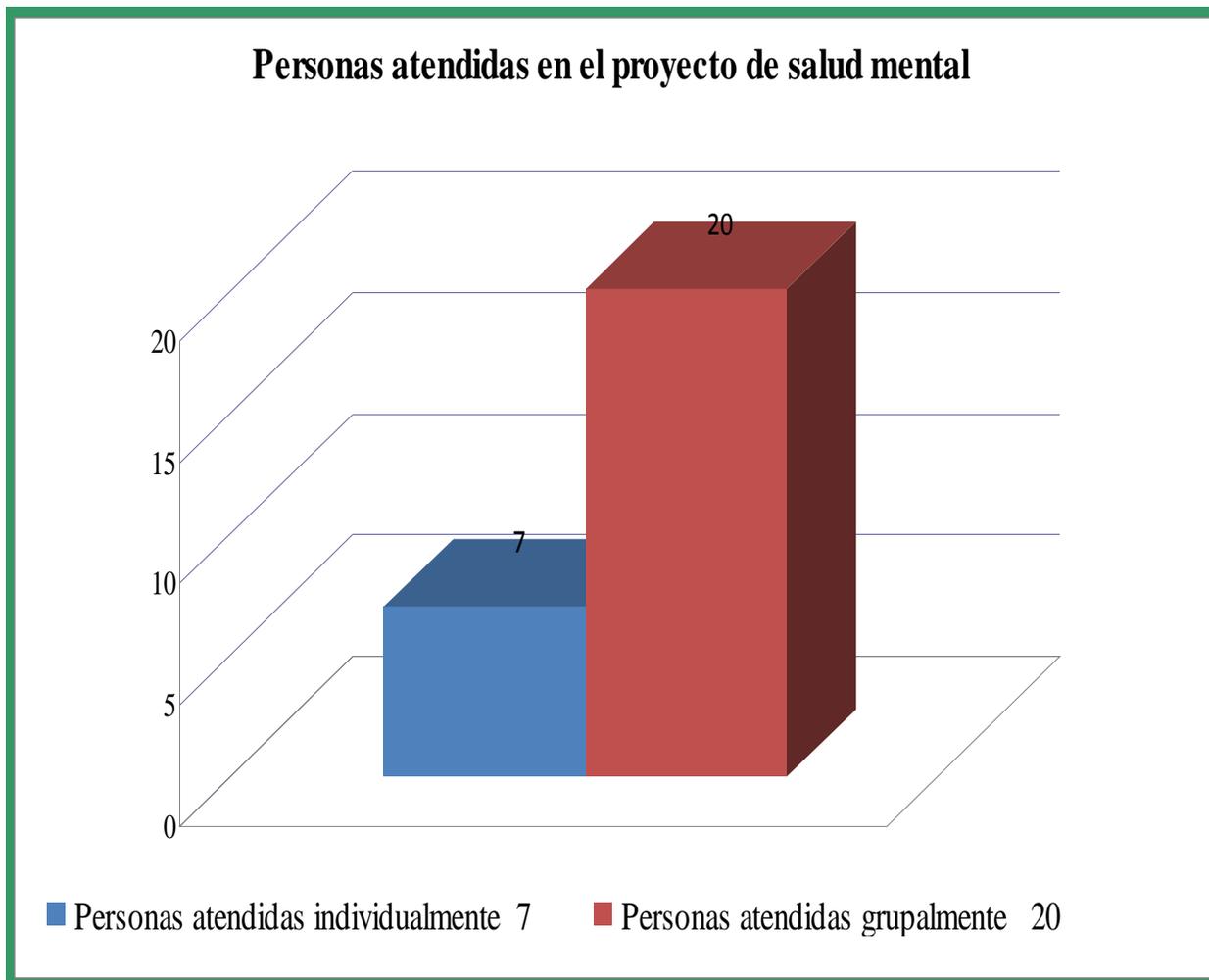
4.11.1 Gráfica 1



Fuente: propia

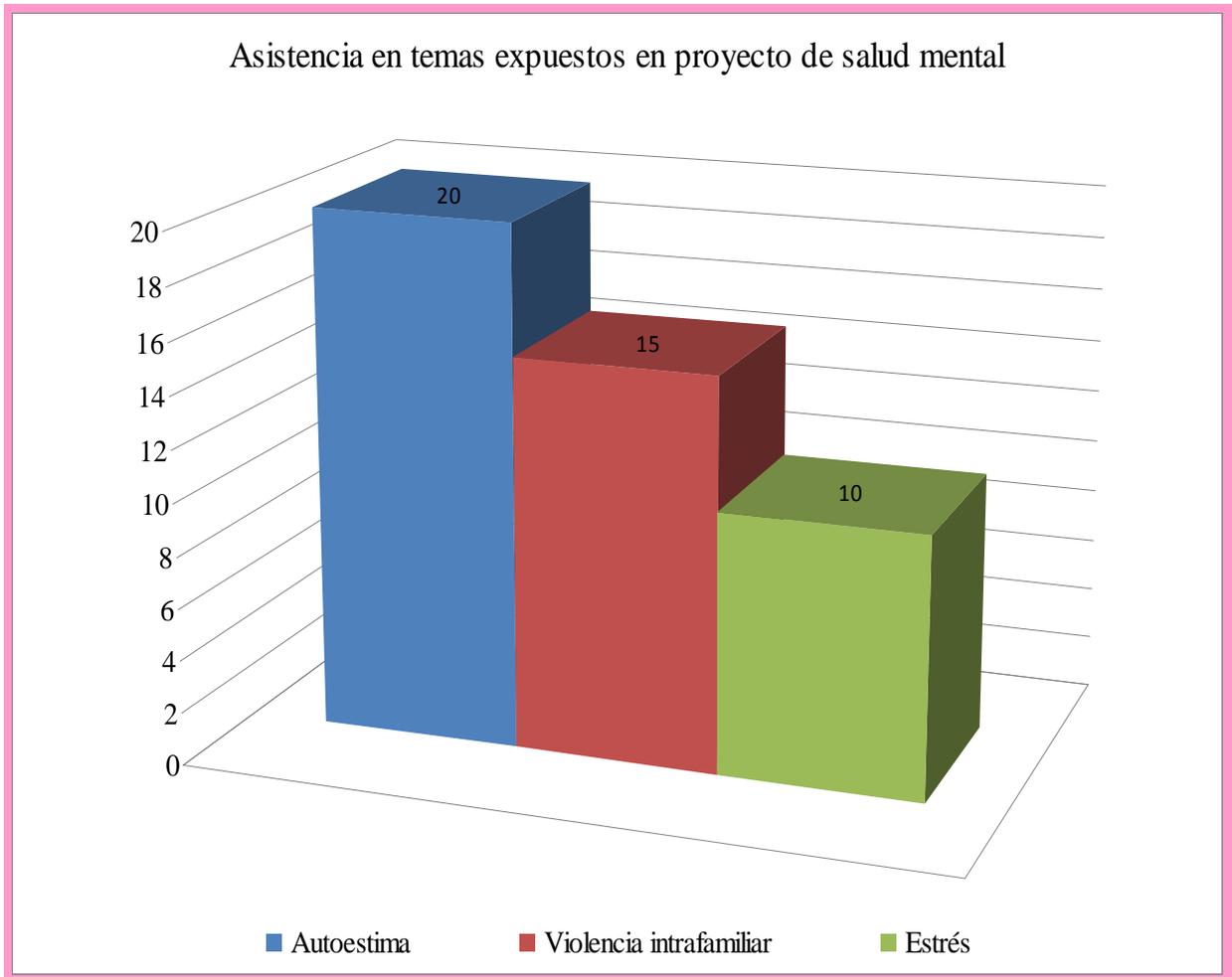
4.12 Gráficas del programa del proyecto de salud mental

4.12.1 Gráfica 1



Fuente: propia

4.12.2 Gráfica 2



Fuente: propia

4.13 Análisis de gráficas

4.13.1 Gráficas del programa de atención de casos

Gráfica 1

En la gráfica puede verse el comportamiento de los pacientes, el primer mes, abril, puede decirse que la falta de conocimiento del servicio de asistencia psicológica en los fines de semana, pudo haber influido en su asistencia, ya que observamos un crecimiento en los siguientes meses hasta llegar a veintidós pacientes por mes.

