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

Violencia Intrafamiliar realizada en la procuraduría de los Derechos Humanos

(Informe de práctica profesional dirigida)

Ada Rocina Chavarria

Guatemala septiembre, 2010

Violencia Intrafamiliar realizada en la procuraduría de los Derechos Humanos

(Informe de práctica profesional dirigida)

Ada Rocina Chavarria (Estudiante)
Licenciada. Sonia Pappa (Asesora)

Guatemala, septiembre de 2010

UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Ada Rocina Chavarría
Estudiante de la Licenciatura en
Psicología y Consejería Social
de esta Facultad, solicita autorización
para realizar Práctica Profesional
Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Guatemala, febrero 2009

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar Informe Final de Practica Dirigida, que es requerido para obtener el título Licenciatura en Psicología y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría de los Derechos Humanos,** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.

2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).

3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Sonia Pappa como Asesor-Tutor, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
FACULTAD DE LA EDUCACION
DECANO
GUATEMALA

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, noviembre de dos mil nueve. –

En virtud que el ***Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en la defensoría de la mujer, área de los Derechos Humanos,*** *presentado por la estudiante*

Ada Rocina Chavarria

quien se identifica con número de carné 0402- 01-2005562 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejeria Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente ***Dictamen Favorable*** *para que continué con el proceso correspondiente.*

Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, a los catorce días del mes de agosto del año de dos mil diez. --

En virtud de que el Informe Final de Práctica Dirigida con el tema **Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría de los Derechos Humanos,** Presentada por el estudiante: **Ada Rocina Chavarría,** 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 se continué con el proceso correspondiente.

Licda. Karen Dubón
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala a los veinte días del mes de agosto del dos mil diez--------

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema **Violencia Intrafamiliar realizada en la Procuraduría de los Derechos Humanos,** Presentado por la estudiante **Ada Rocina Chavarría**, 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 Práctica Profesional Dirigida.

M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE LA EDUCACION DECANO DE GUATEMALA

RECONOCIMIENTO A LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA ESTUVIERON INVOLUCRADAS (OS) EN ESTE TRIUNFO

A: DIOS

por ser la luz que ilumina mi camino y darme la oportunidad de vivir y la sabiduría para llegar a este momento

A: mi madre con todo el amor mundo

Francisca Graciela Chavarria, por ser la primera que me inspiro para culminar mis estudios por sus palabras motivadoras y su gran amor por mi; mil gracias madre y BENDICIONES PARA TÍ

A. mis adorados hijos e hijas

Leslie, Cindy, Heber y Luis Gustavo por ser la razón y la motivación de mi vida

A: mí querido esposo

Rigoberto Rosales Cerna por su apoyo y comprensión

A: mis queridos hermanos

Enrique Raquel Sagastume, por su gran apoyo y motivación

Gonzalo Echeverria por su motivación

A: mí querida hermana

Lily Echeverria por sus palabras de ánimo y amor

A: mi amiga y compañera de estudios

Evelin Elizabeth Calderón Alegría, por su apoyo y palabras de aliento en los momentos difíciles, con todo cariño, estima y respeto

A: un gran amigo y padrino de graduación

A: LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA; que Dios bendiga a todos y todas las y los Licenciados que me acompañaron en todo el proceso de mi formación académica

QUE DIOS LOS BENDIGA SIEMPRE

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1. Marco de referencia	4
1.1 Descripción de la institución	4
1.2 Misión	5
1.3 Visión	5
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que atiende	7
1.7 Planteamiento del problema	7
2. Capítulo 2. Referente teórico	8
2.1Derechos humanos	8
2.2 Violencia	11
2.3 Psicopatología	34
2.4 Psicodiagnóstico	40
2.5 Psicoterapia	
3. Capítulo 3. Referente Metodológico	51
3.1Programa de la práctica	51
3.2Cronograma de práctica profesional dirigida	53
3.3Planificación general	56
3.4Subprogramas	60
4. Capítulo 4. Presentación de resultados	64
4.1Programa de atención de casos	64
4.2Programa de aplicación de proyecto de salud mental	75
4.3Gráficas y análisis de resultados	80
4.4Análisis de datos	82

Conclusiones 83
Referencias 84
Anexos 86

Anexo 1. Cartas de la Práctica Supervisada
Anexo 2. Fotografías tomadas en el proyecto de salud mental
(Barrio San Antonio zona 6)
Anexo 3. Fotografías Tomadas en el Centro de Práctica
Anexo 4. Organigrama de Estructura de Procuraduría de los Derechos Humanos

Resumen

La Práctica Profesional Dirigida es una experiencia en la que la teoría se aplica con la práctica, dejando experiencias muy interesantes, el contacto que se tuvo con las personas que asisten en busca de apoyo psicológico y la relación con el personal del centro de práctica así como los profesionales de la salud mental del hospital Federico Mora.

El informe contiene toda la experiencia recabada durante el proceso de atención de casos en el centro de práctica, también refleja los logros alcanzados y las actividades que se realizaron según lo planificado y las experiencias al compartir con los otros centros que atendieron el resto de compañeras estudiantes.

Por otra parte el informe explica las estrategias, técnicas y algunas historias clínicas de pacientes con problemas emocionales y el abordaje de los mismos.

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida se realizó durante el período de marzo a septiembre del 2009 en el área de la defensoría de la mujer dependencia de los Derechos Humanos.

El siguiente trabajo da a conocer las fases del proceso de la realización de la práctica como la fase de inducción, conocimiento del contexto del centro de práctica y su estructuración, la segunda fase es el conocimiento de los problemas psicopatológicos que se vieron en la práctica y la profundización de las áreas que integra la psicología como: psicodiagnóstico, psicopatología y psicoterapia.

La tercera fase es la presentación de los diferentes programas que se desarrollaron durante el proceso como: planificaciones, actividades y la atención de casos. La cuarta fase es la presentación de los resultados del desarrollo de la práctica, el cual se describe y se visualiza a través de gráficas.

Durante la experiencia en el proceso del desarrollo de la práctica se observó que lo que hace al verdadero profesional en el campo de la psicología es el enfrentarse a la realidad y estar consciente que los pacientes esperan de uno una luz de esperanza a sus conflictos.

Síntesis descriptiva

Desarrollar la teoría a través de la práctica es una experiencia totalmente enriquecedora, la cual permite enfrentarse a la realidad en diferentes contextos, problemáticas y personalidades; escenarios con los que se enfrentan los profesionales como los psicólogos, terapeutas y quienes acuden en busca de apoyo.

En la atención de casos que se tuvo en el proceso se vieron diferentes tipos de problemas, es interesante darse cuenta como cada uno requiere un trato especial y único; la mayoría de conflictos están relacionados con la pérdida de valores y respeto de las personas, esto motiva a hacer acciones que promuevan el rescate de los mismos y que como profesionales se tiene la responsabilidad de incentivarlos.

Capítulo 1
Marco de referencia

Introducción

El capítulo contiene información que se obtuvo en el centro de Práctica en el área de la Defensoría de la Mujer durante el proceso de inducción; el cual incluye el conocimiento del centro, funcionamiento, estructuración y población que atiende. Para obtener la información del mismo se elaboró una guía de entrevistas la cual se le pasó al personal que trabaja en dicha área. Por otra parte se describe la institución y su funcionamiento, así como su organigrama.

1.1 Descripción de la institución

La defensoría de la mujer es un área de la procuraduría de los Derechos Humanos (dependencia del estado). Dicha área se caracteriza por darle atención a las necesidades de las mujeres y en especial a atender a las personas sobrevivientes de la violencia y asesorar, acompañar y referir a las sobrevivientes en caso de poner denuncias si el caso lo amerita.

Es una instancia creada por el procurador de los derechos humanos en 1991 e institucionalizada en 1998. Su propósito es tutelar, defender y promover los derechos humanos de las mujeres en Guatemala.

Se ha convertido en una unidad sólida, representativa y legítima que enlaza esfuerzos con el movimiento de mujeres, la Sociedad Civil y las instituciones del Estado; monitorea y verifica la vigencia plena de los derechos de las mujeres, contribuyendo a la construcción y consolidación de la justicia, la cultura de paz y la democracia en el país.

1.2 Misión

La misión del Procurador de los Derechos Humanos, se deriva de la Constitución Política de la República que afirma y reconoce la primacía de la persona humana como sujeto y fin del orden social. Su misión es promover el buen funcionamiento y agilización de la gestión administrativa gubernamental en materia de derechos humanos, analizar e investigar las denuncias de las víctimas de violencia de sus derechos humanos y protegerlas, promover y educar en materia de derechos humanos, mantener comunicación y participar en eventos con organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, nacionales, extranjeras e internacionales, encargadas de la defensa y promoción de los derechos humanos.

1.3 Visión

La Procuraduría de los Derechos Humanos es una institución con prestigio, credibilidad, apoyo, colaboración por parte de la sociedad, cuenta con fortaleza institucional, eficiencia y eficacia para hacer frente a la defensa, protección, promoción, educación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de solidaridad, así como a la supervisión, de la administración pública y apoyo a la gobernabilidad del país.

1.4 Organigrama (ver anexo No.4)

1.5 Objetivos

1.5.1Objetivo general

Promoción de un nuevo modelo de atención de los Derechos Humanos del cual en forma sistematizada y ordenada generen diferentes acciones, actividades, procesos operativos programas o proyectos, que a través de la instancia del Procurador contribuya a la promoción, procuración de los derechos humanos y atención a la víctima, fortaleciendo la reconstrucción del tejido social, con una cultura de paz democrática y justicia social.

1.5.1.2 Objetivos específicos

- Propiciar la plena participación, consciente, activa e influyente de todos los miembros de la sociedad civil para la formación de manera integral de políticas públicas y de forma descentralizada desde los ámbitos local municipal departamento, regional y nacional.
- Creación de condiciones para fortalecer los procesos de acompañamiento verificación y seguimiento en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz.
- Implementación de una plataforma nacional para el abordaje de las causas estructurales que generan la violencia (salud, educación, trabajo, vivienda, seguridad ciudadana y ambiente) atendiendo inicialmente a los municipios de alto riesgo.
- Velar por el respeto de los Derechos Humanos, especialmente de los pueblos indígenas, por una sociedad pluricultural y multiétnica.
- Fortalecer la investigación científica sobre la conflictividad social para incidir en la verificación y control de la administración pública, con acompañamiento de la sociedad civil.
- Desarrollar y fortalecer la vigencia y materialización de los derechos humanos por medio del logro de los satisfactores a las necesidades humanas de manera participativa.
- Prevenir generar las condiciones integrales que garanticen de forma efectiva la vigencia sostenible de los derechos humanos, evitando de esa forma la existencia de víctimas.

1.5.1.3 Objetivos estratégicos

Están constituidos por las ocho áreas estratégicas de la política del Procurador de los Derechos Humanos:

- Fortalecimiento y desarrollo institucional.
- Defensa y protección de los Derechos Humanos.
- Promoción y Educación en Derechos Humanos.
- Supervisión a la Administración Pública.
- Fortalecimiento de las relaciones con la sociedad civil e Instituciones del Estado.
- Promoción de la gobernabilidad, la seguridad la Justicia y la paz.
- Fortalecimiento de las Relaciones Internacionales y de la Cooperación.
- Derechos Humanos al acceso a la información.

