

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



**Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes del
Instituto de la Defensa Pública Penal**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Lourdes Josefina Palacios Hernández

Guatemala, abril 2013

**Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes del
Instituto de la Defensa Pública Penal**
(Práctica Profesional Dirigida)

Lourdes Josefina Palacios Hernández (**Estudiante**)

Licda. Rebeca Ramírez de Chajón (**Asesora I**)

Licda. Vivian Poggio de McKnight (**Asesora II**)

Guatemala, abril 2013

Autoridades de la Universidad Panamericana

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General M. Sc. Alba Aracely de González

Vicerrector Administrativo M. A. César Augusto Custodio Cobar

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Decana Facultad de Ciencias Psicológicas Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

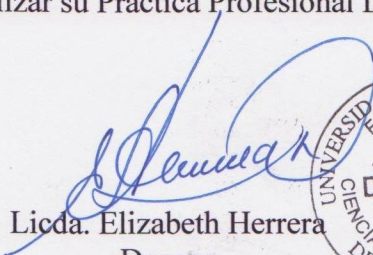
ASUNTO: *Lourdes Josefina Palacios Hernández*

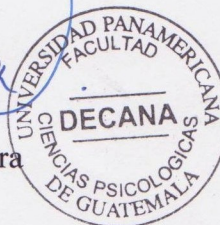
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

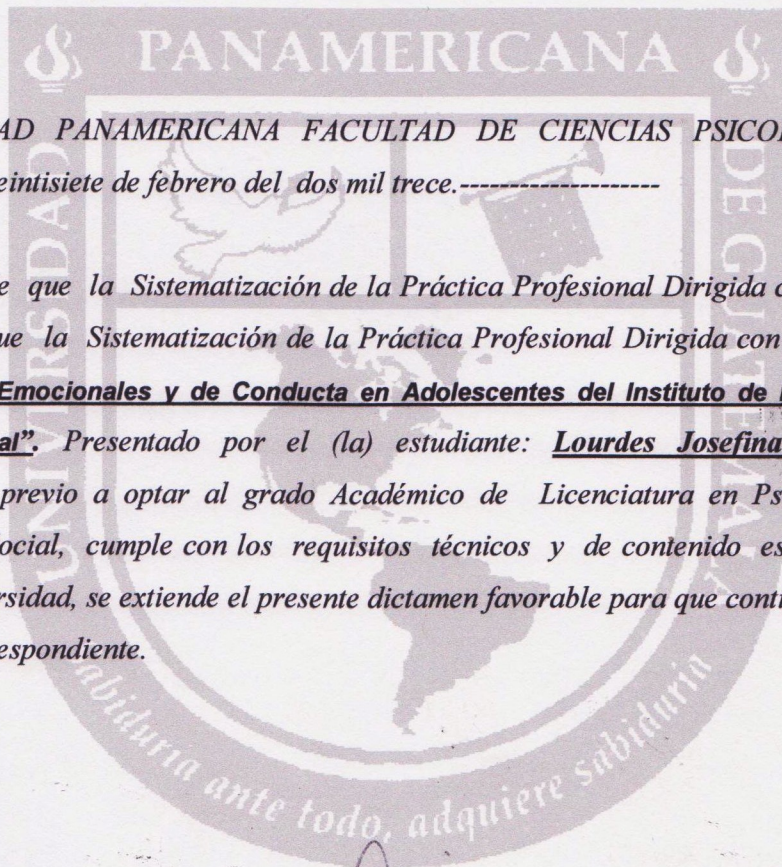
DICTAMEN: 27 de febrero 2,013

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana





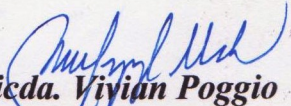
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes del Instituto de la Defensa Pública Penal”**. Presentado por el (la) estudiante: **Lourdes Josefina Palacios Hernández**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Rebeca Ramirez de Chajon
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes del Instituto de la Defensa Pública Penal”**. Presentado por el (la) estudiante: **Lourdes Josefina Palacios Hernández**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Vivian Poggio
Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

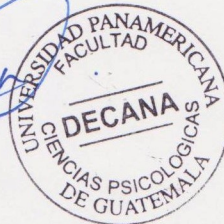
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los veintisiete días del mes de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes del Instituto de la Defensa Pública Penal**", presentado por: **Lourdes Josefina Palacios Hernández** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas



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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo I	
Marco de Referencia	
1.1 Descripción de centro de Práctica	1
1.2 Croquis de la Institución	1
1.3 Misión	2
1.4 Visión	2
1.5 Tipos de población que atiende	2
1.6 Coordinación de Adolescentes en conflicto con la ley penal	3
1.7 Valores Institucionales	3
1.8 Coordinador (a) Nacional de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal	4
1.9 Planteamiento del Problema	4
1.10 Objetivo General	5
1.11 Objetivos Específicos	5
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.1 Problemas Emocionales y de Conducta en los y las Adolescentes	6
2.1.1 Adolescencia	6
2.1.2 ¿Quiénes son los Adolescentes con problemas Emocionales y de Conducta en Guatemala?	7
2.1.3 ¿Qué es un Trastorno Emocional?	8
2.1.4 ¿Qué es un Trastorno de Conducta?	9
2.1.5 Trastornos Emocionales más frecuentes en los y las Adolescentes en conflicto con la ley	14
2.1.6 Depresión Unipolar en los Adolescentes Guatemaltecos	15

2.2 ¿Qué es un Proceso Psicoterapéutico?	19
2.2.1 Papel del o la Psicoterapeuta	21
2.2.3 Terapias más eficientes para adolescentes con problemas emocionales y de conducta	23
Capítulo III	
Referente Metodológico	
3.1 Método	26
Capítulo IV	
Presentación de Resultados	
4.1 Presentación de Caso 1	27
4.2 Presentación de Caso 2	29
4.3 Presentación de Caso 3	31
4.4 Presentación de Caso 4	33
4.5 Logros en el proceso de práctica	35
4.6 Fortalezas	35
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referente Bibliográfico	38
Anexos	40

Resumen

La elaboración del presente trabajo se desarrolló de una forma ordenada y participativa al usar como base la información adquirida durante el tiempo de práctica profesional, para elaborar una sistematización del mismo. Dicha práctica profesional se realizó en el Instituto de la Defensa Pública Penal durante el periodo del mes de Abril al mes de Octubre de 2012, a casos de Adolescentes en conflicto con la ley.

Se realiza una descripción del centro, el planteamiento del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, lo que conforman el marco de referencia. En el capítulo dos (el referente teórico), se encuentran los temas a investigar relacionado con la problemática, desde el concepto de adolescente, el papel del terapeuta, el proceso terapéutico, seguido de los problemas emocionales. En el capítulo tres (marco metodológico), se menciona cómo se abordó el proceso de práctica profesional, resultados obtenidos, conclusiones, recomendaciones y bibliografía. Se finaliza con los anexos en los que se muestran los talleres realizados, fechas y horas atendidas y fotografías.

Introducción

En la sociedad actual, uno de los problemas más frecuentes que se manifiesta en la adolescencia son los problemas emocionales y de conducta.