Gráfica 2

Se ve reflejado en la gráfica en alto índice de mujeres que asisten a psicoterapia, mientras que los hombres, sí asisten, pero el índice es bajo a comparación de su contraparte, podríamos decir que se debe a que la mayoría son madres solteras o abandonadas por su pareja, como lo veremos en la siguiente gráfica.

Gráfica 3

Como se pudo ver en la gráfica entre los principales problemas manejados en el lugar de práctica fueron los de: abandono de hogar y maltrato infantil; seguidamente fue el de madres solteras, seguido por el consumo de drogas, violación y prostitución.

4.13.2 Gráficas del programa de capacitación

Gráfica 1

El comportamiento de la población en los tres talleres impartidos tiene bastante diferencia, se nota la participación mayoritaria de las mujeres en el taller de codependencia a comparación de los hombres en el mismo. Como se ve reflejado en las anteriores gráficas la participación del género femenino es evidente. En el taller de estrés se manejo una población mixta.

4.13.3 Gráficas del proyecto de salud mental

Gráfica 1

Las personas atendidas en el proyecto de salud mental individualmente fue de siete y las atendidas grupalmente fue de veinte. Podría decirse que lo que influye en esta diferencia es el tiempo que se utiliza para atender a una sola persona que va de treinta minutos hasta una hora con quince y un grupo de cualquier número manejable podría variar, entre treinta minutos hasta una hora o más.

Gráfica 2

La asistencia varios en cada uno de los talleres como lo podemos ver reflejado en la gráfica, veinte en el taller de autoestima, quince en el de violencia intrafamiliar y diez en el de estrés. Se cree que fue por la hora en que se impartieron, el primer taller fue el de estrés, el segundo de violencia intrafamiliar y por último el de autoestima.

Conclusiones generales

1. La realización de la práctica profesional dirigida ayuda al estudiante a ejercitar los conocimientos adquiridos durante los cinco años de estudio de la carrera de psicología y consejería social, poniendo un deseo de ejercer lo estudiado y seguir profesionalizándose.
2. Es necesaria la práctica de los conocimientos adquiridos ya que durante ésta, las ideas, nociones y paradigmas formados con respecto a algunas corrientes psicológicas o casos vistos, pueden ponerse en tela de discusión con profesionales que sepan dirigir al estudiante y enriquezcan su haber de entendimiento.
3. Todo aquello que pueda ayudar al saliente estudiante en su crecimiento profesional de una carrera, como por ejemplo la practica profesional dirigida, es necesario que se le ponga interés, pasión y dedicación, para que pueda obtenerse el mayor provecho.
4. Las personas que se acercan con un psicólogo están reconociendo su problema, la necesidad que tienen de resolverlo y la capacidad del psicólogo para ayudarles a crecer y aprender de ésta situación, por lo cual es necesario que todo psicólogo siempre esté ejercitándose y aprendiendo nuevas cosas.

Recomendaciones

1. El estudiante de la carrera de Psicología y Consejería Social debe realizar la práctica profesional dirigida concientizando la importancia que ésta tiene, no como un paso más para obtener la licenciatura, que por supuesto es uno de los deseos del estudiante, sino también reconociendo su importancia como instrumento para practicar y plasmar lo aprendido, y romper la timidez para practicar la profesión de psicología.
2. Todas las personas que se atienden en el consultorio son de gran importancia, no importa el estatus social, el credo, o el lugar de donde provengan, ya que cada una de ellas viene al consultorio del psicólogo confiando que obtendrá ayuda para salir adelante en la situación a la cual se enfrenta, por lo que deben ser tratados con mucha ética profesional.
3. Contar con la disposición de lugares para llevar a cabo la práctica profesional dirigida como Casa Alianza de Guatemala, es muy importante, así que se recomienda a la Universidad, un agradecimiento por escrito a tal institución.
4. La Universidad debe crear un departamento de práctica que organice la supervisión de la Práctica Profesional Dirigida, con personas que tengan una remuneración específica.

Referencias

- Csikszentmihalyi, M. (1975) *Más allá del tedio y la ansiedad*. San Francisco, Jossey-Bass Editores.
- Dicarpio S. Nicholas (1995). *Teorías de la personalidad*. Mexico Editorial Mc Graw Hill
- Eysenck, H.J (1952) *El estudio científico de la personalidad*. Paidós, Buenos Aires.
- Feldman Roberts S. (1997). *Psicología con aplicación en los países de habla hispana*. Mexico Editoria Mc Graw Hill.
- Freud, Anna (1980), *El Yo y los mecanismos de defensa*, Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- González, D. (1995) *Teoría de la motivación y práctica profesional*. Editorial Pueblo y Educación. C. De la Habana
- González, F. (1989) *Psicología. Principios y categorías*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- Gonzales Nuñez Jose Jesus(1999). *Psicoterapia grupal* . Mexico Editorial manual modernos.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1996), *Diccionario de Psicoanálisis*, Traducción López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002), *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona: Editorial
- Lopez Ibor Aliño Juan (2,003). *Manual Estadístico de los Trastornos Mentales*. Mexico Editorial Masson
- O`Connor Kevin (1998). *Manual de terapias de juego*. Mexico D.F Editorial el manual moderno. S. A.
- Papalia Diana E, y Wendkos Sally, Duskin Ruth (2,001) *Psicología del desarrollo* editorial Mc Graw Hill.
- Strupp, H.H Y Binder, J.L (1989) *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao, DDB, 1993.
- Sullivan Stack Entrevista Psiquiatrica Buenos Aries, Argentina editorial Psique

Referencias en internet:

- [www. Emagister.com](http://www.Emagister.com)
- www.google.com
- www.monografias.com
- [www. psicologiaonline.com](http://www.psicologiaonline.com)
- [www.wikipedia.com.](http://www.wikipedia.com)
- [www.esmasslud.com.](http://www.esmasslud.com)
- www.psicologia popular.com
- [www. psicologiaonline.com](http://www.psicologiaonline.com)
- www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidad.htm
- www.psiconet.org/freud/
- www.psiconet.org/lacan/
- www.temas-estudio.com/LA_TEORIA_DEFreud.asp
- www.temas-estudio.com/Psicoanalisis_Freud.asp

Anexos

Anexo 1

Horas de práctica

CASA ALIANZA

Fecha: 06/11/2008

REPORTE DE HORAS LABORADAS

Pagina:

1

Del: 29/02/2008 Al: 30/10/2008

TARJETA	CODIGO	NOMBRE		TOTAL HORAS	
FECHA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	
0000000153:	0000000153-	HERNÁNDEZ AVILA, CLAUDIA ELISAMY		Depto: 05	
REINSERCIÓN	FAMILIAR Y SOCIAL			Cargo: PRACTICANTE	
24/03/2008	08:18:00	17:04:00			8 horas 46 minutos
26/03/2008	07:31:00	17:14:00			9 horas 43 minutos
27/03/2008	07:55:00	14:47:00			6 horas 52 minutos
06/04/2008	07:32:00	12:36:00			5 horas 04 minutos
20/04/2008	07:31:00	12:41:00			5 horas 10 minutos
04/05/2008	07:55:00	12:46:00			4 horas 51 minutos
11/05/2008	08:13:00	13:12:00			4 horas 59 minutos
18/05/2008	07:56:00	12:47:00			4 horas 51 minutos
25/05/2008		07:59:00			0 horas 00 minutos
15/06/2008	07:24:00	12:17:00			4 horas 53 minutos
22/06/2008		07:55:00			0 horas 00 minutos
29/06/2008	08:00:00	12:04:00			4 horas 04 minutos
06/07/2008	08:22:00	12:26:00			4 horas 04 minutos
13/07/2008	07:53:00	13:26:00			5 horas 33 minutos
27/07/2008	08:06:00	12:56:00			4 horas 50 minutos
03/08/2008	08:07:00	14:30:00			6 horas 23 minutos
10/08/2008		12:50:00			0 horas 00 minutos
17/08/2008	08:04:00	13:02:00			4 horas 58 minutos
24/08/2008	08:04:00	12:20:00			4 horas 16 minutos
31/08/2008	07:47:00	12:21:00			4 horas 34 minutos
07/09/2008	08:04:00	14:48:00			6 horas 44 minutos
14/09/2008	08:30:00	13:35:00			5 horas 05 minutos
21/09/2008	07:58:00	13:18:00			5 horas 20 minutos
28/09/2008	08:07:00	14:05:00			5 horas 58 minutos
08/10/2008	09:13:00				0 horas 00 minutos
15/10/2008	11:01:00	14:46:00			3 horas 45 minutos
TOTAL DE HORAS.....:					120 horas 43 minutos