1.6 Población que atiende

La Defensoría de la Mujer atiende específicamente a mujeres sobrevivientes de violencia y unos que otros casos de niños, muy raras veces casos de hombres maltratados por violencia intrafamiliar.

1.6.1 Descripción de la población

La mayor población que atiende el área de la defensoría, en cuanto a la situación económica es de baja y muy baja situación socio económico a mujeres y niños de etnia ladina e indígena.
Por otra parte la Defensoría atiende con mayor énfasis los casos de mujeres, las cuales son referidas a las diferentes dependencias que atiende la Procuraduría de los D.H. Por ejemplo: PROPEVI, CAIMUS, (albergues), área de seguimiento Ministerio Público, Juzgado de Familia, Juzgado de Paz etc.

1.7 Planteamiento del problema

Dada la situación de violencia que se vive en Guatemala, se considera necesario que existan centros de atención psicológica, la defensoría de los Derechos Humanos es un espacio donde la población más vulnerable son las mujeres, la violencia es un fenómeno que se da en todos los niveles sin importar sexo, color, religión, ni posición social.

Es importante informar a la población de las secuelas que dejan los tipos de violencia a nivel físico y psicológico.

Capítulo 2

Referente teórico

En este capítulo se presenta la información necesaria para aplicar conocimientos durante la práctica profesional del quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social realizada en la Defensoría de la Mujer dependencia de los Derechos Humanos de Guatemala. Entre los temas principales estudiados estuvieron los siguientes: violencia contra la mujer y la defensa de los derechos de las mismas.

Así también se definen temáticas importantes como psicopatología y algunos trastornos, métodos de psicodiagnóstico y psicoterapia, con algunas formas de tratamiento. Se retroalimentaron algunos problemas de los seres humanos como: depresión, ansiedad, impotencia sexual, frigidez, casos de infidelidad etc.

2.1. Derechos Humanos

Son un conjunto de normas, reglas y principios, que garantizan una vida digna a todas las personas; estos derechos deben ser respetados y reconocidos por el estado, para gozar de un nivel de vida adecuado y decoroso, el cual las autoridades tienen la obligación de proteger y vigilar, lo que además está dicho en las leyes de nuestro país. Como lo dice el artículo 1, El Estado de Guatemala se garantiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es la realización del bien común.

El artículo3 dice que: El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona. Esto lo explica mejor el artículo 4. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos, el hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades, ninguna persona puede ser sometida a servidumbre que menos cabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí. Es por eso que se realizan leyes específicas en favor de la mujer para la erradicación de la discriminación de género.

2.1.1 Derechos de las mujeres

En los derechos de la mujer se promueve que “Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos; los derechos humanos no se pierden ni se pueden negar. La equidad de género es la igualdad de derechos, oportunidades y obligaciones entre hombres y mujeres. Las mujeres tenemos derecho a ser respetadas, hacer tratadas con igualdad de condiciones; el concepto genero nos permite diferenciar lo que es el sexo”. Según la Ley de erradicación de la violencia

Las normas son reglas y principios que se siguen en todo momento, representados en las leyes que rigen el comportamiento de la sociedad, éstas se practican dentro de los grupos.

El derecho es un conjunto de normas que deben respetarse en la sociedad, reglas de comportamiento. Es le conjunto de principios, preceptos y reglas a que están sometidas las relaciones humanas en todo grupo de personas, que pueden ser forzados a cumplirse.

2.1.2 Ley para prevenir sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar

Considerando que el Estado de Guatemala garantiza la igualdad de todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos y que el hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades.

Considerando que el problema de la violencia intrafamiliar, es un problema de índole social, debido a que todas las relaciones desiguales existente entre los hombres y mujeres en el campo social, económico, jurídico, político y cultural. Considerando que el Estado de Guatemala en el artículo 47 de la Constitución Política de la República garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia.

Considerando que se hace necesario tomar medidas legislativas para disminuir y con posterioridad poner fin a la violencia intrafamiliar, que tanto daño causa a la sociedad guatemalteca, y contribuir de esta forma a la construcción de las familias basadas en la igualdad y el respeto a la dignidad humana de hombre y mujeres. Se decretó la siguiente

2.1.3 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar

Esta ley promueve la erradicación de la violencia intrafamiliar. El Artículo 1 dice que: “la violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico y patrimonial tanto en el ámbito público como en el privado a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o convivientes o ex conviviente, cónyuge o ex cónyuge con quien se haya procreando hijos”.

2.1.4 Protección del estado a la familia

En la ley de erradicación de la violencia intrafamiliar según los siguientes artículos se encuentra que:

El Artículo 7 refiere: “Guatemala está formada por diferentes pueblos con diversas formas de vida, de costumbres, de tradiciones e idiomas que tienen su fundamento en la familia. Pero lo que el Estado protege y respeta a la familia, la identidad, el desarrollo, o historia y cultura de dichos pueblos que habitan en el territorio nacional.”

Artículo 8. Con el propósito de dar un ambiente seguro para eliminar la discriminación y la violencia contra la mujer, el Estado revaloriza el matrimonio, la maternidad y establecerá una forma de protección para:

a) Elegir libremente a su marido, esposo o compañero de vida, casarse, divorciarse o separarse, tener o no hijos e hijas, elegir de común acuerdo con él, el número de hijos e hijas que desean procrear, recibir educación sexual y reproductiva.

b) Elegir la profesión u ocupación que desee a tener la custodia de los hijos e hijas, a adoptar niños y niñas. Y a elegir apellido.

c) Hacer trámites y que se les conceda bienes. Deberán tomar medidas para que exista una educación familiar, en las que se les reconozca las responsabilidades comunes de hombres y mujeres en la elaboración de tareas domésticas crianza y cuidado de los hijos e hijas.

Artículo 9. “El estado garantiza a las mujeres la edificación nacional en forma de equidad, esto quiere decir que se consideren las mujeres con sus limitaciones y cualidades dándoles las oportunidades en todos los grados de la educación pre-primaria, primaria, secundaria y universitaria”.

Además favorecer el respeto y valorización de las identidades culturales sin afectar la unidad de la nación.

- Cubrir y ampliar la educación escolar en el territorio nacional, en todos los niveles, facilitando a las mujeres acudir y terminar sus estudios universitarios.
- Los cursos contendrán el valor de la cultura y de género, valorizando el papel de la mujer.
- Las estudiantes indígenas utilizarán el traje típico que les corresponda en sus centros de estudio y podrán dejarlo de usar cuando así lo quieran.
- Garantizar a la mujer igualdad de oportunidades y facilidades para obtener becas de estudio, créditos educativos y especialidades.

2.2 Violencia

La violencia en Guatemala es uno de los fenómenos que afecta grandemente a toda la población y en especial a las mujeres y los jóvenes de todo el país. La violencia afecta física y emocional mente a las personas, provocando efectos de gran impacto en las relaciones interpersonales y su contexto social.; ha esto se debe que muchos jóvenes no tienen atención en sus casas y encuentran una mala orientación en la calle. La violencia es uno de los fenómenos que afecta a la sociedad y la población más vulnerable son los niños y los jóvenes, esta se refleja en todos los estratos sociales políticos y económicos.

2.2.1 Violencia intrafamiliar

Violencia intrafamiliar es una acción u omisión que de manera directa o indirecta que causare daño o sufrimiento, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito publico como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o convivientes o ex convivientes, conyugue o ex conyugue, o con quien se haya procreado hijos. (Decreto No. 97 96 del congreso de la República de Guatemala). Son acciones que producen intimidación, castigo y humillación y que mantienen a la otra persona en un papel de estereotipo negándole

su dignidad de persona humana. La violencia intrafamiliar atenta contra los derechos humanos de las personas ya que reviste formas de tortura, cautiverio, violencia o esclavitud sexual (como violación) para provocar el temor y la intimación de las víctimas y mantener el control sobre ellas.

Se manifiesta en dos direcciones

- Hacia las mujeres
- De adulto hacia menores

El lugar donde más se ejerce es la casa u hogar.

La violencia intrafamiliar se extiende más allá de los comportamientos violentos: incluye valores, creencias y actitudes aprendidas que se transmiten de generación en generación independientemente el nivel económico, social, cultural, educativo, étnico, religión y político. El proceso de socialización de la violencia intrafamiliar se inicia con el aprendizaje de roles estereotipos en la familia, roles que son reforzados en otras esferas de la vida social, como las escuelas, las iglesias, los grupos sociales, y a través de la exposición sistemática de los medios de comunicación.

2.2.2 Violencia de género

El proceso de socialización de la violencia intrafamiliar se inicia con el aprendizaje de roles estereotipados en la familia, roles que son reforzados en otras esferas de la vida social, como en las escuelas, las iglesias los grupos sociales y atreves de la exposición sistemática de los medios de comunicación.

Se refiere a las creencias, ideas, prejuicios, y opiniones preconcebidas, impuestas por el medio social y la cultura. Al hablar de hombre y mujer debe tenerse bien clara la diferencia entre sexo y género. Sexo se refiere al conjunto de elementos biológicos naturales que nos diferencian física y anatómicamente según seamos mujer y hombre; estas diferencias básicas se establecen al momento de concebir con la unión de los cromosomas. Se refiere al conjunto de características físicas de las personas hombres y mujeres. Género se refiere a ideas, creencias, comportamientos, sentimientos, actividades, normas, valores, y reglas rígidas que

el sistema social impone durante los diferentes procesos de socialización, a través de la familia, la religión, los medios de comunicación, el mercado de trabajo, asociaciones y grupos.

Entre sus diferentes formas puede ser:

a) Abuso sexual

El abuso sexual es la violación a los derechos de los niños el cual debe ser penado por la ley; no importando si es pariente o no el que lo comete. Son muchas las razones por las que se comete este acto ilícito. La perdida de los valores y los principios en la sociedad es una de las razones por las que esta problemática se da con tanta frecuencia y un alto porcentaje son cometidos por los mismos parientes de los niños.

Es toda acción de tipo sexual impuesta a un niño o aun adulto por una persona. Algunas de sus formas son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual (violación o incesto.). El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor.

Características:

- El abuso sexual debe ser considerado independiente de otras formas de abuso
- El deseo sexual del adulto es el impulso principal
- Habitualmente eligen víctimas del otro sexo.
- Son precoces: casi la mitad tuvo su primer comportamiento de abuso antes de cumplir 16 años.
- Suelen ser reincidentes y actúan más en las ciudades que en las zonas rurales
- Aparentemente son personas normales, pero presentan problemas de socialización y serias carencias en valores sociales.
- Suelen ser agresivos o retraídos y muy insensibles.
- No saben seducir a sus iguales

- Tienen una escasa capacidad para ponerse en el lugar de otros y compartir sus sentimientos (empatía).
- En la mitad de los casos son desconocidos. En la otra mitad, se trata de familiares o conocidos de las víctimas, lo que representa un porcentaje inferior al que se registra en las sociedades anglosajonas.
- Sólo en un 10 por ciento de los casos usan la violencia. Habitualmente recurren al engaño, tratan de ganarse la confianza de las víctimas o se aprovechan de la confianza familiar, utilizan estrategias como el factor sorpresa, les amenazan o les dan premios o privilegios de diferente tipo.
- La mayoría son pedófilos, es decir, adultos que se sienten orientados sexualmente exclusiva o preferentemente por los niños.