La adolescencia supone un período de cambio en el que las alteraciones de todo tipo, biológicas, cognitivas, sociales y/o del comportamiento aparecen con una mayor proporción, en comparación con aquellas que aparecen en otros niveles de edad (Conger, 1984).

A los futuros psicólogos y psicólogas, se les plantea un reto al trabajar con adolescentes; proporcionar un espacio a través del cual un adolescente pueda clarificar muchos aspectos de personalidad en conflicto, facilitar ese proceso y no obstaculizarlo para formar identidades sólidas que definan el futuro de nuestro país en base a ideales bien establecidos.

La adolescencia es una etapa de la vida estudiada por muchos teóricos. Muchos se preguntan si es una etapa turbulenta del desarrollo humano o si es simplemente una etapa de transición entre la niñez y la adultez con pocas consecuencias psíquicas.

A continuación se iniciará con la descripción del centro y el marco teórico que proporciona datos conceptuales del adolescente y los conflictos que puede llegar a afrontar. Los casos y logros alcanzados son el centro de interés, de manera que su descripción y conclusiones permitan cumplir con el objetivo planteado.

Capítulo I

Marco de Referencia

1.1 Descripción del Centro de Práctica

La práctica supervisada se realizó en el Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala, durante el periodo de Abril a Octubre de 2012, en la cual se describe la misión y visión de dicho centro y cada una de sus funciones. Así mismo la población que se atiende y los valores institucionales de dicho centro.

- Instituto de la Defensa Pública Penal
- Asistencia Legal Gratuita a la Víctima y a sus Familiares:
- 11 calle 8-49 zona 1. Teléfono del servicio: 1571
- Correo Electrónico: uinfo@idpp.gob.gt

1.2 Croquis de la Institución



1.3 Misión

Es una entidad pública autónoma y gratuita que ejerce una función técnica de carácter social, con el propósito de garantizar el derecho de defensa asegurando la plena aplicación de las garantías del debido proceso, a través de una intervención oportuna en todas sus etapas. Su entidad desarrolla sus atribuciones con fundamento en el derecho de defensa que garantiza la Constitución Política de la República de Guatemala, los tratados y convenios Internacionales ratificados por Guatemala en materia de Derechos Humanos, la Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la mujer, así como en su Ley de Creación, reglamentos, en cumplimiento de los Acuerdos de Paz.

1.4 Visión

Ser una entidad de alta calidad técnico-legal con presencia, protagonismo y liderazgo en el Sistema de Justicia y en el medio social, con una estructura organizacional funcional eficaz y eficiente que permita tener la capacidad de atender a todas aquellas personas que requieran de su servicio de asistencia jurídica, priorizando a las de escasos recursos.

Asimismo, desea contar para ello con defensores(as) públicos(as) de alto nivel profesional, convertidos en agentes de cambio y transformación hacia una justicia integral, que respete la plena vigencia de los principios constitucionales y procesales del derecho de defensa.

1.5 Tipo de Población que atiende

La atención está orientada a personas de escasos recursos económicos. El perfil de la población atendida es el siguiente:

- Personas adultas sujetas a procesos penales, niñez y adolescentes en conflicto con la Ley penal.
- Población Indígena (defensorías étnicas).
- Atención de casos con enfoque de Género.
- Asistencia jurídica gratuita a víctimas de violencia y en temas de familia.

1.6 Coordinación de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal

Tiene a su cargo la defensa técnica de los adolescentes en conflicto con la ley penal, los que por disposición legal corresponden a un rango de edad entre 13 a 18 años. Cuenta con presencia en los departamentos de la república en los cuales se instala Juzgado de Adolescentes en Conflicto con La Ley Penal.

El proceso de adolescentes se rige por las disposiciones de la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia y la Convención sobre los Derechos del Niño, lo cual hace especial su tratamiento.

Tiene a su cargo la Defensa Técnica de los Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal, los que por disposición legal corresponden a un rango de edad entre 13 a 18 años. Cuenta con presencia en los departamentos de la República en los cuales se instala juzgado de adolescentes en conflicto con la ley penal. El proceso de adolescentes se rige por las disposiciones de la ley de protección integral a la niñez y adolescencia y la convención sobre los derechos del niño, lo cual hace especial su tratamiento.

1.7 Valores Institucionales

-Excelencia en el servicio

Mejorar efectividad en la prestación del servicio, al tomar en consideración que las personas que la institución patrocina son de escasos recursos económicos.

-Probidad

Por una actuación honesta y responsable en el cumplimiento de la función y la administración de los recursos asignados a la Institución para su funcionamiento.

-Solidaridad

Trabajar en conjunto para buscar la solución más adecuada de acuerdo con los intereses de los involucrados en la atención de casos.

-Lealtad

Adecuación del compromiso personal con el institucional, de manera que en todo momento refleje la correcta utilización de los instrumentos y mecanismos de atención institucionales.

-Respeto

Por la comprensión y tolerancia al sentir de la población involucrada en un proceso penal que puede resolverse al demostrar su inocencia o su culpabilidad.

-Legalidad

Por la observancia en el cumplimiento de los instrumentos legales que sustentan la actuación de la Institución, con base en un mandato constitucional, su ley orgánica, tratados y convenios internacionales y disposiciones de política de defensoría pública.

1.8 Coordinador(a) Nacional de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal

Reporta: Director de la División de Coordinaciones Técnico, Profesionales;

Coordina: Asesores de la División, Directores de División, Coordinadores de Unidad y Sedes Departamentales y Municipales, Jefes de Área, Jefes de Departamento, Representantes de Instituciones y Organismos del ramo;

Supervisa: Abogado Defensor Público, Trabajador Social, Asistente de Abogado y Conserje.

1.9 Planteamiento del Problema

Los problemas emocionales y de conducta en los adolescentes es en las familias guatemaltecas se manifiestan consecuencias por falta de límites, valores y comunicación en la dinámica familiar. Debido a las diversas problemáticas con adolescentes en conflicto con la ley y por las raíces profundas del fenómeno, es necesario un abordaje integral, en el que se puedan utilizar las terapias adecuadas y para un avance significativo en la vida de los adolescentes y sus familias.

Al analizar lo expresado cabe preguntar ¿Cuáles son las terapias más eficientes para adolescentes con problemas emocionales y de conducta?

1.10 Objetivo General

Clasificar las terapias más eficientes para adolescentes con problemas emocionales y de conducta que han tenido conflicto con la ley.

1.11 Objetivos Específicos

1. Describir los trastornos emocionales más frecuentes en los (as) adolescentes en conflicto con la ley.
2. Describir la depresión unipolar en los adolescentes guatemaltecos.

Capítulo II

Referente Teórico

2.1 Problemas Emocionales y de Conducta en los y las Adolescentes

2.1.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable.

El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente. Por la misma inestabilidad emocional, desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos muy susceptible a tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas autodestructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de padres, inicia desde la misma planeación de estructurar una familia.