HORAS NORMALES: 29:06 HORAS EXTRAS: 91:37 TOTAL HORAS: 120:43

Asuetos:

Día/Mes: 01/05 PRIMERO DE MAYO

Día/Mes: 15/08 DÍA DE LA ASUNCIÓN

Día/Mes: 20/10 DÍA DE LA REVOLUCIÓN

atrás se detallan días y horas que no aparecen en el programa **





UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Practica Profesional Dirigida
Reporte de horas
Alumno: Claudia Elisamy Hernández Avila

FECHA	LUGAR	HORAS
Febrero/2008 al Noviembre/2008	Sede Upana Z.7 y sede Upana Naranjo. Docencia PPD	40
26/Septiembre/2008 al 27/Septiembre/2008	Iglesia Visión de Fe, aldea lo de Coy, Mixco Proyecto Salud Mental	15
Septiembre/2008 a Noviembre 2008	Elaboración de Informe de Práctica Profesional Dirigida	50
Septiembre / 2008	Hotel Radisson Taller del Manejo de Estrés	10
1/Febrero/2008 al 20/Noviembre/2008	Tareas	50
Agosto / 2008	Hotel Radisson Taller para matrimonios	7
Septiembre / 2008	Elaboración de casos	40
Julio / 2008	Taller: Codependencia Lugar: Casa Alianza de Guatemala	10
Septiembre / 2008	Taller: Estrés Lugar: Iglesia Visión de Fe Mixco	3
Marzo / 2008	Observación al lugar de práctica	8
	TOTAL HORAS	233

Licenciada Sonia Pappa
Supervisora de Práctica Profesional Dirigida
UPANA

Anexo 2

Contenido del programa de capacitación

Salud Mental y Estrés

¿Cómo evitar que el estrés se adueñe de nuestra salud mental?

Es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer el nivel de salud mental.

Podemos decir que la ausencia de un *desorden mental* no indica necesariamente que se tenga salud mental.

¿Qué es el Estrés?

Es la relación entre el individuo y su entorno, evaluándolo como amenazante, y como reacción poner el exagerada alerta todos sus recursos y pone en peligro su bienestar y en algunos casos de los que le rodean.

“El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción“(O.M.S.)

Beneficios del Estrés

1. El estrés incentiva el desarrollo posterior y motiva el rendimiento.
2. Todos los esfuerzos mentales y físicos necesitan determinada cantidad de estrés para realizarse.
3. Nos mantiene alerta ante el peligro y nos hace reaccionar.
4. Motiva al atleta al esfuerzo para lograr sus metas.
5. El estrés es en primera instancia positivo, solo en exceso provoca enfermedades.

Manifestaciones del Estrés mal manejado en la Salud Mental y Física

- 1 Dolores constantes de cabeza y cuello.
- 2 Trastornos del sueño.
- 3 Animo depresivo.
- 4 Cambios bruscos de ánimo.
- 5 Agresiones injustificadas hacia los demás.
- 6 Síntomas de ansiedad.
- 7 Ataques de pánico.
- 8 Enfermedades gastrointestinales, colon irritable.
- 9 Perdida del apetito.
- 10 Sensación de tener apretado el pecho.
- 11 Problemas de concentración y de memoria.
- 12 Pensamientos negativos y catastróficos. Y más.

Diez cosas que podemos hacer para prevenir el estrés

- 1 Desarrollar una actitud positiva.
- 2 Practicas ejercicios físicos, actividades al aire libre.
- 3 Practicar actividades de relajación como: yoga, escuchar música instrumental,
- 4 meditaciones, relajación muscular.
- 5 Responsabilizarse por la propia vida, cada uno es responsable de lo que piensa y lo que hace y se debe asumir las consecuencias.
- 6 Aceptar que la vida es una mezcla de cosas buenas y malas.
- 7 Disfrutar el momento.
- 8 Aceptar y amarse a uno mismo.
- 9 Expresar nuestros sentimientos, es importante aprender a decir NO.

10 Fijarse metas y objetivos, claros y realistas.

11 Establecer vínculos estables.

La ansiedad

La ansiedad (*del Lat. *anxietas* = angustia, aflixión*) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema dopaminérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento, liberando señales de alerta que pone a todo el sistema nervioso central en (palabras entendibles por todos) alerta amarilla.

Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están invirtiendo para conseguirla, y que normalizará los valores que han disparado esa 'alerta amarilla'. En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado que bien pudiéramos llamar de 'alerta roja'. El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: Alerta amarilla => Alerta roja consecución del objetivo. Si la cadena se

rompe en algún momento y esas situaciones se dan con bastante asiduidad, el organismo corre el riesgo de intoxicación por dopaminas o por catecolaminas.

Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, que requieran una actividad del organismo fuera de lo normal.

Para el psicólogo cognitivo Ricardo Ros, autor del método Stop a la Ansiedad, la ansiedad está directamente relacionada con el miedo al futuro y está basada en pensamientos relacionados con frases que empiezan con "¿y si...?" ("¿y si me mareo?", "¿y si tengo alguna enfermedad?", "¿y si pierdo el control?", etc.) Para este psicólogo, el tratamiento de la ansiedad se tiene que basar en una recodificación de este tipo de pensamientos que permita a la persona vivir en el presente.

La persona que tiene ansiedad, dice, siente el futuro como si fuera real, cuando la realidad es que en el presente, que es lo único que existe, no hay ningún motivo para que se genere ansiedad. Cuando la persona vuelve a recuperar su contacto con el presente, la ansiedad desaparece.

Los síntomas

Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, dilatación pupilar, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y típicamente se sienten mejor después de ser atendidas.

Tratamiento

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Ellos incluyen: Fármacos ansiolíticos.

Psicoterapia Cognitivo- Conductal (cognitive-behavioral terapia). Esta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas; modificación de pensamientos negativos; técnicas para entablar auto-charlas positivas; técnicas específicas para tratar con el pánico; etc.

Reducción de estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.

Cambios en la alimentación; por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan esta. Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas.

En casos muy graves tal vez sea necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado. Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender. Lo más recomendable es seguir los consejos de un profesional cualificado.

Codependencia

El codependiente suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (su pareja, un familiar, un amigo, etc), es por eso que es muy común que se relacione con gente "problemática", justamente para poder rescatarla y crear de este modo un lazo que los una. Así es como el codependiente, al preocuparse por el otro, olvida sus propias necesidades y cuando la otra persona no responde como el codependiente espera, éste se frustra, se deprime e intenta controlarlo aún más. Con su constante ayuda, el codependiente busca generar, en el otro, la necesidad de su presencia, y al sentirse necesitado cree que de este modo nunca lo van a abandonar.

Es muy común que en una relación, el codependiente no pueda poner límites y sencillamente todo lo perdona, a pesar de que la otra persona llegue a herirlo de manera deliberada, esto es simplemente porque el codependiente confunde la "obsesión" y "adicción" que siente por el otro con un inmenso amor que todo lo puede. Por ende, el codependiente es incapaz de alejarse por sí mismo de una relación enfermiza, por más insana que ésta sea, y es muy común que lleguen a pensar que más allá de esa persona se acaba el mundo, hasta que reconocen su condición psicológica y buscan ayuda, para terminar con la codependencia o no volver a generar su codependencia en otras personas o en futuras relaciones.

La codependencia consiste en estar total o casi totalmente centrados en una persona, un lugar o en algo fuera de nosotros mismos. La codependencia se caracteriza por una negación inconsciente de nuestras emociones. La negación es una respuesta humana natural a situaciones a las que no podemos hacer frente o que no podemos permitirnos sentir. Se origina en la niñez, dentro de un ambiente familiar no sano. Es nuestra forma de protegernos. Es un proceso inconsciente necesario para la supervivencia en determinadas circunstancias.