La violencia sexual contra las personas menores de edad es un fenómeno complejo, dentro del contexto histórico, social y cultural de una sociedad patriarcal donde los niños, niñas y adolescentes son considerados aún como objetos y no como sujetos. (Los abusadores o pedófilos) actúan por razones muy diversas: porque no son capaces de controlar su conducta o por una falta de habilidades sociales para resolver sus necesidades sexuales con otros adultos. El primero, y más numeroso, está formado por los agresores que usan el engaño, la persuasión o la presión psicológica para conseguir que los niños acepten este tipo de conductas. El engaño y el chantaje emocional son las estrategias más frecuentemente utilizadas por los agresores. Estos agresores no usan la violencia, sino que, basándose en su autoridad de adultos, padres, maestros, etc., consiguen involucrar a los niños en actividades sexuales. En este grupo estarían: Los pedófilos. Son sujetos inmaduros que no son capaces de adoptar pautas de comportamiento sexual adulto. Son adultos que mantienen actividad sexual con otros adultos. Llevan una vida sexual aparentemente normal, pero en determinadas circunstancias abusan sexualmente de menores debido a conflictos matrimoniales, insatisfacción sexual, baja autoestima, especialmente en el campo sexual y sobre todo, abuso del alcohol u otras drogas.

I. Síntomas emocionales

Desconfianza, miedo, hostilidad, abandono del hogar, conducta antisocial.
Vergüenza, culpa, estigmatización, baja autoestima e histeria.
Ansiedad, angustia, depresión, etc.
Exceso de curiosidad, precocidad de conductas, prostitución infantil.
Problemas del sueño y/o comida, problemas escolares y falta de concentración.

II. Síntomas físicos

Moretes, heridas o mordidas sin causa alguna en diferentes partes del cuerpo
Enrojecimiento, laceraciones o incluso sangramiento en los genitales o dolor y comezón en esta área.
Contusiones o hemorragias en los genitales externos.
Incontinencia urinaria o infecciones urinarias frecuentes que avanzan con rapidez.
Trastornos del sueño, insomnio o pesadillas recurrentes.

- Enfermedades venéreas.
- Cambio abrupto de peso.
- Dificultades para caminar o sentarse

III. Conducta

- Intranquilidad., ansiedad y llanto inexplicables, insomnio, pesadillas, falta de apetito, fugas crónicas, desconfianza.
- Regresiones. Retraimiento. El niño se aísla de otros, se aparta del grupo, apático
- Dificultades en la escuela; bajo rendimiento, dificultad para concentrarse, ausentismo
- Mensajes confusos El niño se niega a ir a casa de un amigo o pariente sin razón aparente

b) Violencia doméstica

La violencia en general y también la intrafamiliar o doméstica, ocurre en relaciones donde no existe igualdad; es decir, se comete en función de una posición de mayor poder o privilegio en contra de una persona que por sus características individuales o sociales, se encuentra en una posición de subordinación o dependencia, por cualquier motivo que sea: razón de genero, edad, color de la piel, religión, posición económica o social, opiniones, etc.

El elemento central que define la violencia intrafamiliar o doméstica están el tipo de relación existente, entre la persona que sufre la agresión y quien la ejecuta. Involucra seres humanos en una de las siguientes relaciones:

- Adulto _____adulto
- Adulto _____niño (a)
- Adulto _____anciano (a)
- Niño _____ niño (a)

De manera más específica, la diferencia entre violencia intrafamiliar y otros tipos de maltrato, radica en la existencia de un contacto íntimo entre las personas mencionadas.

El vínculo obedece, por lo general, a un lazo familiar o de pareja. Sin embargo, esto puede ocurrir en el hogar (ámbito privado), en la calle, trabajo, escuela, etc.(ámbito publico). También se considera como parte de ella, cualquier tipo de agresión que ocurra en grupos que satisfagan para sus integrantes, las necesidades efectivas, de protección y cuidado que, tradicionalmente, son responsabilidades de la familia.

Se considera violencia intrafamiliar a todo acto de naturaleza o abusiva o de negligencia contra niños, niña, adolescentes, personas adultas, ancianas o con alguna discapacidad, que se presente al interior de una familia biológica o adoptiva. Los actos de naturaleza abusiva que el padre o la madre ejerza en contra de un hijo o hija; los que ejerzan; los que ejerza un hijo o hija en contra de sus s padres; los que ejerzan los hermanos entre si.

2.2.3 Victimología

La victimología, también es parte de la naturaleza humana como un conjunto de las cosas corpóreas y los fenómenos vinculados a ella; tomando en cuenta que la necesidad humanas es todo aquello que necesita una persona para atender su vida; proporcionándole todos los satisfactorios internos y externos que le provocan ese bienestar. Por lo expuesto anteriormente, se pueden exponer varias definiciones relacionadas al tema:

Ciencia que estudia a la víctima de un delito, auxiliar de la ciencia en derecho penal.
Elemento personal que sufre las consecuencias de un delito, es un ser humano que debe de dársele la atención pertinente y que además es importante para la investigación y condena del responsable. Se deben estudiar las condiciones y aspectos de la personalidad de quien resulte víctima de un delito, desde el punto de vista preventivo, emotivo, biológico, psicológico y sociológico.
En este tema algunos términos importantes para conocer son:

a) Víctima

Se llama así a la persona que sufre violencia injusta en sí o en sus derechos. Es el ser humano que padece daño en los bienes jurídicamente protegidos: vida, salud, propiedad, honor, honestidad, etc. por el hecho de otro e incluso por accidente debido a factores humanos, mecánicos o naturales,
Una víctima es una persona que individual o colectivamente ha sufrido daños, incluido lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas financieras o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Este concepto es aplicable a todas las personas sin distinción alguna, ya sea de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra índole, creencias o prácticas culturales, situación económica, nacimiento o situación familiar, origen étnico o social o impedimento.

b) Clases de víctima

a. Directa: son aquellos seres humanos que reciben directamente el daño o perjuicio causado por el hecho delictivo, en su integridad física o en sus propiedades.
b). Indirecta: son aquellos seres humanos, que sin ser ellos los afectados en su integridad física, propiedad o bienes, sufren las consecuencias de un hecho delictivo, en virtud que son parte del núcleo familiar principalmente, de la víctima directa.

c) Victimario

Dentro de una acción delictiva, siempre está presente el electo personal, que en derecho penal, se le denomina sujeto activo del delito, y es quien produce daño a otra como resultado de su acción jurídica.

Oficina de Atención a la víctima de delitos de la Policía Nacional Civil

2.3 Psicopatología

Aristóteles, dijo que el alma humana tiene dos facetas: la racional (la que piensa) y la irracional. Son interpretaciones muy simples, Sin embargo, para aquella época, eran unas ideas muy adelantadas para su tiempo.

Es la disciplina que se ocupa de la descripción y análisis de síntomas, en su clasificación e individualización *nosografiíta* de los trastornos mentales.

Estudio de los problemas de conducta conciencia y comunicación considerados como procesos patológicos de la vida psíquica. Es una ciencia positiva que estudia la psique enferma. Es también denominada la psicología de los procesos anormales o de las conductas desviada.

Es la rama de la psicología que estudia la causa y naturaleza de las perturbaciones del comportamiento humano y de las enfermedades mentales.

2.3.1 Antecedentes

La psicopatología vista desde el punto de vista de los historiadores, tienen como objetivo entender como sentían y vivían las personas desde los tiempos antiguos hasta nuestros días. La historia de la psicopatología se vienen desarrollando desde época griega, el imperio romano edad media hasta el siglo catorce con el mundo árabe luego en Europa el renacimiento y las diferentes corrientes psicopatológicas.

Durante la época griega los enfermos mentales peregrinaban a los templos a rezar para curarse. En una buena parte de la cultura, griega se entendía la locura como posesión de un demonio. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen hablar y describir enfermedades con un origen físico. Es en esta época cuando aparece el juramento Hipocrático. Hipócrates dice que algunas enfermedades mentales tienen origen en el cuerpo; habla de la depresión post parto, los delirios por infecciones etc. Describe perfectamente los cuadros

febriles de los procesos infecciosos, cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia, entre otros.
Hipócrates dice que la enfermedad mental tiene un origen somático. Encontró una explicación de la enfermedad mental, como causas biológicas.

Para los romanos los trastornos mentales eran pasiones y deseos insatisfechos que implicaban en enfermedad mental. La locura como atenuante de la imputación de responsabilidad por acciones delictivas: pero era el juez no el médico el que decía si estaba loco o no.

Galeno (130-200 D.C) médico famoso. Reunió y coordinó todo el conocimiento médico de sus predecesores. Describió las enfermedades mentales y habla de "Trastornos Mentales". Localizó el alma racional en el cerebro. Sus estudios de las lesiones cerebrales le llevaron a postular que las lesiones encefálicas de un lado se corresponden con alteraciones en las extremidades del lado opuesto.

En Francia, *Philippe Pinel*-(1745-1826), clasifica las enfermedades en 4 tipos: Manía (dice que no posee lesión orgánica (sería neurosis), Melancolía, Idiocia y Demencia (Explica el origen de estas enfermedades por la herencia y las influencias ambientales); acuña el término de Personalidad anormal; cambia la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales: defensor del tratamiento moral: "liberó a los pacientes de sus cadenas", se pedía participar al paciente en tareas terapéuticas estructuradas. Admite que los trastornos son debidos a la herencia y el ambiente.

Tomás de Aquino, tomó una posición organicista, es decir, que el loco tenía el problema de tener dañado un órgano. Atribuía a problemas físicos la enfermedad mental.
Durante el siglo XV Renacimiento, pasaron por la hoguera un número superior a 150.000 personas dementes. Eran personas ajusticiadas, por motivo de su trastorno mental.

Juan Luís Vives, era un médico valenciano, afincado en Flandes. Dijo, en su libro "El alivio de los pobres", que había que aplicar tratamientos a los dementes, por lo cual murió en la hoguera. De hecho, la psicopatología, como ciencia, no se instaura hasta el siglo XIX. El

objeto de la psicopatología es la descripción, observación y evaluación de la conducta anormal, investigación de las causas y factores mantenedores y productores de la conducta anormal.

2.3.2 Conducta normal y anormal

Definir conducta anormal, no es sencillo, no hay un solo criterio que la defina. Una conducta anormal se puede definir en función de

- Frecuencia e intensidad
- De que los demás la perciban como irracional o incomprensible
- Que sea molesta para los demás (daño)
- Que sea molesta para sí mismo (sufrimiento)
- Conducta no adaptativa

Ninguna conducta es por sí misma anormal, lo que hay que calificar como normal-anormal es el binomio conducta- contexto. La frecuencia, la intensidad y la duración son aspectos muy importantes y sirven para emitir un juicio clínico. Para determinar si hay psicopatología o no en parte depende del clínico porque la conducta anormal no está totalmente delimitada de manera perfecta. Por otro lado, cuanto más perfeccionado estén los criterios, menos se dependerá del juicio clínico. El hecho de que los límites entre la conducta normal-anormal no estén completamente definidos, no significa que la conducta anormal no sea indefinible, lo que pasa es que se intenta afinar la definición.