El proporcionar el afecto y los cuidados necesarios en cada una de las etapas de su desarrollo son parte fundamental en la formación de su personalidad, esto llevará al adolescente, que en cualquier escenario, la toma de decisiones es la correcta y que es congruente con su integridad.

La Subdirección de Servicios de Salud preocupada por esta situación le presenta una guía práctica dirigida a los adolescentes para que sea aplicada en la familia y sirva como un apoyo para promover que el ejercicio y algunas otras actividades del tiempo libre formen parte de la rutina y entretenimiento de los jóvenes.

2.1.2 ¿Quiénes son los adolescentes con problemas emocionales y de conducta en Guatemala?

La transgresión juvenil en Guatemala está dentro del contexto social caracterizado por grupos de niños y adolescentes ubicados dentro de los niveles de pobreza, desempleo, concentración urbana, baja escolaridad o analfabetismo, agresiones sexuales y desintegración familiar. Sumando a este contexto hay que agregar que la sociedad actual se caracteriza por el debilitamiento de los sistemas tradicionales de la niñez y de la adolescencia. Es importante mencionar por lo menos tres medios de apoyo que con los cambios sociales, se han debilitado como para dar una respuesta efectiva al desarrollo de la niñez.

En primer lugar la familia; los medios de comunicación, sobre todo la televisión, han suprimido la jerarquía y hegemonía que la familia tenía como formadora de costumbres sociales. La incorporación de la mujer al sistema laboral, por necesidad u oportunidades de desarrollo y otros cambios en la estructura familiar, como la ausencia generalizada del padre ya sea por muerte, abandono, paternidad irresponsable o por migraciones al extranjero, permitiendo que la formación del niño se viera influenciada por influencias externas inapropiadas.

En segundo lugar la escuela; que se caracteriza por un marcado énfasis académico y competitivo, dejando a un lado el sentido comunitario, moral y educativo y la promoción del desarrollo integral de los jóvenes.

En tercer lugar los sistemas de asistencia y recreación; como apoyos alternativos, son mínimos y siempre insuficientes para la satisfacción de las necesidades de la población juvenil.

La transgresión juvenil es el resultado de la combinación de diversos factores de riesgo y respuesta social. Se presenta en toda sociedad, en donde los antivalores de violencia, agresividad, consumo, se imponen a los valores supremos de la sociedad, como la tolerancia, la solidaridad y la justicia.

Es necesario ubicar este fenómeno dentro de la problemática de la sociedad actual, ya que la estructura social en que les ha tocado vivir a los niños y jóvenes de hoy está caracterizada por una complejidad cada vez mayor, donde la búsqueda de soluciones no depende solo de un sector de la sociedad sino de todos.

2.1.3 ¿Qué es un trastorno emocional?

“Es un estado del ser, caracterizado por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo con respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación emocional se deduce del comportamiento. Por lo general si una persona actúa de una manera que le es perjudicial a ella y/o a los demás, puede considerarse en un estado de perturbación emocional.” (Newcomer, 1993). Bravo, L. (1984), plantea que los trastornos emocionales infantiles son consecuencia de insuficiencia en los procesos psicológicos adaptativos frente a experiencias del ambiente y frente a las propias necesidades instintivas. Agrega además, que estos trastornos son derivados de la angustia y de los mecanismos psíquicos insuficientes para controlarla.

Los trastornos emocionales estarían estrechamente relacionados con problemas de conducta, anomalías de carácter y dificultades de aprendizaje, lo que muchas veces no permite hacer un análisis más específico del problema.

Los trastornos emocionales pueden dividirse en:

- Trastornos afectivos derivados del ambiente (en base a las actitudes del medio frente a él)

- Trastornos conflictivos sintomáticos (Con causa ambiental, pero los síntomas se mantienen pese a desaparecer la causa).

- Trastornos estructurales de la personalidad (debido a fallas en las funciones primarias)

2.1.4 ¿Qué es un trastorno de conducta?

Los niños y adolescentes con el trastorno de conducta son muy visibles y presentan un grupo complicado de problemas emocionales y de comportamiento. La característica esencial de este trastorno es un mal comportamiento que es serio, repetitivo y persistente.

Hay cuatro tipos principales de estos comportamientos: comportamiento agresivo hacia gente o animales, destrucción de propiedad, actos engañosos o de robo, e infracciones serias a las reglas.

Para ser diagnosticado con trastorno de conducta, un niño o adolescente tiene que haber demostrado tres o más comportamientos característicos en los últimos 12 meses. Por lo menos uno de estos comportamientos tiene que haber sido evidente durante los últimos seis meses. Diagnosticar el trastorno de conducta puede ser un dilema porque los preadolescentes y los adolescentes cambian constantemente. Esto hace difícil distinguir si el problema lo suficientemente persistente para que amerite un diagnóstico.

El contexto social en que vive un estudiante (por ejemplo, la pobreza o áreas de alto crimen) puede ejercer influencia sobre lo que vemos como conducta antisocial. Entre estos casos, un diagnóstico del trastorno de conducta puede ser aplicado incorrectamente a individuos que exhiben comportamientos que pueden ser protectores o “normales” dentro del contexto cultural.

Según Los Criterios del DSM-IV-TR para los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador se encuentran:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

A. (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
 - (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas.)
 - (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.
- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela, en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses (DSM-IV-TR, pág 105-107).

Trastorno disocial:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) a menudo inicia peleas físicas.
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
- (4) ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) ha manifestado crueldad física con animales.
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas, fraudulencia o robo.
- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.

(12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas

(13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

(14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).

(15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad. (DSM-IV-TR, pág. 113-114)

Trastorno negativista desafiante:

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

(1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas.

(2) a menudo discute con adultos.

(3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.

(4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas.

(5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.

(6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.

(7) a menudo es colérico y resentido.

(8) a menudo es rencoroso o vengativo.

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad. (DSM-IV-TR, pág. 118)

2.1.5 Trastornos emocionales más frecuentes en los y las adolescentes en conflicto con la ley

Trastorno de Conducta Repetitiva Agresiva se caracteriza por:

- Gritar y amenazar
- Romper cosas.
- Agredir físicamente.
- Ira, rabia, cólera.
- Fugarse.
- Robar sin agresión.

Trastorno Disocial se caracterizan por:

- A menudo fanfarronean.
- A menudo inician peleas físicas.
- Ha manifestado crueldad física con humanos.
- Ha manifestado crueldad física con animales.
- Ha destruido deliberadamente la propiedad o las cosas de otras personas.

Trastorno Negativista Desafiante se caracteriza por:

- A menudo se encoleriza e incurre a pataletas.
- A menudo discute con los adultos.
- A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- A menudo es colérico y sentido.
- A menudo es rencoroso y vengativo.

Trastorno por Déficit de Atención se caracteriza por:

- Ser impulsivo.
- Ser muy activo.
- No prestar atención.
- No controlar las propias acciones.