Que un codependiente desarrolle esta enfermedad psicológica con alguien NO significa que necesariamente deba terminar la relación, siempre que pueda curar su codependencia, va a poder

ser libre de elegir con quien relacionarse y, más aún, poner límites. Tales conductas, que bien pueden aminorar el conflicto y facilitar las tensiones dentro de la familia en el corto plazo, son contraproducentes a largo plazo, dado que, en este caso, la esposa está realmente apoyando (“facilitando”) el comportamiento alcohólico de su esposo.

La codependencia también puede ser un conjunto de conductas de inadaptación, compulsión, aprendidas por los miembros de una familia a fin de sobrevivir en una familia que experimenta una gran tensión y pena emocional causada, por ejemplo, por el alcoholismo u otra adicción de un miembro de la familia, abuso sexual o de otro tipo dentro de la familia, o una enfermedad crónica de un familiar, o fuerzas externas a la familia, como la pobreza.

Algunos síntomas de la codependencia son: conducta controladora, desconfianza, perfeccionismo, evitar hablar de los sentimientos, problemas de intimidad, comportamiento protector, hipervigilancia o malestar físico debido a stress. A menudo la codependencia va acompañada por depresión, ya que el co-dependiente sucumbe ante sentimientos de frustración o tristeza extrema por su incapacidad de realizar cambios en la vida de la otra persona (o personas) y puede llegar también a producir ataques de pánico en quienes lo padecen.

Los individuos que sufren co-dependencia pueden buscar asistencia a través de varias terapias verbales, a veces acompañadas por terapia química para la depresión asociada. Además existen grupos para co-dependencia; algunos de estos son *Co-dependientes anónimos (CoDA)* y *Al-Anon/Alateen*.

Las causas de la codependencia

En todas las familias existe cierta disfuncionalidad en mayor o menor grado. Alrededor de 100 millones de personas en EE.UU. tienen problemas de codependencia. A menudo las personas codependientes han sido objeto de algún tipo de abuso físico o verbal, o sufrieron el abandono de uno de sus padres o de ambos, ya sea físico o emocional. El codependiente busca alivio en alguna adicción para "anestesiarse" ante su dolor. A veces lo hace a través de relaciones personales disfuncionales y muchas veces dañinas; o mediante adicciones al dinero, el sexo, la ira, las drogas, la bebida, etc. El codependiente está atado a lo que le sucedió en su familia de origen y se siente internamente torturado por ello, aunque la mayoría de las veces no se da cuenta de lo que le está sucediendo.

Cada uno de nosotros tenemos una necesidad innata de recibir amor. Los consejeros de la Clínica Minirth-Meier en California le llaman a esta necesidad "el tanque del amor". Al nacer el niño, ese tanque está vacío. Si los padres son personas emocionalmente sanas cuyos tanques de amor están llenos, pueden llenar el tanque de sus hijos y estos crecerán y se desarrollarán psicológicamente sanos. Sin embargo, si uno de los padres o ambos no tenían lleno su propio tanque, lo más probable es que el niño no reciba suficiente amor porque su padre o su madre no lo tuvieron para darlo. Esta falta de amor deja cicatrices en el alma de los niños que llevan a ciertos comportamientos disfuncionales en la adultez, tal como la codependencia. El codependiente no puede dar lo que no recibió, por lo tanto, la codependencia se convierte en un círculo vicioso que continúa de generación en generación si no se busca ayuda.

Los niños de familias disfuncionales crecieron sin haber escuchado mensajes importantes de sus padres tales como ; "eres muy inteligente", "estás haciendo un buen trabajo" o "gracias mi amor, agradezco mucho tu ayuda." Debido a ello al crecer se sienten abandonados, tienen baja autoestima y buscan la aprobación de otras personas para sentirse mejor consigo mismos. A veces su hambre de amor y aprobación son tan grandes al llegar a la adolescencia o la adultez, que están

dispuestos a soportar cualquier cosa, con tal de recibir aunque solo sean "migajas" de cariño y atención.

Los límites y cómo establecerlos

Los límites emocionales nos capacitan para protegernos y nos permiten conocernos mejor a nosotros mismos. Por lo tanto, nos ayudan a relacionarnos con los demás. El poner límites nos ayuda a asegurarnos de que nuestro comportamiento es apropiado e impide que ofendamos a los demás o seamos abusados. Si hemos establecido límites normales, nos damos cuenta cuando estamos siendo maltratados. La persona que no ha puesto límites no se da cuenta de que está siendo abusada física, emocional o intelectualmente. Lamentablemente, los codependientes y especialmente los hijos de alcohólicos adultos y las personas que están siendo abusadas, permanecen en relaciones abusivas porque no han establecido límites a su comportamiento o al de los demás. Para poder recuperarse y recobrar su identidad y su autorespeto, estas personas necesitan establecerlos.

Los padres deben de ayudar a sus hijos a aprender a establecer límites desde que son pequeños. La forma en que un niño aprende es diciendo que no a veces, lo cual le ayuda a establecer su identidad personal. Los padres normales comprenden que las necesidades y los sentimientos de sus hijos deben de ser respetados. Sin embargo, en las familias disfuncionales (como por ejemplo cuando hay adicción), la atención la recibe la persona enferma o adicta y sus hijos amoldan su comportamiento para complacer a esa persona o para evitar disgustarle. Cuando los niños se enfocan en sus padres, pasando por alto sus necesidades y sentimientos, no adquieren los recursos necesarios para poder reconocer sus propios sentimientos, saber lo que piensan, quienes son, o para aprender a comportarse en ciertas ocasiones. Esto es precisamente lo que hace que la persona no tenga o ponga límites y se convierta en una codependiente. En muchos casos los hijos de los alcohólicos temen las consecuencias si se niegan a hacer algo que ellos consideran injusto o inapropiado. Debido a esto quizás jamás aprendan donde terminan sus límites y comienzan los de los demás.

Los padres y las madres no violan deliberadamente los límites de sus hijos; lo hacen porque no tienen un claro sentido de su propia identidad o no comprenden la importancia de enseñar a sus hijos a poner límites. Cuando nuestros límites emocionales son violados, nos sentimos devaluados como personas y no podemos aceptar o dar amor de una forma normal y adecuada. Construimos muros en lugar de límites, e inclusive rechazamos los halagos que nos hacen y dudamos de cualquier persona que esté tratando de acercarse a nosotros.

La manera de comenzar a establecer o reconstruir nuestros límites emocionales es prestarles atención a nuestros sentimientos de vergüenza. Si los sentimos con ciertas personas, nos debemos de preguntar si nuestros límites están siendo violados y examinar nuestros sentimientos para poder saberlo. Si nos damos cuenta de que alguien los ha violado, debemos de decirle a esa persona que no podemos relacionarnos con ella porque nos sentimos mal, aunque en ese momento todavía no sepamos el por qué.

Es imprescindible que aprendamos a valorarnos a nosotros mismos y a consolar y cuidar al niño que todos llevamos adentro. Si los sentimientos de temor, ira o dolor nos agobian, debemos de buscar ayuda profesional. De ese modo conoceremos su origen y aprenderemos a cuidarnos, a valorarnos, y a establecer límites. Escribir en un diario por ejemplo, puede ayudar a las personas a conocerse mejor y saber lo que les gusta o disgusta y lo que desean llegar a ser.

A veces los límites espirituales han sido violados por padres que hacían afirmaciones a sus hijos tales como:

"Te vas a ir al infierno por pensar de esa manera."

"Dios te va a castigar por haber hecho eso."

Afirmaciones como estas ponen una idea errónea de Dios en la mente del niño, y le inspiran un temor que le impide crecer espiritualmente. Los padres son la imagen de Dios para sus hijos. Si los rechazan o los maltratan, les será muy difícil a estos creer que Dios es amoroso y bueno, puesto que aprendieron muy poco de sus padres sobre lo que es el amor, la bondad o el consuelo. El niño necesita todos estos para poder crecer y madurar normalmente.

Establecer o reparar los límites espirituales toma tiempo y paciencia, pero con la ayuda de Dios todo es posible. Recordemos siempre estas afirmaciones:

"Soy un hijo (o hija) amado(a) por Dios."

"Me está permitido equivocarme."

"Estoy protegido(a) y apoyado(a) por las amorosas manos de Dios."

Cuando comenzamos a establecer límites a veces encontramos oposición en los que están más cerca de nosotros, especialmente aquellos que violaron nuestros límites. Quizás hasta nuestra relación con ellos se deteriore temporalmente. Sin embargo, con el tiempo, según vayamos sanándonos, probablemente nuestras relaciones mejorarán.