La definición de conducta anormal no tendría importancia si utiliza el concepto de enfermedad mental, lo que es enfermedad mental es anormal. Pero este es un concepto médico que se ha infiltrado en toda la sociedad debido a que se asume que el enfermo mental no puede hacer nada más que ponerse en manos de un médico y seguir un tratamiento y esperar. Si la persona adopta un rol activo la enfermedad se puede reducir, pero si adopta un rol de paciente, se cronifican.

2.3.3 Enfermedad mental

La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo, se manifiesta en trastornos del razonamiento y del comportamiento.

El concepto de enfermedad mental aglutina aglutina a un buen número de patologías de muy diversas índoles por esta razón hay que hablar de cada enfermedad ya que la persona puede sufrirlas con diferentes síntomas. Se han dividido las enfermedades en trastornos orgánicos y funcionales.

2.3.4 Principales trastornos psicopatológicos

2.3.4.1Trastornos del estado de ánimo

A. Depresión

El término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz.

Según la edad y el tipo de trastorno del estado de ánimo presente, una persona puede mostrar diferentes síntomas de depresión. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Sentimientos persistentes de tristeza.
- Sentimiento de desesperanza o desamparo.
- Baja autoestima.
- Sensación de ineptitud.
- Culpabilidad excesiva.

- Deseos de morir.
- Pérdida de interés en actividades habituales o actividades que antes se disfrutaban.
- Dificultad en las relaciones.
- Perturbación del sueño (por ejemplo, insomnio, hipersomnio)
- Cambios del apetito o del peso.
- Disminución del movimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Disminución de la capacidad de tomar decisiones.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga).
- Intentos o amenazas de escaparse del hogar.
- Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo.

En los trastornos del estado de ánimo, estos sentimientos son más intensos de lo que un individuo normalmente puede sentir de vez en cuando. También es preocupante si estos sentimientos se prolongan por un largo período o si interfieren con el interés del individuo en la familia, los amigos, la comunidad o el trabajo. Toda persona que exprese ideas de suicidio debe ser sometida a una evaluación inmediatamente.

a) Episodio depresivo mayor

La característica esencia de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes es estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentas al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad

del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

B) Trastorno Bipolar

También conocido como enfermedad maníaco depresiva, es un grave trastorno del estado de ánimo que afecta a entre el 1 y el 2 por ciento de la población. Se le llama trastorno "bipolar" porque el humor de la persona puede alternar entre "dos polos" de estados humor extremos que van de la manía (altos) a la depresión (bajos). Durante el episodio maníaco los enfermos se sienten extremadamente felices o irritables, mientras que durante el depresivo se sienten muy tristes y desesperados. Entre episodios, su humor puede ser normal (eutimia). Los cambios de humor u "oscilaciones de humor" pueden durar horas, días, semanas o meses. A diferencia de los "altos y bajos" normales que experimentan los sujetos sanos, estas oscilaciones de humor pueden ser acusadas, poner en peligro la vida e interferir con el desarrollo de una capacidad funcional normal y sana. Aunque el trastorno bipolar puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, suele iniciarse en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. No suele identificarse como una enfermedad, por lo que las personas que lo padecen pueden sufrir innecesariamente durante años o incluso décadas.

Si no se trata, puede tener devastadoras consecuencias, como el abuso del alcohol y las drogas, el deterioro de las relaciones, un bajo rendimiento laboral o escolar, problemas financieros y sociales y un mayor riesgo de suicidio. No obstante, con un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y el apoyo adecuado, muchas personas con trastorno bipolar pueden estabilizar sus oscilaciones de humor y pueden ser acusadas, poner en peligro la vida e interferir con el desarrollo de una capacidad funcional normal y sana.

Aunque el trastorno bipolar puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, suele iniciarse en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. No suele identificarse como una enfermedad, por lo que las personas que lo padecen pueden sufrir innecesariamente durante años o incluso décadas. Si no se trata, puede tener devastadoras consecuencias, como el abuso del alcohol y las drogas, el deterioro de las relaciones, un bajo rendimiento laboral o escolar, problemas financieros y sociales y un mayor riesgo de suicidio. No obstante, con un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y el apoyo adecuado, muchas personas con

trastorno bipolar pueden estabilizar sus oscilaciones de humor y llevar una vida normal, productiva y plena.

Se llama trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

El periodo de exaltación se llama “episodio maníaco”, de una palabra griega, “mania”, que significa literalmente “locura”.
El nombre de afectivo se refiere a las enfermedades de los afectos, nombre genérico que se da a los trastornos depresivos, en general, y al trastorno bipolar. Indistintamente lo nombramos como trastorno bipolar, o como trastorno afectivo bipolar.
Por lo tanto, un trastorno bipolar es una enfermedad en la que se alternan tres tipos de situaciones:

Aunque el trastorno bipolar es de origen orgánico ya que se origina por alteraciones de las áreas del cerebro que regulan el estado de ánimo, ocasionadas por el mal aprovechamiento de los neurotransmisores cerebrales como la serotonina y la *dopamina*, también se han identificado otros posibles factores que se unen a este. Uno de ellos es la predisposición genética o herencia, cuando en la familia hay antecedentes de parientes cercanos que han padecido la enfermedad. Se calcula que actualmente puede desarrollarse un trastorno bipolar en descendiente directos de un 25 hasta un 75%.

Otro factor con el que ha asociado es de tipo emocional. Es un padecimiento crónico y si bien se puede controlar, es permanente, lo que quiere decir que una vez presentado un evento, se puede presentar otro y otros durante el resto de la vida.
El paciente, a lo largo de su vida, va presentando episodios depresivos, alternando con los maníacos o hipomaníacos. De hecho, la existencia de uno solo de estos episodios hace que

debamos hablar ya de trastorno bipolar. En este sentido cabe calificarlo siempre como potencialmente crónico, de por vida.

El origen del trastorno es del todo orgánico. No sabemos a ciencia cierta todos los componentes biológicos del trastorno, pero parece claro que uno de los problemas implicados es el mal aprovechamiento de los neurotransmisores cerebrales (serotonina y dopamina). Se comprueba la organicidad por la existencia de patrones genéticos de herencia. Las exploraciones de neuroimagen (TAC, Resonancia Magnética) no muestran alteraciones.

Las características más importantes del trastorno afectivo bipolar son las siguientes:

- Es un trastorno orgánico (no psicológico) que depende de alteraciones biológicas del cerebro**.**
- Es un trastorno crónico. La persona que haya tenido un episodio de manía o de hipomanía, aunque haya sido solamente uno, debe tener precauciones toda su vida para que no se repitan estos episodios.
- Requiere tratamiento biológico con medicamentos que regulan el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales. El tratamiento debe ser crónico, a temporadas muy largas, o de por vida en aquellos casos con tendencia a las recaídas constantes.

El diagnóstico se hace por criterios clínicos. Es decir: se ha de comprobar si la persona presenta los síntomas que antes hemos definido, tanto para los episodios depresivos como los maníacos o hipomaníacos. La existencia de un solo episodio de exaltación es suficiente para diagnosticar un trastorno bipolar.

B.4 Hay riesgo de suicidio en el trastorno afectivo bipolar?

Normalmente en las fases depresivas, hay el mismo riesgo que vemos en las personas con depresión mayor. La tasa de suicidio en nuestro país es de 10 casos por 100.000 habitantes. El 80% de estos casos viene dado por personas con depresión grave, trastorno bipolar, alcoholismo o esquizofrenia. Con cualquier paciente que presente graves síntomas depresivos es necesario hablar de forma franca y sin tapujos para explorar las ideas de suicidio y, sobre todo, de la posibilidad de que las mismas se lleven a cabo.

2.3.2 .Esquizofrenia

Esquizofrenia viene del griego *schizo* que quiere decir: división o escisión; y de *phrenos* que quiere decir: mente.
Es una enfermedad mental grave. Se trata de un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Etimológicamente significa «mente escindida». Con este término, se quería subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan estos pacientes.

Es una clase de psicosis (término genérico aplicado a los trastornos mentales de etiología orgánica en los que se presentan desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas delirantes y alucinaciones) que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.

Es un trastorno mental que dificulta establecer la diferencia entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales normales y comportarse normalmente en situaciones sociales.

Una persona con este diagnóstico por lo general va a mostrar:
Un pensamiento desorganizado (laxitud asociativa) Delirio
Alteraciones preceptúales (alucinaciones)
Alteraciones afectivas (en el ánimo y emociones)
Alteraciones conductuales
Edad de inicio
Es en los hombres entre los 15 y los 25 años y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años.

2.3.2.1 Prevalencia

Se sitúa entre el 0'3% y el 3'7% dependiendo de la zona del mundo donde estemos. Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. Por tanto las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales.

2.3.2.2 Causas de la esquizofrenia

Es lógico que se haya investigado intensamente sobre una enfermedad tan grave y llamativa como la esquizofrenia. Las investigaciones han obtenido resultados parciales importantes, que se sitúan en campos muy diversos. Por eso podemos decir con bastante seguridad que no existe una causa para que algunas personas sufran esta enfermedad, sino que hay atribuir la responsabilidad a todo un conjunto de causas. Crow y los tipos 1 y 2 primero en reconocer que distinción entre síntomas positivos y negativos sirve para crear subtipos de esquizofrenia, para crear una tipología que facilite el estudio. También utiliza las distintas reacciones de los enfermos a los neurolépticos.

2.3.2.3 Síntomas

Los primeros indicios de esquizofrenia probablemente pasan desapercibidos por la familia y los amigos. Las personas que sufren de esquizofrenia muchas veces exhiben uno o más de los siguientes síntomas, durante las primeras etapas de la enfermedad, entre ellos:

- Prolongada sensación de tensión
- Mala concentración
- Aislamiento social

En la medida que la enfermedad avanza, los síntomas pasan a ser más intensos y extraños. La persona se comporta en forma peculiar, habla de cosas sin sentido y tiene percepciones inusuales. Estos síntomas más graves son motivo para solicitar tratamiento.

2.3.2.4 Tipos de esquizofrenia

a) Esquizofrenia catatónica

- Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad motora o actividad motora excesiva.
- Negativismo extremo, o mutismo. Peculiaridades del movimiento voluntario con posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas. Copia lo que dice o hace otra persona.

b. Esquizofrenia *hebefrénica*

Tiene un comienzo temprano (entre 12-13 años), en principio parece retraso mental.

2.3.2.5 Origen de esquizofrenia

Los investigadores han descubierto que en los esquizofrénicos las células cerebrales que intercambian información sobre el ambiente y forman las impresiones mentales son menos activas que en las personas normales.

En el estudio, que ha sido publicado por la revista "*Proceedings of the National Academy of Sciences"*, los investigadores detallan como tras comparar los patrones de las ondas cerebrales de 20 esquizofrénicos frente a un grupo de control de 20 voluntarios sanos, los resultados indicaban que no había actividad en los patrones de ciertas ondas cerebrales -llamadas gamma- de los enfermos, mientras que sí había una actividad visible en las de los voluntarios sanos.