2.1.6 Depresión Unipolar en los adolescentes Guatemaltecos

La investigación de la epidemiología de la depresión en adolescentes guatemaltecos hecha por Berganza y Aguilar (1989, 1992) dio como resultado que un 35% de ellos presentaba depresión. Entre ellos, 20.9% eran varones y 48.8% eran mujeres. En un estudio posterior, en el que se buscaba replicar el estudio anterior, y en el que se investigó acerca de la correlación existente entre “Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos” (Aguilar, Eduardo y Berganza, 1996) también se encontraron niveles significativos de depresión en los adolescentes en un 28.8%, la cual resultó ser equivalente al estudio anterior. Las diferencias de género persistieron igualmente, presentando los varones un 21.6% versus las mujeres con un 36.6%. También se encontró una correlación negativa significativa entre depresión y autoestima ($r = -.612, p < .05$).

En ambos estudios se definió la depresión de acuerdo al DSM-III-R (American Psychiatry Association, 1987) como un trastorno en el estado de ánimo, con una duración de por lo menos 2 semanas, caracterizado por sentimientos de tristeza, variaciones en el apetito, disminución en el grado de actividad, pérdida de interés en actividades que antes proporcionaban placer y alteraciones en el sueño.

Utilizando la escala “CES-DC-M” (Center for Epidemiological Studies- Depresión scale for Children-Modificada), para medir el grado de depresión. Esta escala en su versión modificada y validada para Guatemala por Aguilar y Berganza (1990).

En ambos estudios las adolescentes mujeres guatemaltecas presentan significativamente tasas de depresión más altas que los hombres. Valiendo la pena mencionar que la muestra poblacional de la segunda investigación triplicó el número de adolescentes del estudio original de Berganza y Aguilar (1992) y aún así, la similitud en cuanto a los datos epidemiológicos se mantuvo, lo cual fortalece la hipótesis establecida. Adicionalmente, los resultados obtenidos son similares a las tasas de depresión clínica del 30% observada por Rutter (1986).

La depresión unipolar en los adolescentes guatemaltecos muestra ser un problema psicológico con importancia teórica, práctica y clínica, que tiene relevancia epidemiológica que merece atención. Aún cuando no existen datos epidemiológicos de la depresión clínica en adultos guatemaltecos, es de esperar que las tasas de depresión sean similares.

Es importante notar que en Guatemala, al igual que en otros países, las mujeres son quienes tienden a presentar tasas de depresión más altas que los hombres de su edad. Posiblemente, este resultado podría estar relacionado según Berganza, Aguilar, Urdiales y Kriete (1987), y Berganza, Peyré y Aguilar (1989) al hecho de que las adolescentes mujeres cuentan con un número más limitado de medios socialmente aceptados para canalizar los impulsos agresivos y sexuales en nuestra sociedad. Pudiéndose predecir que los factores sociales que precipitan y mantienen el síndrome depresivo en adolescentes también es distinto para mujeres que para hombres (Aguilar, de Eduardo y Berganza, 1996).

Los resultados de la investigación acerca de Autoestima y depresión hecha por Aguilar, de Eduardo y Berganza, (1996) sugieren que la autoestima baja o negativa es uno de los elementos centrales en la estructura de la personalidad depresiva, por lo que se debe tener en cuenta que su identificación a temprana edad puede ayudar a prevenir desórdenes depresivos en la edad adulta.

Así mismo, la autoestima parece ser un factor predisponente en el desarrollo de la depresión y un predictor de la misma, en estudiantes adolescentes, como ha sido repetidamente señalado en investigaciones realizadas en otros países.

Comparado con las tasas de incidencia y prevalencia de Estados Unidos parece ser alta la cifra obtenida en los resultados de ambas investigaciones, pues Comer (2004) indica que de un 5% a un 10% de la población estadounidense sufren de depresión severa anualmente, más un 3% a 5% adicional sufren de depresión clínica moderada. Estos porcentajes suman un total máximo del 15% de la población adulta estadounidense, la cual, resulta ser un porcentaje bajo comparado con el 29% al 35% obtenido en la población de adolescentes guatemaltecos.

En Honduras, país vecino a Guatemala con problemas socioeconómicos similares, en la “Encuesta Permanente con Propósitos Múltiples de Septiembre del 2002”, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, se incorporó un formulario de 29 preguntas para tratar de establecer el número de personas con discapacidad existentes en todo el territorio nacional. Se conceptuó consensualmente a la “persona con discapacidad” como “toda aquella persona con algún problema de salud, físico o mental padecido o por padecer por más de 6 meses y que le dificulte hacer sus actividades”, utilizando la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-CIDDIM. Usándose como guía, el Manual de Elaboración de Información Estadística para Políticas y Programas Relativos a Personas con Discapacidad (Organización de Naciones Unidas, 1997); y como referencia, la Boleta de la Encuesta de Discapacidad, utilizada en El Salvador por la GTZ y la OPS.

Los resultados de esta encuesta, a pesar de contener preguntas específicas para determinar la tasa de depresión en la población hondureña, no arrojaron resultados significativos respecto a la epidemiología de la depresión en la población hondureña antes de los 18 años. Aún en los adultos entre 18 y 64 años, rango de edad en el que resultó ser más prevalente la “depresión crónica”, la tasa es baja: .7 por 1000 personas. Estos resultados como se indica en el estudio, pueden estar ligados a la naturaleza de la encuesta, porque una de las limitaciones mencionadas en la investigación realizada respecto a la discapacidad mental, es que los datos pudieron verse afectados por la ignorancia o la reticencia de parte de la persona encuestada para indicarlo.

En Guatemala, no se ha logrado recabar información científica respecto al enfoque psicoterapéutico más efectivo o el más usado en el tratamiento de los trastornos en el Estado de Ánimo. Pero se pudo determinar en entrevistas personales con algunos profesionales dedicados a hacer práctica privada que en Guatemala se utilizan enfoques de intervención: Biológicos (con excepción de la Terapia Electro Convulsiva), Conductuales, Cognitivos y Psicodinámicos. Los enfoques psicoterapéuticos socioculturales son menos comunes, aunque de los ocho profesionales en el campo de la salud mental entrevistados para la elaboración de este documento, cuatro utilizan con frecuencia la terapia interpersonal y/o de pareja como parte de su intervención psicoterapéutica para el tratamiento de la depresión.

La mayoría (6 de 8 profesionales) coincidieron que actualmente existe una tendencia a prescribir antidepresivos de la “Segunda-Generación”, particularmente Prozac, aunque el uso de antidepresivos tricíclicos como “Imipramine” o “Tofranil” todavía son empleados ampliamente. El doctor en psiquiatría Carlos Berganza, por medio de un correo electrónico fechado el 4 de julio del 2006 indicó que:

“No existe estadística detallada respecto al tipo de depresión más prevalente en nuestro medio”. Y aunque está claro que: “las estadísticas van a variar dependiendo del tipo de población que se estudie, si se trata de muestras clínicas, indudablemente la depresión mayor de tipo unipolar 296.32 (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) sería la más prevalente en nuestro medio , debido a que ésta es la que más impulsa al paciente a consultar.

Aunque si se tratara de la población general, es posible que otras formas menos graves de depresión (o formas menos discapacitantes del mismo trastorno) resultarían siendo las más prevalentes”.