Nadie más que nosotros mismos puede establecer los límites que necesitamos tener. El hacerlo quizás requiera ayuda o guía profesional; pero la responsabilidad total por hacerlo la tenemos cada uno de nosotros, individualmente.

Anexo 3

Contenido del proyecto de salud mental

Salud Mental y Estrés

¿Cómo evitar que el estrés se adueñe de nuestra salud mental?

Es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer el nivel de salud mental.

Podemos decir que la ausencia de un *desorden mental* no indica necesariamente que se tenga salud mental.

¿Qué es el Estrés?

Es la relación entre el individuo y su entorno, evaluándolo como amenazante, y como reacción poner el exagerada alerta todos sus recursos y pone en peligro su bienestar y en algunos casos de los que le rodean.

“El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción“(O.M.S.)

Beneficios del Estrés

1. El estrés incentiva el desarrollo posterior y motiva el rendimiento.
2. Todos los esfuerzos mentales y físicos necesitan determinada cantidad de estrés para realizarse.
3. Nos mantiene alerta ante el peligro y nos hace reaccionar.
4. Motiva al atleta al esfuerzo para lograr sus metas.
5. El estrés es en primera instancia positivo, solo en exceso provoca enfermedades.

Manifestaciones del estrés mal manejado en la salud mental y física

- Dolores constantes de cabeza y cuello.
- Trastornos del sueño.
- Animo depresivo.
- Cambios bruscos de ánimo.
- Agresiones injustificadas hacia los demás.
- Síntomas de ansiedad.
- Ataques de pánico.
- Enfermedades gastrointestinales, colon irritable.
- Perdida del apetito.
- Sensación de tener apretado el pecho.
- Apatía
- Problemas de concentración y de memoria.
- Pensamientos negativos y catastróficos. Y más.

Algunas cosas que podemos hacer para prevenir el estrés

- Desarrollar una actitud positiva.
- Practicar ejercicios físicos, actividades al aire libre.
- Practicar actividades de relajación como: yoga, escuchar música instrumental, meditaciones, relajación muscular.
- Responsabilizarse por la propia vida, cada uno es responsable de lo que piensa y lo que hace y se debe asumir las consecuencias.
- Aceptar que la vida es una mezcla de cosas buenas y malas.
- Disfrutar el momento.
- Aceptar y amarse a uno mismo.
- Expresar nuestros sentimientos, es importante aprender a decir NO.
- Fijarse metas y objetivos, claros y realistas.
- Establecer vínculos estables.

Violencia Intrafamiliar

Es aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

Es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Factores por los que se da la violencia intrafamiliar

- Falta de control de impulsos.
- Carencia afectiva.
- Incapacidad para resolver problemas adecuadamente.
- Abuso de alcohol y drogas.

Manifestaciones de la violencia intrafamiliar

- Abuso verbal: Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.
- Intimidación: Asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.
- Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.
- Abuso económico: Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.
- Abuso sexual: Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.
- Aislamiento: Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.
- Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.

El niño y la niña golpeados

Es triste y doloroso arrastrar la vida cuando no se recibió amor, sobre todo de los padres durante la niñez. Los cinco primeros años de la vida dejan una marca imborrable para toda la vida, para bien o para mal. Por eso, el privar a un niño de amor es como privar de fertilizante a un árbol que empieza a crecer, pero el golpearlo es como echarle veneno, lo va a terminar de matar psicológicamente y emocionalmente, o mejor va a crecer herido de muerte.

Pero hay golpes y golpes, algunos golpes sacan sangre o dejan morados, incluso un mal golpe puede producir la muerte, pero hay otros más sutiles que no se ven, pero que se graban a fuego lento no sólo en mente sino en la identidad de ese niño o de esa niña. Se graban en su "yo", y los frutos de estos golpes emocionales se van a ver después en sus relaciones con personas significativas y en su relación con el mundo.

Está claro, que cuando se repiten los golpes físicos, pero sobre todo los psicológicos o emocionales, se va agotando el amor. Los adultos sabemos como duele el silencio, tal vez más que las palabras ofensivas. Ese silencio es el peor de los castigos, ahora imagínese a un niño que no ha hecho nada y no se le habla, y no se le abraza y acaricia, cómo se va conformando su identidad

¿Ha pensado en el daño que hacen a sus hijos, posiblemente muchas veces sin darse cuenta, cuando en lugar de relacionarse con sus hijos pequeños están preocupados del trabajo, con la limpieza, etc., en forma obsesiva y perfeccionista la casa? Son golpes lentos que van formando defectuosamente la escultura de su hijo. Silencio y ausencia, cuando se reprocha al hijo los pequeños errores pero cierras tu corazón y tu boca cuando hace algo bien.

Ejemplo:

- Cuando el niño empezó el kinder e hizo un dibujo, que pudo ser cuatro rayas cruzadas, pero que para él era una obra de arte, en lugar de abrazarlo o alabarlo, guardaste silencio. Con ello se produce en el hijo que aprenda a ver sólo los errores, pero no lo bueno que hay en sus personas.

Todos estos golpes emocionales y psicológicos, hacen tanto daño en la niñez porque el niño o la niña no saben defenderse; su mente apenas empieza a desarrollar lentamente ciertos mecanismos de defensa para poder filtrar y analizar lo que ve y oye. Su mente es como una esponja: recibe todo. No tiene capacidad para decir esto es verdad o no es verdad, lo que dicen es justo o injusto. Por eso los mensajes-golpes son como olas gigantes que llegan sin control a lo más profundo de ese ser indefenso. Pero que distinta es la niñez y el futuro de sus hijos cuando ellos palpan el amor entre su padre y su madre, cuando ellos desde pequeños ven que su madre recibe con un beso, un abrazo al padre que llega del trabajo, o cuando el padre viene con un ramo de flores para su esposa o le da un beso a su esposa.

Son detalles que se van grabando en el alma de los niños, que van modelando su personalidad, que van llenando de amor ese tanque-corazón. Créame, esa será la mejor herencia que podrá dejar a sus hijos.

Personalidad del maltratador

Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo. Los agresores trasladan habitualmente la agresión que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres.

Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson. Señalan que la persona maltratadora caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

Pit bull:

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia

- Vigilar y atacar públicamente a su propia pareja
- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión
- Tiene potencial para la rehabilitación
- No ha sido acusado de ningún crimen
- Posiblemente tuvo un padre abusivo.
- Espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas.

Cobra:

- Agresivo con todo el mundo
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres
- Se calma internamente, según se vuelve agresivo
- Difícil de tratar en terapia psicológica
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas.
- Es frío, calculador, puede ser cálido.
- El maltrato no cesa por sí solo.

Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su

víctima, que el abuso físico podría continuar en cualquier momento. En ocasiones la violencia del maltratador oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado.

En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. O sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera. Piensa que se merece un trato especial, mejor que el que se les da a los demás.

Dinámica de la violencia intrafamiliar

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

Fase 1: Acumulación de tensión

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.

- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2: Episodio agudo de violencia

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas
- El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3: Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.
- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.

- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.

Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez. El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Mitos acerca de la violencia intrafamiliar

El problema de la violencia familiar está muy exagerado.

- El maltrato es la causa más común de lesiones o daño en la mujer, más aún que los accidentes automovilísticos, violaciones o robos combinados. Las secuelas de la violencia doméstica producen altísimos costos al estado y a la sociedad en general.
- La violencia física es la causa de un cuarto de todos los intentos de suicidio realizados por la mujer. El 50% de los hogares padece de alguna forma de violencia. Debido a la proyección estadística de la violencia Intrafamiliar se irá incrementando con el paso del tiempo si no hacemos algo para detenerla.

Hombres y mujeres han peleado siempre; es natural.

- En cada familia o relación existen conflictos ocasionales o más o menos permanentes, pero no hay necesidad de resolverlos mediante la violencia. El maltrato es un crimen de abuso, poder y control. El golpeador habitualmente piensa que tiene el derecho de controlar a su pareja y/o niños por cualquier medio, aún a través de los golpes. La violencia no es una manera aceptable ni justificable para solucionar problemas, aún cuando sólo sea ocasionalmente.

La violencia intrafamiliar es un problema de las clases sociales bajas y de las poblaciones marginales.