Marjorie Wallace, directora de la organización benéfica sobre salud mental Sane, dijo que "Si este estudio se repite, podría traer algo de luz acerca de por qué los esquizofrénicos perciben el mundo que les rodea de una forma diferente". "Esperamos que esta investigación nos acerque al entendimiento de los patrones de actividad en el cerebro que están asociados a los

síntomas de la esquizofrenia", comentó Wallace. "Sólo de ese modo podremos eventualmente encontrar mejores tratamientos para esta condición tan destructiva", añadió.

2.3.2.6 Tratamiento

El tratamiento es farmacológico, los medicamentos anti psicóticos utilizados son los neurolépticos (*Haloperidol, Largacil, Meleril,* etc.) son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos secundarios como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones. También produce efectos indeseables no neurológicos como ictericia (coloración amarillenta de la piel), fiebre alta, anemia *aplásica*, hipersensibilidad dérmica, hipotensión, incremento de peso y en casos extremos "síndrome neuroléptico maligno" que puede llevar a la muerte.

Los neurolépticos aparecieron en los años cincuenta, actualmente existen nuevas formas de presentación que reducen estos efectos secundarios como la *Clizamina* o la *Risperidona*, gracias a este avance los pacientes no abandonan tan fácilmente el tratamiento, pues no sufren tantas molestias. Frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime o que dañe a otros, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, para proveerle cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias.

La duración dependerá de la gravedad del padecimiento y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio. También se siguen terapias electro convulsivas en pacientes catatónicos o que no pueden tomar medicación antipsicótica. En un primer momento la psicoterapia individual es contraindicada, no así la terapia grupal o familiar que suelen ser muy beneficiosa. Las intervenciones psicosociales refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad.

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar así como una mejor vida social.

2.3.3Trastornos de la personalidad

Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, pero en cambio los demás a menudo la consideran perturbadora o molesto.

2.3.3.1Origen

A diferencia de la dimensión cognitiva (percepciones, memoria, atención, inteligencia, creatividad, lenguaje), al hablar de personalidad se les da preferencia a los procesos emotivos y tendenciales del individuo, aunque los diferentes factores ejercen una influencia directa entre sí.

Los desajustes o trastornos son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales y, aunque haya que hacer clasificaciones según ciertas categorías comúnmente aceptadas, el diagnóstico debe hacerse de forma individual. Hay que tener presente que la misma causa puede tener síndromes diferentes y un síndrome determinado puede ser la manifestación de causas diversas, condicionada por la constitución biológica y el medio familiar, escolar y social en el que el individuo se encuentre. Los obstáculos que impiden que una personalidad se desarrolle eficazmente se conocen con el nombre de frustración, y esta corresponde a las circunstancias que determinan que una necesidad o motivo fracasen en ser satisfechos. El estado emocional que acompaña a este hecho se denomina presión psicológica, tensión o ansiedad. Los trastornos de personalidad hay que limitarlos, por tanto, a problemas emocionales, afectivos y sociales. Estos últimos sólo cuando haya evidencias de que fueron causados por perturbaciones emocionales o afectivas subyacentes, y no cuando son producidos por situaciones ambientales propiamente, aunque sea muy difícil separar en ocasiones el origen y las consecuencias de estos trastornos, que son, más bien, una red compleja en la que es difícil determinar las causas y los efectos.

2.3.3.2 Características

- Que la víctima tenga una predisposición psicobiológica para disociar como mecanismo de defensa.
- Que suceda un acontecimiento traumático que desencadene la disociación.
- Que sucedan traumas repetidos que encadenen las diversas disociaciones en una nueva identidad.
- Es decir, no todas las personas que han tenido un episodio disociativo como respuesta a un trauma desarrollan un trastorno de identidad disociativo. Para ello es necesario que el trauma sea repetido a lo largo del tiempo.

2.3.3.3 Síntomas

Experimentan voces dentro de su mente, no fuera como sucede en las alucinaciones, en estos pacientes son frecuentes la desconfianza y la sospecha sobre las intenciones de los demás, generalmente como consecuencia del abuso y maltrato.

La personalidad principal (aquella que tiene el control la mayor parte del tiempo) tiene periodos de amnesia, pues durante esos periodos otra personalidad ha tenido el control.

Pueden existir personalidades completas o sólo fragmentos. Estos fragmentos existen sólo por periodos limitados y con un propósito concreto. Normalmente una sola persona no tiene más de entre 2 y 10 personalidades completas, aunque puede tener una gran multitud de fragmentos que aparecen y desaparecen según las necesidades.

Con el abuso (trauma) repetido se producen repetidos episodios de disociación, en los que el niño separa determinadas emociones, conductas o pensamientos de su conciencia. La barrera de la amnesia impide que una personalidad pueda llegar a ser del todo consciente de las vidas de las otras personalidades, aunque sí puede sospechar algo.

2.3.3.4 Tipos de trastornos de la personalidad

a) Trastorno paranoide de la personalidad

Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

b) Trastorno esquizoide de la personalidad.

Se da un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer

grado.

6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.

7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

b. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

c) Trastorno esquizotípico de la personalidad

Se da un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
- Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)

d) Trastorno antisocial de la personalidad

Se da un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

e) Trastorno histriónico de la personalidad

Se da un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.

2.4 Psicodiagnóstico

Es el proceso para determinar qué tipo de enfermedad existe en una persona mediante el examen de la misma, estudiando los síntomas, realizando pruebas e identificando una enfermedad por sus señales, síntomas y resultados de laboratorio.

Etimológicamente el concepto diagnóstico proviene del griego, tiene dos raíces, día- que es a través de, Y *Gignoskein* que es conocer; diagnostico significa conocer a través de. El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo.

2.4.1 Instrumentos de psicodiagnóstico

a) Entrevista

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. Es un encuentro entre personas en situación especial donde se aplica una técnica de investigación clínica que permite la obtención de información.

b) Tests

Una definición sencilla es considerar a un tests como un instrumento de medición que tiene como finalidad "medir", evaluar algún aspecto puntual de la personalidad humana en particular, o el conjunto de ella.

Etimológicamente la palabra "Test" se ha encontrado que tiene una raíz latina, que es *"Testa"* - *"Testis"* cuya acepción se refería a la vasija de barro que utilizaban los alquimistas para realizar sus experiencias, ellos buscaban transmutar metales comunes en oro. La alquimia fue la precursora de la ciencia conocida luego como Química.

Cada Test que los psicólogos e investigadores han construido responde a esta búsqueda que ha perseguido (positivamente por supuesto) el hombre a lo largo de su historia, la búsqueda del conocimiento de sí mismo.

c) Examen Mental

En esencia, el estado mental implica la observación sistemática de la conducta del individuo, está clase de observación se da cuando cualquier persona interactúa con otra. Todos los clínicos realizan a diario exámenes mentales. El truco de los clínicos, desde luego, es que organizan sus observaciones de otras personas en tal forma que les proporciona la suficiente información para determinar la presencia de un trastorno psicológico.
Abarca cinco categorías:

1. Apariencia y conducta
2. Proceso de pensamiento
3. Estado de ánimo y afecto
4. Funcionamiento intelectual
5. Funcionamiento sensorio

Dentro de dichas categorías se encuentran elementos como:
Orientación: que incluye hora, fecha, estación del año, lugar de residencia, municipio y/o, departamento donde vive, nombre, edad, ocupación y fecha de nacimiento.

Atención: la capacidad de la persona para completar una idea. Esto puede evidenciarse a través de una conversación, o pidiéndole que siga una serie de instrucciones, para luego fundamentar sus conclusiones en el desempeño demostrado.

Memoria Reciente: ésta consiste en recordar personas, lugares y eventos en los cuales han estado involucrados en la vida de la persona. El médico puede evaluar fácilmente la memoria reciente haciendo preguntas sobre acontecimientos acerca del mundo que la rodea.

Memoria Remota: ésta consiste en recordar personas, lugares y hechos que han ocurrido hace mucho tiempo. El médico puede evaluar la memoria de una persona a través de preguntas sobre su niñez, la escuela o acontecimientos históricos ocurridos en su vida en etapas muy tempranas.
Comprensión de Palabras: Esta prueba evalúa el conocimiento de objetos comunes. El médico señala objetos comunes que se encuentran en la habitación y la persona debe nombrarlos.

Juicio: éste examen mide el juicio del paciente, su capacidad para proponer soluciones alternativas a un problema o situación determinada, capacidad de discernimiento y de análisis, por ejemplo: el profesional puede preguntar: "¿Qué haría si un oficial de policía se aproxima por detrás en un automóvil con las luces destellando?" o "¿Qué haría si encuentra una licencia de conducir en el suelo?"

d) Historia clínica

Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital". Para Vallejo *Ruiloba*, la historia clínica se compone de: anamnesis, exploración, física, psicopatológica,

complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronostica, tratamiento, evolución, comentarios y *epicrisis.*

e) Informes psicológicos

Interpretación de los resultados sirven para presentar aspectos que se trabajaron con las personas objeto de atención psicológica.

e.1 Aspectos organizativos del informe

El objetivo del informe es consignar las aptitudes y características más salientes del individuo en relación con la descripción de tareas, y determinar aquellas que no llegue a cubrir, como así también el pronóstico de su desempeño laboral. Es necesario discriminar distintas áreas en el informe, siempre acorde al perfil del puesto.
Existen, por supuesto, otras maneras de organizar el informe, según la modalidad de trabajo de cada profesional. Lo importante es relacionar los indicadores con las características necesarias para cada puesto.
-Cierre del proceso y devolución de la información:
-Cierre del Proceso diagnóstico.

El objetivo es informar oralmente (entrevista de devolución) o de forma escrita (informe psicológico) de los resultados de la evaluación a la persona evaluada o a la persona que solicita la evaluación que puede ser un médico, psiquiatra, psicólogo, centro escolar, asistente social, familia, o empresa.

El sujeto tiene derecho a conocer los resultados y la información que se registra en el informe. Se proporcionará información únicamente a quien legal o moralmente deba tener conocimiento y con el debido consentimiento del sujeto.

2.4.2 Métodos del psicodiagnóstico

Diagnóstico a través del Manual Diagnostico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-IV)

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

EJE I: Trastornos Clínicos.
EJE II: Trastornos de la personalidad y retardo mental.
EJE IIEJE IV: Problemas psicosociales y ambientales.
EJE V: Evaluación de la actividad global.

Diagnóstico a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

Corresponde a la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud como parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades y que incluye un apartado dedicado a la patología psiquiátrica del niño y del adolescente.

El Ministerio de Salud ha adoptado esta clasificación para el registro de las atenciones en Salud Mental y psiquiatría.
Ejes diagnósticos CIE-10:
1.- Síndromes psiquiátricos clínicos.
2.- Trastornos específicos del desarrollo.
3.- Nivel intelectual.
4.- Condiciones médicas.
5.- Situaciones psicosociales.
6.- Evaluación global de la discapacidad.