Berganza (2005) considera que en Guatemala, en la práctica clínica, los casos que pueden tipificarse como “Trastornos depresivos mayores o unipolares” (al menos en su clínica), constituyen arriba del 80% de los diagnósticos en el estado del ánimo.

Textualmente, en relación al tratamiento o la intervención psicoterapéutica que se lleva a cabo en Guatemala para la Depresión Unipolar, el doctor Berganza dijo: “En nuestro medio, según mi experiencia no constatada por la evidencia dura, el tratamiento de la depresión varía según el tipo, la gravedad y el impacto sobre el funcionamiento del paciente, y finalmente, según el tipo de profesional del que se trate, creo que los psiquiatras tienden a utilizar con más frecuencia antidepresivos en la depresión mayor, de tipo moderada o grave. Creo que cuando se trata de utilizar la psicoterapia, ésta se usa en combinación con los fármacos y tiende a ser más de tipo dinámico. Mientras que entre los psicólogos, se tiende a utilizar la psicoterapia predominantemente, aunque ya algunos refieren al paciente para que se le medique, especialmente en los casos resistentes a la psicoterapia”.

El doctor Berganza (2005) considera que entre los psicólogos guatemaltecos la psicoterapia cognoscitivo-conductual es cada vez más utilizada, sospechando que la mayoría de psicólogos en Guatemala tienden a utilizar un enfoque multimodal (en el que la psicoterapia dinámicamente orientada, todavía juega un papel importante), o utilizan simplemente un enfoque de psicoterapia dinámica pura.

2.2 ¿Qué es un proceso psicoterapéutico?

La palabra terapia proviene del griego *therapeia*, que significa ‘atender’ y ‘curar’. La palabra terapia es definida en los diccionarios (e.g. Wolman, 1989: 347) como a) ‘Las actividades llevadas a cabo para curar enfermedades y para disminuir el sufrimiento’; b) ‘Los efectos curativos de esas actividades’. Drever (1975: 234) por su parte, en su diccionario de psicología, la describe como, “El tratamiento de desordenes a través de métodos psicológicos”.

Sin embargo, es importante precisar que los y las psicoterapeutas no sólo están interesados(as) en curar a las personas psicológicamente enfermas. Al respecto, Engler (1996) considera que también se interesan en atender a personas ‘normales’ para ayudarlos a entenderse a sí mismos y a que se desempeñen de una manera más creativa y satisfactoria. En tal sentido, el diccionario de Wolman (1989: 275-276) nos brinda una definición dada por Drever.

Wolman define el término psicoterapia como: Tratamiento psicológico de los desórdenes mentales en el cual una persona entrenada (psicoterapeuta) establece una relación con una persona (paciente, cliente) que presenta problemas emocionales, con el propósito de aliviar o modificar los síntomas o patrones conductuales, buscando como resultado la promoción del crecimiento de la personalidad y el mantenimiento de una salud mental.

En esta misma línea, Corsini (1989: 1), advierte que el término psicoterapia no puede definirse con precisión. Al respecto comenta, la psicoterapia es un proceso formal de interacción entre dos personas. El propósito principal de este proceso es el de disminuir la sensación subjetiva de malestar emocional o conductual en una de las partes a la que se denomina paciente, cliente o consultante, con la asistencia de la otra parte, a la que se denomina psicoterapeuta o terapeuta y quien se asume que cuenta con: a) un cuerpo de conocimientos teóricos que intenten explicar la personalidad, el desarrollo psicológico y el proceso de cambio humano; b) dominio de algún método de tratamiento relacionado con el cuerpo de conocimientos teóricos; y c) un entrenamiento y aprobación legal para actuar como terapeuta.

Todas las formas de psicoterapia se basan en los principios comunes que operan en cualquier relación de ayuda, incluyendo intuición, confort, soporte, guía, orientación, apoyo, reducción de culpa, y esperanza entre otras. El terapeuta crea una atmósfera de empatía y confianza a través del respeto e interés por los planteamientos del paciente y anima a éste a mantener una comunicación directa y abierta, evitando la crítica y la censura.

La psicoterapia es “el mantenimiento de una relación interpersonal (psicólogo- enfermo), esencialmente psicológica siendo la personalidad del psicólogo el instrumento para el tratamiento” (Estrada, 2000. Pág. 5).

A lo largo de nuestra vida, nos enfrentamos a situaciones que nos generan sufrimiento, una forma de superarlo es apoyándonos en nuestros seres queridos, familiares, amigos o nuestra pareja, pero también se puede encontrar alivio en la fe a través de la religión.

Algunas situaciones que provocan mayor sufrimiento son:

- Pérdida y separación
- Frustración
- Carencia de amor
- Falta de sentido en la existencia, la pérdida de sentido de trascendencia (Estrada, 2000.Pág. 6).

2.2.1 Papel del o la psicoterapeuta

Carl R. Rogers, fundador de la psicoterapia centrada en la persona y al que tuve la suerte de conocer personalmente en 1981, decía que la actitud necesaria y suficiente de un buen psicoterapeuta es la escucha empática y no hacer juicios de valor. Rogers, como pionero de la psicología humanista, fué uno de los primeros psicólogos en enfrentarse a la línea clásica psicoanalítica, situándose en el punto de vista del paciente y abandonando posturas definidas previamente por el profesional y no por el propio paciente.

Un aspecto fundamental de la situación terapéutica es la relación entre terapeuta y paciente. Esta puede definirse como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan. Goldstein y Myers (1986) definen una relación terapéutica o positiva como sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del cliente hacia el terapeuta combinados con sentimientos similares de parte de este hacia el cliente.

Cuanto mejor sea la relación, más inclinado se mostrará el cliente a explorar sus problemas con el terapeuta y más probable será que colabore y participe activamente en los procesos de evaluación e intervención. Terapeuta y cliente deben experimentar un sentimiento de “nosotros” y constituir un equipo, una alianza en el trabajo conjunto hacia la consecución de los objetivos terapéuticos.

Se han destacado tres componentes en esta alianza terapéutica:

- a) Vínculo emocional positivo entre cliente y terapeuta,
- b) Acuerdo mutuo sobre las metas de la intervención,
- y c) Acuerdo mutuo sobre las tareas terapéuticas.

Basándose en encuestas a psicoterapeutas profesionales, Guy (1993, citado en Feixas y Miró, 1993) ha enumerado varias motivaciones funcionales y disfuncionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta.

Motivaciones funcionales

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás.
- Capacidad de escuchar e interés en ello.
- Capacidad de conversar e interés en ello.
- Empatía y comprensión.
- Conocimiento y aceptación de las propias emociones, positivas y negativas.
- Capacidad de introspección.
- Capacidad de negación de las gratificaciones personales (las cuales hay que supeditar a las de los clientes).
- Tolerancia a la ambigüedad, es decir, capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales y las respuestas incompletas.
- Paciencia y cariño hacia los demás y aceptación de las personas tal como son.
- Tolerancia a la intimidad profunda.
- Satisfacción por tener poder e influencia sobre otras personas, pero sin caer ni en el abuso ni en la sensación de omnipotencia.
- Capacidad de tomarse las cosas con humor.