- La violencia intrafamiliar se produce en todas las clases sociales, sin distinción de factores sociales, raciales, económicos, educativos o religiosos. Las mujeres maltratadas de menores recursos económicos son más visibles debido a que buscan ayuda en las entidades estatales y figuran en las estadísticas. Suelen tener menores inhibiciones para hablar de este problema, al que consideran "normal". Las mujeres con mayores recursos buscan apoyo en el ámbito privado y no figuran en las estadísticas. Cuanto mayor es el nivel social y educativo de la víctima, sus dificultades para develar el problema son mayores, por diversas razones. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la carencia de recursos económicos y educativos son un factor de riesgo, ya que implican un mayor aislamiento social.

El maltrato generalmente se produce una sola vez.. Debería ser un asunto familiar privado, no un crimen.

- El incidente de maltrato rara vez es un hecho aislado. En realidad el maltrato generalmente se produce como una escalada en frecuencia e intensidad, con el agravante de tener un comienzo insidioso (la víctima no lo nota al principio). La incidencia posterior de la violencia es menor cuando el golpeador es denunciado o arrestado, que cuando la policía separa a las partes o actúa como mediadora. Las mujeres maltratadas se merecen la protección que, además, es su derecho, del sistema judicial y policial y necesitan de los recursos que la comunidad puede brindar. La mayor parte de las mujeres que consulta lo hace después de haber padecido un promedio de 7 años de violencia doméstica.

Si la mujer maltratada realmente quisiera, podría dejar a su abusador.

- Muchas mujeres dejan a sus parejas. Muchas mujeres que se divorcian por abuso eligen no hablar de la violencia. Sin embargo existen razones sociales, económicas, culturales, religiosas, legales y/o financieras que mantienen a las mujeres dentro de la relación. El miedo es otra de las razones que las hace permanecer en sus hogares. Los peores episodios de violencia suceden cuando intentan abandonar a su pareja.

- Los golpeadores tratan de evitar que las mujeres se vayan a través de amenazas de lastimarlas o matarlas, de lastimar o matar a sus hijos, de matarse ellos o de quedarse con la tenencia de los chicos. Las actitudes sociales, tales como la creencia de que el éxito del matrimonio es responsabilidad de la mujer y que las mujeres lastiman a sus hijos si los privan de su padre, sin importar cómo actúe él, mantienen a muchas mujeres dentro de la relación violenta. Además, las mujeres con chicos que abandonan el hogar tienen el 50% de posibilidades de verse económicamente perjudicadas y terminar viviendo por debajo de niveles de pobreza.

No existe la violación conyugal.

- Por lo menos una quinta parte de las mujeres maltratadas son forzadas a mantener relaciones sexuales durante el episodio de violencia o inmediatamente después. De la misma manera son forzadas a realizar actos sexuales indeseados.

El embarazo detendrá la violencia.

- Frecuentemente hay un aumento de la violencia durante el embarazo y muchas veces el primer episodio de violencia física se produce durante el embarazo.
- Generalmente los golpes se dirigen especialmente al vientre de la mujer, produciéndole un aborto o complicaciones en el embarazo. Muchas jóvenes inician una relación con un hombre violento al quedar embarazadas. Los chicos no se dan cuenta de que su madre es golpeada, por lo cual no son afectados. Al menos en la mitad de los hogares en los que la madre es maltratada, también lo son los niños. También pueden ser lastimados por la violencia en contra de su madre, a través de objetos voladores, o mientras están en sus brazos. Aún cuando los niños sólo sean testigos de la violencia contra la madre, las consecuencias para su salud y su supervivencia son graves. Frecuentemente son ellos quienes instan a la madre a abandonar la relación violenta o quienes se interponen entre los padres para proteger a la madre. Los varones tienen más posibilidades de convertirse en violentos cuando crecen. Las niñas aprenden que la sociedad acepta la violencia hacia las mujeres. Los niños que viven en hogares violentos se sienten asustados y confundidos.

Están en un alto riesgo de experimentar problemas de conducta, aprendizaje, problemas físicos relacionados con el stress y problemas de adicción.

- Los niños aprenden mientras observan y ven que la violencia funciona (se consigue lo que se busca) especialmente si se utiliza contra alguien menos poderoso. Aprenden que está bien solucionar problemas y controlar a los demás mediante la violencia, especialmente cuando no hay ninguna intervención que frene la violencia.

Las mujeres maltratadas son masoquistas y locas, provocan y disfrutan del maltrato.

- Las mujeres no provocan ni merecen el maltrato. Merecen una vida libre de violencia. De la misma manera que sucede con la violación, se hace el intento de acusar a la víctima del comportamiento del atacante. Los golpeadores comúnmente echan la culpa de su comportamiento a frustraciones menores, al abuso de alcohol o drogas o a lo que su pareja pudo haber dicho o hecho. La violencia, sin embargo, es su propia elección. No conocen maneras no violentas de manejar su enojo. Las reacciones de la mujer maltratada frente a la violencia son normales y necesarias para sobrevivir, dadas las circunstancias. Ella no está loca ni disfruta del maltrato. Generalmente lo que siente es miedo, impotencia, debilidad y vergüenza. Sigue ilusionada en que su pareja va a cambiar. El muestra remordimientos o promete que va a cambiar.

Los hombres que maltratan a sus mujeres están enfermos y no son responsables por sus acciones.

- El maltrato es un comportamiento aprendido de las experiencias de la infancia y de los mensajes sociales justificando la violencia contra las mujeres. Los hombres que maltratan a sus mujeres o a sus hijos son, por lo general, sumamente seductores y agradables. También son excelentes vecinos y cumplidores en el trabajo. Si realmente estuvieran enfermos serían violentos no sólo dentro del hogar, sino también fuera de él. Pocos de ellos presentan alguna patología, sólo un 10% de los casos. Los golpeadores no están fuera de control y acusan a sus parejas de provocarla. Este mito permite justificar la violencia, evitando que la sociedad sancione el maltrato.

La violencia familiar es provocada por el alcohol y las drogas.

- El alcohol y las drogas son factores de riesgo, ya que reducen los umbrales de inhibición, pero no producen la violencia. La combinación de modos violentos para la resolución de conflictos con adicciones o alcoholismo suele aumentar el grado de violencia y su frecuencia. Muchos golpeadores no abusan ni de las drogas ni del alcohol y muchos abusadores de drogas o alcohol no son violentos. Son dos problemas separados que deben ser tratados por separado.

Los violentos no cambian.

- Los hombres que golpean pueden aprender a ser responsables de su propio comportamiento y pueden aprender modos no violentos de actuar o comunicarse. Obviamente, los cambios sólo se producirán si el violento toma conciencia de su problema y desea solucionarlo.

Una vez que se detienen los golpes, todo va a estar bien.

- El abuso psíquico, emocional y sexual generalmente son anteriores a los golpes y continúan aún cuando éstos se hayan detenido. Estos comportamientos también deben cesar para poder comenzar el proceso de reparación. Las mujeres maltratadas sienten miedo, ansiedad, indefensión, ira y vergüenza. Se desarrolla una muy pobre autoestima debido a los constantes insultos y desvalorización de su pareja. Habitualmente es aislada por su pareja y ha perdido contacto con amigos y familia. Suele estar asustada de ser culpabilizada por ellos de la violencia. El soporte de amigos, familiares y la comunidad son necesarios para reconocer sus fuerzas y para creer que ella es una buena persona que merece una vida libre de violencia. La recuperación de la violencia es un proceso que puede llevar un tiempo muy largo. La violencia emocional produce secuelas tan severas que muchas veces se diagnostican psicopatologías graves como consecuencia del maltrato.

La violencia doméstica sólo es un problema familiar.

- Es un crimen contra la sociedad agravado por el vínculo, de la misma manera que lo es la violencia entre extraños,. Problemas sociales como el alcoholismo, las adicciones, la delincuencia juvenil, el suicidio y la fuga de hogar aumentan cuando hay violencia en el hogar.

Prevención e intervención en la dinámica de la violencia intrafamiliar

La amenaza de ejercer violencia y su ejercicio al interior de la familia son conductas aprendidas y reforzadas por la violencia en los medios y en la sociedad y por la estructura tradicional de dominación en la familia. Con frecuencia aquellos que ejercen la violencia fueron víctimas u observadores de ella en sus familias de origen.