Diagnóstico a través de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psicológico (GLADP)

Dado que la GLADP se plantea adaptar la CIE a América Latina, tiene las mismas diferencias con el DSM que ella. Cabría destacar que la GLADP plantea dos componentes para arribar a un diagnóstico completo.

Primercomponente

Eje I: trastornos clínicos y problemas relacionados. Incluye a las clases, categorías y subcategorías de la CIE 10, problemas del individuo que, sin ser enfermedades, requieren de atención clínica y los síndromes culturales latinoamericanos. Su equivalente en la CIE 10 es el capítulo V ó F y corresponde a las condiciones albergadas en los ejes I, II y III del DSM-IV-TR

Eje II: Discapacidades. Correspondería al Eje II de la CIE y al Eje V del DSM-IV-TR

Eje III: Factores contextuales. Corresponde al Eje III de la CIE y al Eje IV del DSM-IV-TR .

Evalúa intensidad y frecuencia. Se codifica de ninguna a masiva de acuerdo a:

0. Ninguna: No hay discapacidades identificables en esta área.
1. Mínima: Perceptible, pero baja en intensidad y frecuencia
2 Moderada: Mediana en intensidad o frecuencia, baja en la otra.
3 .Importante: Mediana en intensidad y frecuencia
4. Grave: Alta en intensidad o frecuencia, moderada o baja en la otra
5. Masiva: Alta en intensidad y frecuencia

Eje IV: Calidad de vida. Basada en la percepción del paciente y formulada a través de una calificación global directa o de un instrumento estandarizado. Es útil tomar la opinión de la familia.

Segundocomponente

Parte idiográfica, personalizada. Se expresa con lenguaje coloquial, es lo más idiosincrásico del paciente. Es fundamentalmente cualitativo y se vincula con la investigación etnográfica. Incluye:

Problemas clínicos y su contextualización desde una perspectiva compartida del clínico, paciente y la familia. Se debe dejar constancia de desacuerdos si los hubiese. Este punto incluye la síntesis de los problemas así como los mecanismos implicados desde las disciplinas queseapertinente.

Factores positivos del paciente pertinentes al tratamiento y promoción de la salud. Expectativas sobre restauración y promoción de salud del paciente

2.5 Psicoterapia

Es un proceso comunicativo transformacional bidireccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y sus códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirige, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

2.5.1 Metas de la psicoterapia

La psicoterapia debe considerarse como un tratamiento que tiene metas a conseguir, las cuales consisten en ciertos cambios emocionales y aún físicos del paciente a través de la relación médico-paciente y de la palabra del paciente y que, por lo tanto, no es una conversación simple sino una terapia que permite aliviar los síntomas y la modificación del modo de sentir y de comportarse.

La psicoterapia tiene como meta esencialmente el apoyo al paciente.

2.5.2 Características de las metas

Las metas son algo tangible que las personas desean alcanzar que requiera una serie de competencias que a veces los clientes deben adquirir en la terapia.

Deben ser lo suficientemente desafiantes para producir sensación de orgullo y ser a la vez realistas.

Deben ser planificadas en pasos pequeños, habitualmente la técnica mas eficaz es establecer una serie de metas pequeñas que lleven a una meta final en lugar de reservar toda la satisfacción personal hasta el logro de una meta al final de largo plazo.

Asegurar que uno posee las competencias y conocimientos necesarios.
En caso contrario dedicar tiempo a adquirir dichas competencias.

Afrontar el fracaso, ayuda a las personas a evitar ser poco ambiciosas y adoptar estrategias desadaptativas y autoincapacitantes.
El establecimiento de metas es importante porque proporciona una dirección al esfuerzo de colaboración entre terapeuta y cliente.

2.5.3 Relación terapeuta

Los puntos más relevantes en las primeras sesiones serían las siguientes.
a) Recogida estructurada de la información y análisis funcional.

El proceso terapéutico comienza con la recogida de la información a través de autorregistros y demás instrumentos, hasta completar el análisis de las respuestas problema. Continúa con la conceptualización y explicación de los datos recogidos en el análisis y del establecimiento de las relaciones entre los diferentes componentes de la respuesta problema, las consecuencias de la misma y la interacción entre las diferentes variables que intervienen en el proceso. Los autorregistros clásicos en depresión en la vejez, en general, son de difícil uso y cuando se utilizan en la práctica clínica deben ser simplificados al máximo, utilizando vías alternativas como escribir un diario que recoja los momentos agradables como los depresivos, grabar pensamientos y sentimientos negativos en un cássette, etc.

b) Formulación y explicación al paciente y a la familia.
El siguiente paso consiste en la explicación pedagógica al paciente de sus problemas y la formulación de los objetivos de la terapia que se trabajarán. Algunos de los objetivos se consiguen explicándole a un paciente mayor por qué está deprimido y cuáles son los factores por los que existen sus problemas. Y esto es de gran importancia. También se debe tener en cuenta que esta explicación debe realizarse como una hipótesis explicativa provisional al final de la primera sesión de terapia. Con todo ello se persiguen los siguientes objetivos:

- La actitud íntima del paciente respecto a la terapia es de modo inevitablemente ambivalente y su visión de ella estará matizada por tendencias conflictivas.

- Debe experimentar cierta ansia de vida y de libertad, deseos de empeñarse en algo, de ser y volverse activo, pero al mismo tiempo se siente inclinado a la pasividad, a seguir encadenado. Si lo primero faltara del todo, el paciente nunca acudiría a la consulta del terapeuta, pues no podría imaginar la posibilidad de otro género de vida.

- El paciente aporta a la terapia algunas tendencias racionales, positivas, estimuladoras de vida, que se expresan en sus esperanzas racionales. El paciente espera recibir de la terapia algo nueva, a fin de convertirse en alguien nuevo también, esto es que debe existir cierto impulso de racionalidad en esas esperanzas, de lo contrario el trabajo terapéutico sería imposible.

- El terapeuta y el paciente aportan al contacto terapéutico necesidades y actitudes racionales e irracionales, que son expresadas más o menos sutilmente desde el primer encuentro. La comunicación tendrá lugar a través de diversas simbolizaciones, verbales o no verbales, y es por lo tanto y un desacierto del terapeuta creer o pensar que le sea posible mantenerse como una entidad desconocida, pues hasta en su ansiedad por permanecer desconocido o como una "pantalla en blanco", comunica algo muy importante acerca de si mismo.

- Es fundamental que el terapeuta experimente libertad de acción, que conserve su capacidad para elegir, incluyendo en ella la capacidad para determinar sus condiciones de trabajo, ante todo el terapeuta debe sentirse libre para reconocer, al menos para sí mismo la naturaleza multifacético de sus motivaciones, sean las que sean.

2.5.4 Terminación de la psicoterapia

Los terapeutas deben ser sensibles al hecho de que la terminación puede ser una experiencia traumática para los clientes en psicoterapia. *Strupp y Binder* en 1,984 describen como la terminación genera recuerdos de separaciones dolorosas; *Milkkelson y Guhteil* en 1,9789

establecen una analogía entre terminación y muerte. Ahora bien la terminación no es siempre una adversidad, y para muchos clientes la experiencia de terminar la terapia puede ser positiva, *Marx y Gelso* 1,987 estudiaron al cliente que habían determinado una terapia en un centro de ´´*coinseling´universitario´* y encontraron escasa evidencia de efectos negativos.

2.5.5 Formas de psicoterapia

2.5.5.1 Psicoterapias psicoanalíticas

Utiliza las mismas técnicas básicas que el psicoanálisis, con modificaciones cuantitativas, las cuales, combinadas, dan lugar a cambios cualitativos en la naturaleza del tratamiento. Cualquier sesión dada de psicoterapia psicoanalítica no es distinta a la del psicoanálisis, pero con el tiempo las diferencias surgen claramente. La psicoterapia psicoanalítica se vale de la interpretación, aunque con pacientes con severa psicopatología, constituye el tratamiento de opción. La clarificación y la confrontación ocupan mayor espacio que la interpretación en sí misma, y la interpretación de significados inconcientes del "aquí y del ahora", también ocupan mayor espacio que la interpretación del "allá y del entonces". Para fines prácticos, la clarificación, confrontación e interpretación en el aquí y en el ahora son los aspectos principales de la técnica interpretativa utilizada en esta psicoterapia, con manifiesta prevalencia de clarificaciones y de confrontaciones (Kernberg, 1984; Kernberg y colaboradores, 1989).

Respecto al análisis de transferencia, en tratamientos de pacientes con severa patología de carácter, viene a ser el foco principal de la psicoterapia psicoanalítica desde el mero comienzo, aunque modificada por la conexión de interpretación activa del análisis de transferencia, explorando en profundidad la situación de la vida diaria del paciente, enfoque necesario debido al predominio de operaciones de defensa primitiva en tales pacientes. Dividir las operaciones tiende, en particular, a disociar la situación terapéutica de la vida externa del paciente, y puede conducir a severas actuaciones disociadas, bien sea durante o fuera de las sesiones. Por lo tanto, es esencial el enlace interpretativo entre la realidad externa del paciente y la evolución de la transferencia.

La neutralidad técnica es una herramienta esencial, aunque en el tratamiento de pacientes con severa patología de carácter, la necesidad de establecer límites requiere abandonar la

neutralidad una y otra vez, para poder controlar manifestaciones que pongan la vida o el tratamiento en peligro. Por contraste, en el psicoanálisis, la situación ideal es la de mantener la neutralidad a lo largo del tratamiento. La naturaleza auto-*perpetuante* de las expresiones manifiestas en estos casos puede ser imposible de resolver de modo interpretativo sin fijar una estructura o unos límites. En la práctica, significa, por ejemplo, que la conducta suicida caracterológicamente determinada (en contraste con el suicidio dentro del contexto de una severa depresión) requiere fijación de límites.

2.5.5.2 Psicoterapias Conductistas

El principio básico de su efectividad es el control de la compulsión. Se sabe que la realización del acto compulsivo alivia la tensión y la ansiedad, pero inmediatamente después ésta comienza a aumentar hasta lograr la repetición de la conducta compulsiva. A través de las técnicas cognitivas se trata de evitar la repetición de la conducta compulsiva. Con la ejercitación de la misma se va viendo como la tensión lentamente decrece y va perdiendo la intensidad desencadenante del comportamiento compulsivo. La Terapia Cognitiva hace énfasis en cambiar las creencias y esquemas de pensamiento del enfermo de TOC.

Generalmente se trabaja en la reducción de la ansiedad y en el control del estímulo generador de ésta, a través de técnicas como la *desensibilización sistemática* y la *relajación*. Luego se inicia la supresión del ritual a través de la *exposición en vivo* al estímulo generador de ansiedad, previniendo cualquier respuesta evitativa. Finalmente se enfrenta la ideación obsesiva. La ponderación y el entendimiento de este tipo de trastorno por parte del núcleo familiar es de fundamental importancia para obtener el control o alivio de los síntomas. La combinación con los psicofármacos antiobsesivo-compulsivos aumenta la efectividad psicoterapéutica.

Tratamiento

La terapia racional emotiva 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 sus pensamientos son los principales responsables de sus emociones negativas inadecuadas, se puede sentir mejor si aprende 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.