Motivaciones disfuncionales

- Deseo de comprenderse mejor a sí mismo y de superar los propios problemas personales. Si estos no se han resuelto cuando se empieza a ejercer, pueden interferir con el desarrollo de la terapia.

- Deseo de ayudar a otros a superar problemas no superados en la propia vida.
- Deseo de superar la sensación de soledad mediante el contacto con otras personas (los pacientes) en un marco estructurado y seguro.
- Deseo y abuso de poder que lleva a no respetar la autonomía de los pacientes.
- Deseo de rebelarse contra la autoridad. Esto puede hacerse sin problemas en el marco seguro de la terapia, pero puede conducir a recomendar a los(as) pacientes cosas contrarias a sus intereses.

Kleinke (1994/1995) cita otras motivaciones frecuentes para ser terapeuta: independencia a la hora de trabajar, posibilidad de trabajar con una diversidad de personas que presentan una gran variedad de problemas (lo cual proporciona un gran gama de experiencias y desafíos, y supone un estímulo intelectual), reconocimiento y prestigio que conlleva la profesión, y satisfacción personal al ayudar a otros.

2.2.3 Terapias más eficientes para adolescentes con problemas emocionales y de conducta

Desde el punto de vista cognitivo el niño o adolescente va a presentar 3 características:

Área Cognitiva:

1. Es frecuente que el niño o adolescente tenga una autoimagen negativa donde se vea despreciado, no amado e indeseable para otros; y que su conducta sea en parte motivada por un ataque para defenderse de los desprecios.
2. Baja tolerancia ante la frustración: Soporta muy mal no satisfacer sus deseos inmediatamente y ello le lleva a reaccionar con ira, impulsividad o manipulación.
3. Falta de empatía por los derechos y sentimientos ajenos. Es egocéntrico centrado en satisfacer sus deseos.

Las intervenciones cognitivas se dirigen a modificar los tres componentes anteriores.

Se trata de la resolución de problemas y el autocontrol frente a la impulsividad, y el entrenamiento de empatía frente a la escasa responsabilidad y falta de conciencia de los sentimientos del otro. Se trabaja en formato de grupo de adolescente donde se exponen y modelan problemas relacionales, identificando los componentes cognitivo-conductuales de cada situación, y generando alternativas. (Terapia cognitiva-conductual- Foultsch, 1988; Kazdin, 1989). Otras intervenciones cognitivas se centran en trabajar con la familia y como sus actitudes y el problema se interrelacionan circularmente (p.e Huber y Baruth, 1989)

Área Afectiva:

La principal característica de la afectividad de los trastornos de conducta es la falta de control del adolescente de sus emociones en relación a su baja tolerancia a la frustración y la falta de empatía con él/la agredida.

Las intervenciones cognitivas-conductuales tratan de facilitar que se identifiquen los sentimientos y que se module o regule su expresión. Con niños más pequeños se facilita este aprendizaje mediante las instrucciones verbales y el modelado en el contexto por ejemplo de una terapia de juego o por orientación familiar. Con adolescentes los grupos de jóvenes con problemas similares o la terapia familiar tienen la misma finalidad. Se trabajan tres aspectos:

- Identificar que se siente,
- Como se puede expresar y
- Como se puede sentir el otro.

Área Somática:

Puede ser frecuente la asociación de otros trastornos que puedan requerir medicación, como la hiperactividad (p.e psicoestimulantes), los trastornos afectivos (p.e antidepresivos), o las crisis de agresividad extrema en forma de convulsiones (p.e antiepilépticos).

Área Interpersonal:

La familia en estos casos suele presentar intentos de solución del trastorno de conducta caracterizado por el exceso de métodos coercitivos, castigos e inconsistencias.

También puede darse el caso de que el trastorno del niño o adolescente forme parte de conflictos más generales de la propia familia (a menudo de problemas conyugales) y que este sea empleado en la misma disfunción familiar.

Puede bastar, en casos de disfunción familiar baja, un planteamiento de orientación a los padres de tipo psicoeducativo y conductual: El terapeuta enseña a los padres a cómo manejar los problemas de conducta mediante el modelado directo (demostración en vivo), la bibliografía seleccionada que después se discute (lecturas) y el manejo de la propia ira parental (por ejemplo mediante el manejo del estrés).

En caso de disfunciones familiares más amplias y graves puede estar indicada la terapia familiar o de pareja. Estas intervenciones suelen estar guiadas por planteamientos sistémicos y cognitivos (p.e Huber y Baruth, 1986; Selekman, 1996)

En caso de familias con desventajas culturales y socioeconómicas la intervención de los servicios sociales y de las redes de apoyo social suele estar recomendada.

Área Conductual:

Los objetivos conductuales se dirigen a reducir la conducta antisocial y aumentar la conducta prosocial del niño o adolescente.

Se suele listar las conductas y capacidades del niño/adolescente que funcionen adecuadamente.

Se indaga lo que los padres y el chico hacen juntos que sea divertido y agradable y se prescribe que lo realicen con frecuencia creciente.

Identificar un solo problema de conducta por vez para su manejo. Se diseña con los familiares y entorno estrategias de extinción o reducción de esas conductas evitando el castigo físico y empleando intervenciones alternativas (extinción, tiempo fuera, sobrecorrección)

Capítulo III

Referente Metodológico

3.1 Método

El proceso de práctica en el Instituto de la Defensa Publica Penal, fue una experiencia única y muy enriquecedora en cuanto a la atención de adolescentes en conflicto con la ley. Se pudo observar en cada uno una inestabilidad a nivel emocional en lo personal y dentro de la dinámica familiar. Con cada paciente referido se le brindó un proceso terapéutico conforme los planes de trabajo específicos a cada joven según los resultados de las pruebas aplicadas y del informe clínico en general. Se elaboró un trabajo teórico utilizando el método cualitativo y nuevas experiencias.

La primera técnica que se realiza es confeccionar la historia clínica del paciente y solicitar los estudios complementarios que se estimen necesarios. Se evaluará la indicación o no de medicación cuando el cuadro clínico así lo requiera. También se ha de tener en cuenta en este sentido que durante las primeras sesiones es frecuente que aumente la ansiedad, angustia o los síntomas que ya presentaba. Posteriormente se le explica brevemente al paciente la finalidad de esta psicoterapia y la frecuencia de las sesiones, que por regla general, se realizan una vez por semana y que comenzarán a espaciarse en la medida en que el paciente mejore. El mismo se realiza en un ambiente en el cual el paciente se sienta cómodo y se respete su privacidad.

Capítulo V

Presentación de Resultados

4.1 Presentación de Caso 1

DATOS GENERALES

- **Nombre Completo:** L.E.P.Y
- **Edad:** 17 años
- **Sexo:** Masculino
- **Estado Civil:** Soltero
- **Escolaridad:** Tercero básico
- **Religión:** Testigos de Jehovah
- **Nacionalidad:** guatemalteco

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere “Tengo este problema porque dicen que me robe un celular, yo no fui directamente. Estoy arrepentido de lo que hice y no quiero estar mal con mi mamá”.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

El paciente presenta una serie de conflictos tanto emocionales como conductuales, debido a conflictos en la dinámica familiar. Así mismo proyecta una serie de síntomas de ansiedad y de sentimientos reprimidos lo cual hace que se manifieste muchas veces conductas inadecuadas.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: F91.3 Trastorno Negativista Desafiante (313.81)

EJE II: Sin Diagnóstico

EJE III: Sin Diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, por conflictos familiares, así como una mala relación y comunicación desencadenando problemas de índole legal por delito de hurto, causado muchos problemas en el entorno y de forma individual.