Desde un punto de vista sistémico las complejas conductas disfuncionales que hay tras la denominada "violencia intrafamiliar" son manifestaciones de desordenes o implicaciones sistémicas que tienen su origen en dos tipos de eventos en la historia familiar de los perpetradores y de las víctimas:

- Eventos acaecidos en la familia de origen de uno o de ambos miembros de la pareja que han quedado inconclusos. Ellos pueden haber tenido como protagonistas de injusticias, actos de violencia y/o culpabilidad no asumida, a personas de otras generaciones.
- Sus consecuencias se vienen repitiendo y seguirán repitiéndose a lo largo de muchas generaciones si los hechos acaecidos no son reconocidos y concluidos apropiadamente en el contexto del alma familiar.
- Eventos que han afectado el equilibrio en la relación de pareja o actos graves en los que se ha implicado uno o ambos y no han asumido responsablemente sus consecuencias o sus culpas. En estos casos la violencia intrafamiliar es una manifestación de desordenes asociados a otras conductas disfuncionales, como por ejemplo el incesto, los celos, el alcoholismo, destinos familiares difíciles tales como la discapacidad de un hijo, la homosexualidad no asumida..

Es posible observar algunos signos en determinadas etapas de nuestra relación de pareja, como:

En el noviazgo

- Últimamente son frecuentes las noticias de mujeres heridas o golpeadas, inclusive muertas, por sus esposos. Las que han buscado ayuda han reconocido que desde la época de sus noviazgos aparecían detalles que al pasarlos por alto no les permitieron darse cuenta de lo que vendría después.
- Cuando uno se enamora suele ver todo "color de rosa". La figura de la otra persona aparece ante nuestros ojos como perfecta. Si le vemos algún pequeño defecto, corremos inmediatamente a buscar una justificación o lo vemos como un asunto pasajero.

El excesivo control de nuestros actos

- Si él, por ejemplo, llama constantemente al trabajo o a la casa para saber qué está haciendo ella, se toma como un signo de amor y de preocupación hacia la mujer amada. Si se enoja porque llegamos 10 minutos tarde a la cita, lo atribuimos a un exceso de responsabilidad y puntualidad.
- Muchas veces no es hasta que se ha establecido el matrimonio que comenzamos a darnos cuenta quién es realmente la persona que tenemos al lado y nuestra primera sensación es la de habernos casado con un extraño al que hay que dar cuenta de todo, cumplir horarios severamente estrictos y que socava poco a poco nuestra capacidad de decidir y autoestima.
- Algunas frases comunes a las que generalmente no prestamos atención son: ¿a dónde vas?, ¿con quién?, ¿por qué?, ¿vas con esa ropa tan provocativa?, ¿a qué hora regresas?, ¿lo saben tus padres? ¿esa amiga yo la conozco?, ¿dónde vive? Y otras que nos parecen puro interés amoroso pero que luego se convierten en motivos de gran ansiedad por si casualidad la hora que dijimos se va a extender o si hubo improvisaciones de último momento que luego él no va a comprender y les va a otorgar otros significados.

El afecto para ellos no es compartible

- La primera etapa pudiera decirse que transcurre fundamentalmente en ese tipo de control posesivo.
- Es importante observar cómo reaccionan ante el amor que podemos sentir hacia otras personas. A ellos les molesta en demasía el cariño hacia familiares, amigos e hijos. Los celos de este tipo prácticamente aparecen en todos los hombres violentos. Es por eso que el nacimiento de los hijos desemboca muchas veces en episodios violentos. Ellos sienten que ya no tienen todo el cariño, que el bebé se lleva la mayor parte, que están desatendidos y por lo general, son incapaces de manejar adecuadamente la situación.
- Desean todo nuestro tiempo, pensamientos y devociones para estar seguros de nuestro afecto. Por lo general son personas con baja autoestima que necesitan constantemente una reafirmación de nuestros sentimientos.

¿Conociste bien a su familia de origen?

- Es muy importante conocer a la familia del futuro esposo y cómo transcurrió su infancia. Los hombres violentos en su mayoría proceden de hogares donde eran comunes las discusiones, insultos, desvalorizaciones, roturas de objetos, golpes, etc. No todas las personas que tuvieron un hogar así son violentas, pero existen muchas posibilidades de que repitan el modelo familiar cuando establezcan sus propias familias.
- La violencia no siempre tiene que ver con los golpes. Las descalificaciones, desvalorizaciones e insultos son síntomas que indican la presencia del fenómeno.
- Frases comunes son: "Así no se hace eso", "Déjame a mí que tú no sabes", "Eres muy lenta", "Cállate, no seas tarada", "¿qué decís?, si de esto tú no sabes", etc.

El dinero, otro aspecto de la violencia

- Otras formas de violencia tienen que ver con lo económico. En estos casos, el hombre mantiene el control del dinero, supervisa en qué cosa se gastó algo por mínimo que sea y la mujer tiene que pedir, a veces, hasta para compras muy pequeñas, como leche, bizcochos, etc.
- Cualquier tipo de manifestación de violencia puede convertirse en otra. A medida que avanza la relación, de los insultos se puede pasar a romper objetos, de eso a los golpes y si no hay una detención del problema se puede llegar hasta la muerte.

Autoestima

El amor propio o autoestima se puede definir como la manera en que las personas se sienten acerca de ellas mismas.

Los niveles de amor propio en los niños son evidentes en su comportamiento y sus actitudes. Si los niños se sienten bien de sí mismos, esto se reflejará en su comportamiento con sus amigos, maestros, hermanos, padres, y otra gente. El amor propio es algo que afecta al individuo toda la vida, así que es muy importante que los padres ayuden a sus hijos a desarrollar altos niveles de amor propio.

Hay muchas cosas que los padres pueden hacer para que sus hijos aprendan desde temprana edad a ser cariñosos, capaces y competentes.

Desafortunadamente, es también a temprana edad cuando los niños pueden desarrollar un bajo nivel de amor propio. Los padres deben tener cuidado y no plantar, sin saberlo, la semilla del bajo amor propio en sus hijos. Los niños aprenden sus primeras lecciones acerca del amor propio por medio de sus padres.

Algunos Detalles Acerca del Amor Propio

- Los niños empiezan a formar su propia imagen a temprana edad.
- Los niños buscan en sus padres y otros adultos importantes, evidencia de que ellos son cariñosos, listos, capaces, etc. Si no hay evidencia de esto, se desarrolla un bajo nivel de autoestima.
- El amor propio afecta el progreso en la escuela. Los niños que se sienten capaces de sí mismos y de sus habilidades, son más aptos a progresar en la escuela que otros niños que piensan a menudo que no puede hacer nada bien. El éxito en la escuela, por lo tanto, afecta el amor propio del niño. Si los niños van bien en la escuela, se sentirán mejor de sí mismos. Los niños que van mal, a menudo se sienten mal de sí mismos.
- El amor propio afecta la manera en que los niños se comunican con otra gente. Los niños que se sienten confiados, suelen relacionarse de manera positiva con otros.
- Por el contrario, los niños que no tienen mucha confianza en sí mismos, tienen a menudo problemas para comunicarse con otras personas.
- El amor propio afecta la creatividad.
- Los niños con bajos niveles de autoestima se inclinan menos a tomar riesgos para ser creativos, que los niños con mejor autoestima.
- Los padres afectan el amor propio en sus hijos. El amor propio de un padre se refleja en su comportamiento. Las investigaciones demuestran que niños con un nivel alto de autoestima, han tenido padres que les han mostrado mucho amor y aceptación. Niños con poca autoestima suelen haber tenido padres demasiado críticos y de mal juicio.
- Niños con poco amor propio suelen pelear más con sus padres que niños con mejor autoestima.

Características de los niños con autoestima positiva:

- Hacen amigos fácilmente.
- Muestran entusiasmo en las nuevas actividades.
- Son cooperativos y siguen las reglas si son justas.

- Pueden jugar solos o con otros.
- Les gusta ser creativos y tienen sus propias ideas.
- Demuestran estar contentos, llenos de energía, y hablan con otros sin mayor esfuerzo.

Características de los niños con autoestima negativa:

Por lo general, estos niños dicen cosas como las siguientes:

- "No puedo hacer nada bien."
- "No puedo hacer las cosas tan bien como los otros."
- "No quiero intentarlo. Se que no me va ir bien."
- "Se que no lo puedo hacer."
- "Se que no voy a tener éxito."