2.5.5.1 Psicoterapias 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 sí 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 co 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).

Se pueden distinguir dos enfoques generales dentro de la orientación cognitiva-conductual (Meichenbaum, 1989): (1) Terapias cognitivas semánticas y (2) Teoría del aprendizaje social (actualmente denominada como sociocognitiva).

2.5.5.3 Psicoterapias Humanísticas

Nacen como alternativa al psicoanálisis y a la terapia de conducta.

- Influencias: la tradición fenomenológico-existencial europea y del movimiento humanista norteamericano.
- Principios comunes a las psicoterapias humanistas y existenciales:

1. Conciben la persona como un todo integrado.
2. La conducta humana es intencional; importancia de la búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad, dignidad).
3. El hombre es autónomo y vive en un contexto interpersonal.
4. El hombre tiende a la autorrealización.
5. El modo como una persona vive su experiencia interior es fundamental para comprenderle.

Enfoques más importantes

a) Psicoterapia de apoyo en intervención de crisis

Dentro de los muchos quehaceres con los que cuenta el psicólogo, uno de los más importantes y de mayor atención en nuestros tiempos es la intervención en crisis, ya que por las actuales

condiciones con las que se cuenta a nivel mundial y nacional, donde el desplazamiento, el secuestro, y la violencia, entre otros; obligan a que cada vez más, la población se vea inscrita en situaciones para las que no ha sido enseñada a manejar y es aquí donde el psicólogo entra a formar parte fundamental de todo el arsenal con el que cuenta una población para afrontar dichas situaciones de emergencia.

Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos psicosociales de las emergencias y desastres, así como los grupos de psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias, conformando los equipos de primera respuesta, organizando sociedades o grupos de intervención locales creando redes nacionales de ayuda psicológica. Pero para efectos de este escrito, lo primero que hay que hacer es delimitar lo que se entiende por crisis o por situaciones de crisis; "peligro y oportunidad" es el doble significado que los chinos dan a la palabra crisis, ya que se puede ver como un estado de desequilibrio, pero también un tiempo cuando el individuo o la familia tienen la oportunidad de crecer, madurar y capacitarse para manejar problemas en su vida. La intervención en crisis es una estrategia diseñada para aprovechar esta potencialidad de crecimiento, por medio de intervenciones planeadas durante el período de crisis.

Es aquí donde los tipos de intervención en crisis toman lugar; se conocen varios como el tratamiento escalonado, donde el terapeuta (o consejero) empieza el trabajo con la víctima directa implicada en la situación de crisis, y luego va ascendiendo de forma que pueda abarcar a las victimas secundarias que son la familia, cónyuge, amigos, etc.

Se conoce también el modelo trabajado de Jacobson y otros (1968) donde se distinguen cuatro niveles en la intervención en crisis: manipulación del ambiente (enlazar la persona con un recurso de ayuda como un ministro religioso, amigo u órgano de asistencia), apoyo general (el escuchar con empatía que realizan los vecinos, cantineros y otros semejantes), enfoque genérico (trabajo breve por personas entrenadas en intervención en crisis), y adaptación individual de la intervención en crisis a cargo de personas con un amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

b) Psicoterapia de apoyo

En general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación, recurriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. Por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica en estos abordajes. Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico-enfermo, donde este último se sienta con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié en la realidad objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intentan reforzar las defensas del "ego" del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los estilos de vida más desadaptados. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.

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

b) Terapia centrada en el cliente

Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea

restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad.

Entonces el terapeuta, mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores. Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia "actualizante" dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie). Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades. Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de si mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

c.1) El proceso terapéutico

Según Rogers, el cliente es el que lleva el peso de la terapia (auto-directividad) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente o paciente una relación que se define por seis condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las tres primeras características o condiciones son empatía, aceptación positiva incondicional y autenticidad o congruencia. Estas tres condiciones relacionales son llamadas actitudes de base:

1. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta sin condición alguna la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
2. La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.
3. La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.

Capítulo 3
Referente metodológico

Introducción

A continuación se presenta la metodología utilizada para poder efectuar la Práctica Profesional Dirigida según planificación. El siguiente capítulo da a conocer las diferentes actividades que se realizarán en el proceso y el proyecto de salud mental que desarrollará grupo de estudiantes de psicología.

3.1 Programa de la práctica

I. Descripción

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 una actividad para aplicar la psicología y consejería social. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

II. Propósitos del curso

El curso tiene el propósito de integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica. El y la alumna adquieren destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

III. Competencias

El curso tiene el propósito de integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica. El y la alumna adquieren destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

IV. Indicadores de logro

Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de la carrera.

- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad.
- Atiende casos en instituciones para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elabora programas de salud mental y los aplica.
- Capacita a grupos de personas con temas importantes para el mantenimiento de la salud mental.
- Visita lugares para formarse una idea precisa de los problemas sociales.
- Investiga temas relacionados en su aplicación práctica.
- Deja un beneficio en los lugares donde realiza su práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

Crea proyectos dedicados a promover la atención psicológica en el área rural.

V. Contenido temático del curso

1. Evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. Problemas de salud mental en Guatemala
4. Participación en eventos relacionados con la psicología y consejería social
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de r*esiliencia*

Creación de programas y proyectos

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

En el transcurso de la práctica los y las alumnas atenderán casos clínicos haciendo un diagnóstico y tratándolos de manera profesional. También tendrán que cumplir con capacitaciones y aplicación de proyectos.

VII. Formas o técnicas de evaluación

Evaluación diagnóstica: Se pasará una prueba elaborada por la catedrática para explorar los conocimientos obtenidos durante la carrera.

Evaluación de proceso:

- Investigaciones
- Elaboración de programas y proyectos
- Actividades grupales
- Discusiones
- Guías de trabajo
- Presentación de informes
- Atención de casos
- Entrevistas
- Aplicación de pruebas psicométricas
- Capacitaciones

3.2 Cronograma de Práctica Profesional Dirigida

Licda. Sonia Pappa

Actividad No.	**Fase de información y organización** Enero a febrero **Contenido**	**Fecha**
1.	Información sobre práctica , entrega de programa y cronograma Instrucciones sobre metodología Instrucciones sobre elaboración de informe final	Enero
2.	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños (por los y las alumnas)	
3.		
4.	Elaboración y entrega de planificación de actividades generales de práctica de campo (por los y las alumnas)	3ª. Semana de febrero
5.	Asignación de Centros de práctica	Febrero

6.	Entrega de carta de autorización escrita dirigida a la Universidad y sellada de autoridad inmediata para realizar la práctica	
7.	Visita al centro de práctica para realizar acuerdos y presentar la planificación a autoridad inmediata	
Actividad	**Fase de aprendizaje intra-aula Enero a septiembre 2009 Contenido**	**Fecha**
1.	Diagnóstico de conocimientos	Enero
2.	La entrevista	Febrero
3.	Entrega de resumen y análisis práctico del libro La Entrevista Psiquiátrica de Henry Stack Sullivan. Prueba corta	2ª. Semana de febrero
4.	Taller para elaboración de documentos de registro: Historia clínica, diagnóstico multiaxial, plan terapéutico, Informe Clínico de casos	Marzo
5.	Investigación y entrega de temas asignados según temática de aplicación.	1ª. Semana de marzo y 1ª. Semana de abril
6.	Entrega Capítulo I Marco de referencia de Informe de práctica. (Ver instructivo) Descripción de la institución Misión Organigrama Objetivos Población que atiende Descripción de la población	4ª. Semana de marzo
7.	Entrega de informes mensuales sobre las actividades realizadas en forma de cronograma	Durante el año
8.	Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)	Durante el año
9.	Exposición, análisis y discusión sobre diversas patologías	Abril y mayo
10.	Investigación y entrega de temas asignados según temática de aplicación.	1ª semana de junio y 1ª. semana de julio
11.	Exposición, análisis y discusión de formas de psicoterapia	Junio Julio
12.	Retroalimentación de aplicación e interpretación de pruebas diagnósticas	Julio
13.	Entrega de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	4ª. semana de julio
14.	Entrega de II capítulo: Referente teórico (Ver instructivo)	2ª. Semana de

		agosto
15.	Aplicación de técnicas de intervención clínica	Agosto
16.	Presentación y discusión de casos	Agosto
17.	Presentación de capítulo III del informe final: Referente metodológico (Ver instructivo)	4ª. semana de agosto
18.	Elaboración y entrega de historias clínicas e informes de casos	1ª. Semana de septiembre
19.	Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados (Ver instructivo)	2ª. semana de septiembre
20.	Entrega de informe de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	3ª. semana de septiembre
21.	Entrega de constancias de talleres y capacitaciones dados (firmadas y selladas)	4ª. semana de septiembre
22.	Primera revisión de informe final	4ª. semana de septiembre
23.	Segunda revisión de informe final	2ª. semana de octubre
24.	Tercera y última revisión de informe final	3ª. semana de octubre
25.	Entrega de informe	1ª. semana de noviembre
26.	Examen final	3a. Semana de noviembre
Actividad	**Fase de aplicación de conocimientos en centro de práctica Contenido**	**Fecha**
1.	Inicio de labores de práctica	marzo
2.	Diagnóstico institucional	marzo
3.	Observación de actividades del centro de práctica	marzo
4.	Actividades de *rapport* con la población del centro de práctica (Tanto administrativa como población que se atiende)	marzo y abril
5.	Atención de casos, siguiendo las normas de la institución	De abril a septiembre
6.	Investigación de temas relativos a los problemas psicopatológicos que encuentre	Durante el período de la práctica
7.	Cinco capacitaciones o talleres a grupos de personas. Los y las alumnas deben entregar antes el programa o agenda de trabajo y el contenido del tema para revisión antes de capacitar	Durante el año
8.	Aplicación de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	Agosto - septiembre
9.	Cobertura de necesidades del centro de práctica	Durante el período de la práctica
10.	Aplicación de técnicas motivacionales para captar clientes	Durante el

		período de la práctica
11.	Elaboración de documentos de registro de casos	Durante el período de la práctica
12.	Creación de mini- proyectos para cubrir necesidades del centro de práctica	Durante el período de la práctica

3.3 Planificación general

Práctica Profesional Dirigida
Mes. Marzo
Lugar: Procuraduría de los Derechos Humanos área de la Defensoría de la Mujer
Alumna: Ada Rocina Chavarria

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSO E INSTRUMENTO A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el centro de práctica y su funcionamiento	Hacer un diagnóstico institucional	- Recorrido por el centro de práctica - Entrevistas - Observaciones - Preguntas	- Guía de preguntas - Formatos - Cuaderno de campo - Lapicero	Tiene mayor conocimiento del lugar en donde se ejecutará la Práctica Profesional Dirigida.
Conocer el funcionamiento y la atención que brinda la DEFEM (Defensoria de la Mujer)	Observación de actividades del centro de práctica.	Entrevistas al personal, a personal de consulta externa y familiares.	- Formato - Cuaderno de campo - Lapicero - Grabadora	Mayor Conocimiento sobre el centro de práctica y la atención que prestada a la población, instalaciones y personal que atiende.
Establecer contacto con el personal administrativo y población atendida.	Actividades de *rapport* con la población del centro de práctica (Tanto administrativa como población que se atiende)	Entrevistas, técnicas y dinámicas que permitan hacer *rapport* con las personas.	- Cuaderno de campo - Lapicero	Tener un mejor acercamiento con personal y la población asistente para obtener mayor información.