EJE V: EEAG= 69

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Visión negativa del paciente acerca de sí mismo	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, etc.	Terapia cognitiva conductual: técnicas para elevar la autoestima cambiando la forma de interpretar la vida.	1
Interpreta sus experiencias de una manera negativa.	Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual		1
Problemas de emocionales	Que el paciente tenga la claridad de sus sentimientos	Biblioterapia: Libro Limites (Henry Cloud y John Townsend) editorial vida 1992.	1
		Inteligencia Emocional (Daniel Goleman)	1

4.2 Presentación de Caso 2

DATOS GENERALES

- Nombre: H.A.C.Q.
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 9 de Mayo de 1995
- Edad 17 años
- Estado Civil: Unido
- Ocupación y lugar de trabajo: Terminal, ayudante de bultos.
- Religión: Evangélico
- Referido por: Instituto de la Defensa Pública Penal

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere “Me culpan por robo y mi familia y mi novia están molestos conmigo”.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo con la información obtenida, el proceso de evaluación y el examen mental, el paciente presenta un posible trastorno antisocial de la personalidad. Debido al fracaso de las normas sociales, ocultar por beneficio propio, agresividad e irresponsabilidad persistente.

EVALUACIÓN MULTIAIXIAL

- EJE I:** Sin diagnostico
- EJE II:** F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7]
- EJE III:** Problemas Cardiovasculares
- EJE IV:** Problemas relativos al grupo primario de apoyo, perturbación familiar por separación, disciplina inadecuada y conflictos familiares.
- EJE V:** EEAG= 50

Ψ Plan Terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
<p>Corregir el comportamiento impulsivo-agresivo y fomentar el aprendizaje en la anticipación de las consecuencias de los propios actos y</p> <p>En la búsqueda de gratificaciones alternativas.</p>	<p>Evaluar y conceptualizar los problemas del paciente. Modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.</p>	<p>Reconocer las consecuencias de su conducta sobre otros de manera más empática</p>	<p>2</p>
<p>Síntomas de depresión y ansiedad</p>	<p>Trabajar los síntomas asociados a la problemática, logrando un autoconocimiento y mejoramiento de los sentimientos reprimidos.</p>	<p>Técnica de Reflexión</p>	<p>1</p>
<p>Fomentar el crecimiento cognitivo corrigiendo las</p> <p>Convicciones erróneas y el establecimiento de relaciones basadas en el respeto y la reciprocidad.</p>	<p>Trabajar con los esquemas cognitivos ligados al trastorno de personalidad.</p> <p>Comprender que lo que piensan los demás influye en lo que él mismo conseguir a largo plazo, aunque no controlen directamente el desenlace inmediato de una situación específica</p>	<p>Entrenamiento asertivo: para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.</p>	<p>1</p>
		<p>Reconocer las consecuencias de su conducta sobre otros de manera más empática</p>	<p>1</p>

4.3 Presentación de Caso 3

DATOS GENERALES

- Nombre: I.L.L.O.
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 1 de Octubre de 1994
- Edad: 17 años
- Escolaridad: 6to primaria
- Profesión: Trabaja con su padre fabricando zapatos para empresas nacionales
- Religión: Evangélico
- Referido por: Instituto de la Defensa Pública Penal

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere “por una mala acción estoy en este proceso”. Me siento mal de haber lastimado a alguien y no quiero que se vuelva a repetir.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

El paciente manifiesta ansiedad, tensión, confusión, debido a problemas legales que actualmente dificultan superarse y es un factor estresor dentro de la familia, así como la falta de confianza para lograr superarse en la vida. El paciente percibe falta de apoyo por parte de su padre y ante esto experimenta sentimientos de impotencia y de ansiedad, debido a que no sabe que esperar de él mismo en el futuro. Se siente insatisfecho en el presente. Presenta preocupación, problemas familiares, de relaciones interpersonales, y en cuestiones de dinero. El estando consciente de que sus preocupaciones o miedos son más fuertes de lo necesario.

Se muestra indeciso, e inseguro en las relaciones interpersonales, esto podría relacionarse con una seria dificultad para conectarse con el mundo y perturbación en las relaciones con otros que se proyectó repetidamente en las pruebas así como una baja autoestima y falta de visión de futuro.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: Sin diagnóstico

EJE II: Sin diagnóstico

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, debido a los bajos niveles de auto percepción y poca visión de futuro.

EJE V: EEAG= 50

Ψ Plan Terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Corregir el comportamiento y Conductas inadecuadas	Modificar las conductas y pensamientos irracionales.	Dar a conocer como nuestras creencias irracionales afectan la conducta.	2
Síntomas de ansiedad	Trabajar Ansiedad.	Técnica de Relajación.	2
Mejorar sus ideales y su poca visión de Futuro	Trabajar con los esquemas cognitivos ligados al trastorno de Ansiedad. Que el Paciente realice una transferencia positiva y mejore sus ideales.	Autoconocimiento: que el paciente tenga un cambio positivo en su entorno, iniciando por el mismo. Proyecto de vida, Collage sobre emociones y metas, revisión personal y autoestima.	2

4.4 Presentación de Caso 4

DATOS GENERALES

- Nombre: H.Y.A
- Sexo Masculino
- Edad: 14 años
- Estado Civil soltero
- Profesión: estudiante
- Ocupación y lugar de trabajo: repartidor de Gas
- Religión: Ninguna
- Referida por: Instituto de la Defensa Pública Penal “adolescentes en conflicto con la ley”

MOTIVO DE CONSULTA

El paciente refiere “Tenido problemas familiares estoy arrepentido de lo que hice, no me gusta hablar del tema”.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo con la información obtenida, el proceso de evaluación y el examen mental, una falta de apoyo significativa, así como conflictos internos debido a sentimientos de frustración y ansiedad, diversos malestares físicos en momentos de tensión y estrés, le preocupa lo que suceda en el juicio y lo que dictamen para él. Tiene dudas y no sabe cómo actuar en los problemas futuros, y estar bajo presiones tanto en su casa como fuera de ella.

Presenta diversos malestares físicos que no han sido atendidos como los problemas de la vista, esto podría relacionarse como algo psicossomático. Ante esta situación el paciente presenta sentimientos de inseguridad y frustración. El paciente refiere que en ocasiones se enoja bastante con su madre ya que ella lo quiere mandar y no lo deja tomar sus decisiones.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: F91.8 Trastorno Disocial (312.8)

EJE II: Sin Diagnóstico

EJE III: Sin Diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, por violencia intrafamiliar en la niñez, así como una mala relación y comunicación con su madre, desencadenando problemas de índole legal por delito de violación agravada, causado muchos problemas psico-emocionales.