Estrategias para mejorar la autoestima

- Elogia los éxitos de los niños (aunque sean muy pequeños). Elogia a los niños que se esfuerzan en hacerlo bien.
- Demuestra cariño de una forma sincera. Hazle saber a los niños que los quieres.
- Es mejor decirle a los niños que cosas deben hacer en lugar de lo que NO deben hacer. Esto los prepara para hacer las actividades que tu propongas.
- En lugar de: "No tires la pelota."
Di: "Rueda la pelota en el piso."
En lugar de: "No maltrates al gatito."
Di: "Juega con el gatito con mas cuidado."
- Déjales saber a los niños que los errores son una parte natural del crecimiento. Todos (incluyendo los adultos) cometemos errores. En lo posible trata de ignorar a los niños cuando tengan rabietas o cuando se comporten mal.

- Agradéceles a los niños cuando estos cooperen contigo, cuando te ayuden, cuando se expresen de buena forma hacia los demás, cuando te obedezcan y reaccionen de forma positiva.
- Acuérdate que se necesita tiempo y práctica para aprender nuevas destrezas. Los niños no aprenden cosas nuevas todas a la vez.
- Responde con cariño cuando los niños se portan bien. Indícales que fue lo que te gusto de su comportamiento.
- Acepta y respeta la familia y la cultura de cada niño.
- Sugiere actividades que los niños pueden hacer con facilidad.
- Cuando un niño se porta mal, aprende a separar el mal comportamiento de la personalidad del niño. Di por ejemplo: "No me gusta cuando tiras los juguetes, pero todavía me gustas como persona. Se que lo harás mejor mañana." Déjale saber al niño que crees en el o ella.

Acciones que pueden debilitar la autoestima del niño

- Trata de evitar las siguientes acciones porque estas pueden afectar la autoestima de los niños. Esto puede ser muy perjudicial.
- Tienes demasiadas o muy pocas expectativas de los niños.
- Les gritas o los criticas demasiado, especialmente en frente de otros.
- Criticas a los niños más de lo que elogias o agradeces.
- Utilizas adjetivos como tonto, estúpido, flojo, y descuidado con los niños.
- Al cometer errores, les dices a los niños que han fracasado.
- Sobreproteges o descuidas a los niños.

Taller de autoestima

La Autoestima de un niño no guarda relación directa con la posición económica de la familia, ni con la educación, ni con la ubicación sociogeográfica del domicilio familiar, ni con el hecho de que la madre esté siempre en el hogar, lo que resulta significativo es la calidad de la relación existente entre el niño y los adultos que son importantes en su vida.

Sin duda, todos los padres desean que sus hijos se valoren en lo que realmente valen, para que, pertrechados con una visión y una valoración positivas de sí mismos, sepan enfrentarse a los inevitables altibajos de la vida y lleguen a ser personas razonablemente seguras de sí mismas, felices, eficaces y solidarias. En suma, desean para sus hijos una estima fuerte y estable. Pero en una sociedad tan competitiva y carente de tiempo, la calidad de la educación que quisiéramos dar a nuestros niños sucumben frente a las exigencias del medio.

Nos encontramos con que nuestros hijos están a merced de los valores que impone la televisión y el medio circundante. Este taller lúdico creativo combina de una manera simple los juegos con las enseñanzas que se derivan de ellos, para establecer pautas de conducta en las que se valora el respeto mutuo entre niños y con el medio, además de la aceptación, la amistad y la cooperación.

Objetivos:

- El taller apunta a integrar el concepto de Autoestima, no sólo de forma teórica, sino también en la práctica a través de actividades lúdicas y dinámicas, que conducen a desarrollar una autoimagen positiva de sí mismo y una autovaloración suficiente, como para hacer frente a las dificultades de la vida, tanto con niños como con adultos.
- Reflexionar sobre lo que afecta la autoestima.

Temas:

1. Concepto de autoestima
2. El regalo de Dios
3. El juego de la autoestima
4. Una entrevista acerca de mi persona

Actividades:

Todas las actividades son en base a juegos grupales o actividades escritas y de intercambio. De ellas se extrae en grupo una enseñanza, un valor que dirige a valores como el respeto mutuo, la confianza, la amistad, el saber expresarse, entre otras cosas.

Metodología:

Como todo taller la metodología es participativa e interactiva. Se tienen tres reglas al entrar al taller: escuchar cuando alguien está hablando, no pelear y no poner sobrenombres. Después los niños son libres de opinar, decir, hacer, jugar, plantear, sugerir, idear, imaginar, bromear, reír, abrazar, etc. En el caso de talleres con adultos, escuchar a los demás cuando hablan.

Población:

Niños y adultos

Materiales necesarios

- Hojas, lápices, cajas de regalo con espejos adentro.
- Una hoja “El juego de la autoestima” para leer en voz alta el animador de la sesión.
- Un folio en blanco, una hoja “Reflexionamos sobre el juego de la autoestima” y un bolígrafo para cada participante.
- Una hoja (anverso y reverso) “Una entrevista acerca de mi persona” y un bolígrafo por participante.

Descripción del regalo de Dios

Se llevara una caja de regalo y se les contara que Dios les mando un regalo, en el cual se esmero mucho y lo hizo con mucho amor, a su imagen y semejanza.

Cuando ellos habrán el regalo adentro encontraran un espejo, en el cual se verán reflejados y es cuando les empezaremos a decir que son seres especiales porque Dios los hizo con mucho amor, parecidos a el, con muchas capacidades y habilidades por desarrollar.

Descripción del juego de la autoestima

Se entrega a cada participante una hoja que representa su autoestima. El animador de la sesión leerá en voz alta una lista de sucesos cotidianos que pueden dañar la autoestima. Después de cada frase, los adolescentes arrancarán un trozo más o menos grande de papel según la proporción de su autoestima que ese suceso quitaría. Se hace luego lo mismo pero, al revés, juntando los trozos a medida que el animador de la sesión lee una lista de sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima

El juego de la autoestima

Tienes entre tus manos un folio en blanco que representa tu autoestima. He aquí una lista de sucesos cotidianos que pueden dañar tu autoestima.

Después de cada frase, arrancarás un trozo más o menos grande de papel según la proporción de tu autoestima que ese suceso quitaría. Piensa que en los últimos días te ha pasado lo siguiente:

- Discutes con tu mejor amigo / a.
- Tienes una pelea con tu esposo hijos

- Te critican el trabajo que realizas
- Te dicen que vistes raro.
- Tus amigos no cuenta contigo.
- Uno de tus padres te critica y te llama
- Te sale un grano gordo en la cara.
- Un /a amigo /a difunde un secreto que tú le confiaste.
- Te sientes enfermo /a.
- Rompes un objeto valioso que le gustaba.
- Tienes muchos oficio
- Un grupo de amigos se burla de tu forma de ser
- Te insultan.
- Has tomado la decisión equivocada.
- Tu padre te grita.

He aquí otra lista de sucesos cotidianos que pueden aumentar tu autoestima. Después de cada frase, juntarás un trozo más o menos grande de papel según la proporción de tu autoestima que ese suceso te haría recuperar.

Piensa que en los últimos días te ha pasado lo siguiente:

- Ganas un premio.
- Recibes una carta o una llamada de un amigo.
- Te dicen que te quieren.
- Te decides a pedir una cita a un amigo o una amiga y te dice sí.
- Haces una nueva amistad.
- Haces algo divertido.
- Te hablan con educación / respeto.
- Tu equipo de fútbol gana.
- Te tratan como a un adulto.
- Todos tus amigos dicen que les encanta tu nuevo corte de pelo.

- Tu padre se disculpa por haberte gritado.
- Vas al campo a dar un paseo y te sientes bien.
- Te hacen un regalo.

Reflexionamos sobre el juego de la autoestima

- ¿Has recuperado tu autoestima? ¿En qué) (toda o parte)?
- Qué fue lo que más daño tu autoestima? ¿Por qué?
- ¿Cómo podrías evitar que te dañara tanto?
- ¿Qué fue lo que menos te dañó la autoestima? ¿Por qué?
- ¿Qué fue lo que más te hizo recuperar la autoestima? ¿Por qué?
- ¿Cómo podemos ayudar a los demás a recuperar su autoestima?