EJE V: EEAG= 58

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Desviación Sexual	Evaluar y conceptualizar los problemas del paciente. Modificar las distorsiones cognitivas.	Identificar distorsiones cognitivas y antecedentes traumáticos en la niñez.	3
Falta de Límites y sentimientos de agresión reprimida	Facilitar el conocimiento y el desarrollo de estrategias de relación apropiadas para tratar la ira.	Conocimiento sobre la asertividad. Se proporcionan herramientas para promover las conductas positivas y emociones afectivas.	3
Ansiedad	Reducir los niveles de ansiedad y mejorar la relación en la dinámica familiar	Técnicas de para motivar las relaciones interpersonales, reducir el estrés, ansiedad y frustración.	3
		Técnica de Perdón, para cerrar círculos de sucesos negativos.	2

4.5 Logros en el proceso de práctica

Los pacientes atendidos estuvieron en las sesiones necesarias y con la disponibilidad en tiempo y de compromiso para lograr cambios positivos así como las nuevas formas de actuar en su vida personal y en su entorno.

4.6 Fortalezas

- Ambiente agradable
- Disposición
- Trato con educación, armonía y respeto

Conclusiones

- En Guatemala, se utilizan diversos modelos psicoterapéuticos, en el plano cognitivo la adolescencia trae consigo la consolidación del pensamiento lógico formal lo que le permite aplicarlo ahora a su vida personal, comprender y captar valores universales, al igual que le permite planificar su futuro o hacer una elección vocacional de forma realista de acuerdo a sus posibilidades. Otra característica de este plano es la extroversión donde el adolescente, que ya ha logrado su identidad como ser único, dirige su interés hacia la realidad lo que le permite desarrollar sentimientos altruistas.
- Los modelos psicoterapéuticos se basan en principios comunes que operan en cualquier relación de ayuda. Los adolescentes necesitan el apoyo de la familia asistiendo junto con ellos a terapia y mostrar apoyo mutuo dentro de la dinámica familiar.
- Los problemas más frecuentes encontrados en los adolescentes atendidos se pueden mencionar los problemas de conducta, problemas de baja autoestima, ansiedad y depresión.
- Los resultados obtenidos de los tratamientos aplicados en los adolescentes atendidos fueron positivos, cada uno de ellos se comprometieron a cumplir el plan de tratamiento junto con la familia y esto hizo que hubiera un cambio significativo como persona y como miembro integral de la familia y la sociedad.

Recomendaciones

- Implementar recursos educativos para la promoción de la salud mental en los adolescentes.
- Promover la adquisición de habilidades sociales.
- Brindar una psicoeducación a los adolescentes y tener un seguimiento para que se mejore la calidad de vida de cada uno de ellos (as) y sus familiares.
- Realizar más talleres para padres de familia con el fin de mejorar la dinámica familiar.
- La principal característica de la afectividad de los trastornos de conducta es la falta de control del adolescente de sus emociones en relación a su baja tolerancia a la frustración

Referente Bibliográfico

- Aguilar, G. y Berganza, C. (1990). *Validación de Escala de Depresión para Niños y Adolescentes del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DC) para el diagnóstico de la depresión de adolescentes guatemaltecos*. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 8, 75-84.
- Aguilar, G., Eduardo, H. y Berganza, C (1996). *Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos*. Revista Latinoamericana de Psicología, 28 (2), 341-366.
- Berganza, C. y Aguilar, G. (1992). *Depression in Guatemalan Adolescents*. Adolescent 27, 771-782. Edition Guest.
- Berganza, C., Aguilar, G., Uriaes, J. y Kriete, F. (1987, mayo). *Actitud hacia las drogas en la población escolar guatemalteca: Efectos de un programa de intervención*. Documento presentado en la Universidad Francisco Marroquín, Guatemala.
- Di Caprio, N. (1976) *Teoría de la personalidad*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002a). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Vol. 1: Con ejercicios del profesor. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002b). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Vol. 2: Cuaderno de ejercicios para el alumno. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Frick, W. (1973) *Psicología humanística*. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- Gelfand, D.M y Hartmann, D.P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Editorial:Pirámide,
- Huber, Ch. y L. Baruth (1991) *Terapia familiar racional-emotiva*. Barcelona: Editorial Herder.
- López-Ibor, Juan J. y Valdés, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

- ONU – Organización de Naciones Unidas (1997). *Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad*. Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas/División de Estadísticas sobre Grupos E especiales de Población, Serie Y, No. 8.
- Rogers, C. y Mariam Kinget (1971) *Psicoterapia y relaciones humanas* (dos tomos). Madrid: Alfaguara.
- Rogers, C. (1972) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1978) *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.
- Rogers, C. y otros (1980) *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Editorial: Gedisa.

ANEXOS

Anexo I

Programa de la Práctica Profesional Dirigida

Propósito del Curso

La Práctica Profesional Dirigida es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social, siendo un requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, en el cual 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 en donde se puede 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.

3.2 Objetivo General

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.

3.3 Objetivos Específicos

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante hacer un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.

- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica con un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en el actuar durante la práctica.

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

3.5 Formas o Técnicas de Evaluación

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

- Cada inicio de trimestre se les entrega un memo, abordando las áreas que deben reforzar y sobre las cuales se evalúa.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tantos aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Anexo II
Informe de horas realizadas

Instituto de la Defensa Pública Penal de Guatemala

Nombre del supervisor (a): Licda. María del Carmen Baldizón

Fecha de Inicio: 27 de Abril de 2012

Fecha de Finalización: 26 de Octubre de 2012

FECHA DE ASISTENCIA	ENTRADA	SALIDA	TOTAL DE HORAS
27/04/2012	8:00	3:30	7 horas ½
04/05/2012	8:00	3:30	7 horas ½
11/05/2012	8:00	3:30	7 horas ½
18/05/2012	8:00	3:30	7 horas ½
25/05/2012	8:00	3:30	7 horas ½
01/06/2012	8:00	3:30	7 horas ½
08/06/2012	8:00	3:30	7 horas ½
15/06/2012	8:00	3:30	7 horas ½
22/06/2012	8:00	3:30	7 horas ½
06/07/2012	8:00	3:30	7 horas ½
20/07/2012	8:00	3:30	7 horas ½
27/07/2012	8:00	3:30	7 horas ½
03/08/2012	8:00	3:30	7 horas ½
17/08/2012	8:00	3:30	7 horas ½
31/08/2012	8:00	3:30	7 horas ½
07/09/2012	8:00	3:30	7 horas ½
21/09/2012	8:00	3:30	7 horas ½
28/09/2012	8:00	3:30	7 horas ½
05/10/2012	8:00	3:30	7 horas ½
12/10/2012	8:00	3:30	7 horas ½
26/10/2012	8:00	3:30	7 horas ½

TOTAL DE HORAS TRABAJADAS: ciento cincuenta y siete horas

Anexo III

Fotografías del Instituto de la Defensa Publica Penal z.1