Planificación general de Práctica Profesional Dirigida
Mes. Marzo

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Apoyar en la atención psicológica a personas asignadas por el asesor del centro de práctica.	Atención de casos, siguiendo las normas de la institución	Entrevistas, aplicación de psicoterapias, elaboración de diagnósticos.	Cuaderno de campo, test, psicológicos y proyectivos, hoja clínica.	Identificar problemas psicológicos y psicopatológicos que afectan la conducta de los pacientes.

Práctica Profesional Dirigida
Mes. Abril

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Conocer más a fondo las patologías que presentan las personas a través de lecturas e investigaciones.	Desarrollar técnicas conductuales y psicoanalíticas a nivel grupal e individual con los pacientes.	Investigar en diferentes fuentes como: Internet, libros u otros que puedan que sirvan de apoyo a la Capacitaciones.	Internet, libros, revistas, manuales, folletos, computadora, etc.	Aplicar técnicas psicoterapéuticas

Práctica Profesional Dirigida

Mes. Mayo

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Planificar y preparar talleres a los grupos elegidos por la estudiante.	Cinco capacitaciones o talleres a grupos de personas. Entrega Del programa o agenda de trabajo y el contenido del tema para revisión antes de capacitar	Se realizarán talleres, visita.	Cuaderno de práctica, formatos de planificación, computadoras, entre otros.	Adquirir la habilidad para lograr que el mensaje llegue a las persona.

Práctica Profesional Dirigida
Mes. Junio

OBJETIVOIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un proyecto de salud mental para aplicarlo en personas en áreas de riesgo.	Aplicación de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.	Charlas Atención psicológica Entrevistas.	Cuaderno de práctica, formatos de planificación, computadoras, entre otros.	Elaborar proyecto, aplicar técnicas de la psicología. .

Práctica Profesional Dirigida
MES: Julio

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Motivar a las personas a través de la aplicación de técnicas.	Aplicación de técnicas motivacionales.	Charlas Entrevistas Dinámica	Formatos, cuestionarios, Cuaderno de práctica, formatos de planificación, computadoras, entre otros	Lograr mayor afluencia de personas al centro de práctica.

Práctica Profesional
MES: Agosto

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Recopilar información de casos de personas atendidas para llevar un registro de los mismos.	Elaboración de documentos de registro de casos	Entrevistas, aplicación de test psicológicos y proyectivos.	Formatos, cuestionarios, Cuaderno de practica, formatos de planificación, computadoras, entre otros	Información sobre casos que se atienden; base para dar herramientas a los pacientes.

Planificación general
Práctica Profesional Dirigida

Mes. Septiembre

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RECURSOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	LOGROS Y RESULTADOS ESPERADOS
Dejar un proyecto en el centro educativo para minimizar sus necesidades. Presentar el informe final de la práctica.	Creación de mini- proyectos para cubrir necesidades	Elaboración de mini proyecto. Presentación de informe.	Formatos, cuestionarios, Cuaderno de práctica, formatos de planificación, computadoras, entre otros.	Cubrir las necesidades requeridas por el centro de práctica. Presentar un informe final de práctica profesional Dirigida

_____

Vo. Bo. Catedrática encargada de la Práctica Profesional Dirigida
Licda. Sonia Pappa

3.4 Subprogramas

I. Programa de atención de casos

A continuación se presenta la programación realizada durante la realización de casos vistos en el centro de práctica.

1. Objetivos

- Atender a las personas víctimas de violencia intrafamiliar
- Dar herramientas de apoyo a las personas que lo soliciten

2. Actividades

Aplicación de pruebas; se aplicaron pruebas proyectivas y psicométricas en los casos de violencia intrafamiliar, violencia psicológica, problemas depresivos, problemas de estrés etc. Se elaboraron historias clínicas, hojas de evolución, se realizaron técnicas de relajación, técnicas de regresión, grupales, individuales.

II. Programa de proyecto de salud mental

El Proyecto de salud mental para todos “Libera tu mente” se llevó a cabo por las alumnas de 5to año de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana extensión El Naranjo, en la Iglesia de Dios del Evangelio Completo del Barrio San Antonio de la zona 6, ciudad de Guatemala.

1. Objetivos

Objetivo general:

- Proveer herramientas que contribuyan a la salud mental de la población guatemalteca a través de una jornada psicológica.

Objetivos específicos:

- Apoyar a la comunidad del Barrio San Antonio a través de una jornada de salud mental para la búsqueda de un beneficio en su equilibrio emocional.
- Identificar conflictos más relevantes de las personas que soliciten el apoyo durante el desarrollo de la actividad.
- Promover el interés de las personas asistentes a la actividad sobre la importancia de la salud mental.

2. Cronograma de actividades

No.	Fecha	Actividad	Responsable
1	25-08-09	Asignación del proyecto Distribución del contenido del proyecto Descripción Justificación Objetivos: General y Específicos Actividades Cronograma Pasar revisar y unificar la información, enviarlo por correo electrónico a todas las compañeras	Licda. Sonia Pappa María ElenaGonzáles Dinelda Vallar Thelma Falla María ElenaGonzález Elizabeth Recinos Ada Rocina, Evelyn Calderón, Patricia Luna Amparo Vásquez Yolanda Salazar Hercilia Moreno Brenda Soto Patricia Santos Sara Avendaño Kinsa Ligorría
2	O1-09-09	Trabajar en borrador de proyecto, distribución de temas de talleres y atención personalizada en clínica	En el aula, las asistentes
4.	09-09-09	Visita de campo, conocer las instalaciones de la iglesia e intercambiar información con Pastores. Elaboración de croquis	Dinelda Vallar Thelma Falla
5.	11-09-09	2da. revisión de proyecto por Licda. Sonia Pappa	Thelma Falla
7.	17-09-09	Elaboración de gafetes, hojas de inscripción	María Elena González
8.	18-09-09	A Lic. Mario Salazar informar y solicitar permiso para faltar el sábado 3 a la Universidad, e información a catedráticas de Campus El Naranjo	Dinelda Vallar, Amparo Vásquez, Elia Salazar, Thelma Falla, María Elena González

10.	22-09-09	Asignación comisiones y contenido del proyecto Bienvenida Inscripción de talleristas Asignación e identificación de aulas para talleres 2º. nivel Asignación e identificación de aulas para talleres 3º nivel para clínicas Plenaria Coordinar con colaboradores Coordinar refacción (café y champurradas) Coordinar almuerzo Cierre de jornada y despedida	Licda. Sonia Pappa y alumnas en el aula Colaboradores de la iglesia Brenda Soto Yolanda Salazar Kinsa Ligorría Sara Avendaño Todas las alumnas Patricia Santos Colaboradores Colaboradores de cocina Todas las alumnas
11.	29-09-09	Ultimar detalles, coordinar comisiones	Alumnas en el aula
12.	01-10-09	Visita de campo, conocer colaboradores de la iglesia, con pastores, jueves por la noche 19:00 horas)	Dinelda Vallar Thelma Falla
13.	03-10-09	Jornada de Salud Mental	Todas las alumnas
14.	06-10-09	Elaboración de informe del proyecto	Alumnas en el aula
15.	13-10-09	Presentación informe final	Cada alumna a Licda. Sonia Pappa

Capítulo 4
Presentación de resultados

Introducción

En este capítulo se presentan los siguientes resultados que se obtuvieron a través de la Práctica Profesional Dirigida, realizada durante el periodo de marzo a septiembre. Se describen los logros y limitaciones que se dieron durante el trabajo de campo, se describe visualmente la información atravesé de graficas y explicación de las mismas.

4.1 Programa de atención de casos

I. Logros

- Se atendió un buen número de casos de violencia intrafamiliar
- La defensoría de la mujer expreso la importancia de que exista un centro de atención psicológica en dicha área y que por lo tanto continuaran coordinando con la Universidad Panamericana

II. Limitaciones

- No hubo un lugar adecuado para atender a las personas que asisten a las consultas
- Los recursos eran limitados

III. Conclusiones

- La atención de casos se concluyó con éxito.
- La administración de la defensoría de la mujer manifestó con agrado el alcance de los objetivos expresando que los mismos fueron alcanzados según lo planificado.

IV. Recomendaciones

- Implementar un centro de atención psicológica en la DEFEM
- Que exista una área específica para la atención de las personas que visitan la DEFEM.
- Delegar a una persona que tenga conocimientos mínimos para atender a las personas que llegan en crisis.

V. Muestra de cinco casos atendidos (historias Clínicas)

- Caso 1

1.Datos generales

- Fecha: 14/05/09
- Nombre: M. S. J
- Edad: 32
- Ocupación: Ama de casa
- Estado civil: Soltera
- Dirección donde vive: casa San Benito

2. Motivo de consulta

La señorita presenta baja autoestima y depresión debido a un accidente que le ocurrió al inicio del año 2009, se siente triste por estar lejos de su padre y de su pueblo. Desde el punto de vista psicológico la señorita necesita de un seguimiento en cuanto a tratamiento psicológico.

3. Historia del problema

El accidente ocurrido cuando ella se dirigía a buscar trabajo; como no estaba muy acostumbrada a caminar en las calles de la ciudad, dice que se atravesó la calle pero no observó el carro que venía y la tiro unos cuantos metros; inmediatamente ella perdió el conocimiento y fue un día después que recobró la razón.

Este motivo es por el cual ella está muy triste porque manifiesta que ya no es la misma de antes y el estar lejos de su padre también le afecta.

El accidente y la separación de la familia (su padre)

4. Historia clínica o antecedentes

No duerme bien porque piensa mucho y eso le quita el sueño, piensa constantemente en su estado de salud, en su padre, en su pueblo, que no tienen trabajo etc.

No se está alimentando bien, le duelen sus pies y su espalda.

El sentido de culpabilidad de haber dejado a su padre no la deja tener paz, los pensamientos

le perturban el sueño y su estado alimenticio.

5. Historia familiar

La señorita Marcela es originaria del Quiché su única familia es su padre y un hermano y el separarse de ellos y de su pueblo le ha afectado mucho, se vino a la capital a trabajar y a quí le ha costado conseguir trabajo, esta refugiada en la casa San Benito casa de huéspedes.
Su madre falleció y su padre tiene otra pareja; este fue uno de los motivos por los cuales se alejó de su pueblo.

6. Examen mental

a) Apariencia de origen indígena, callada, tímida, triste, noble.

b) Actitud; noble, responsable, colaboradora, c) conducta; cuando ya tiene confianza se expresa con más facilidad, d) lenguaje, en algunos momentos se parece a la de una niña, habla entre cortado, luego toma aire para continuar, e) curso de pensamiento, espera un momento para responder lo que se le ha preguntado, en algunas ocasiones hay que regresarla al tema porque se desviaba; f) contenido de pensamiento, el centro de su atención parece ser solo su salud y su tristeza, g) percepción; es una mujer que ha sufrido desde niña, le hace falta cariño, atención, amor y comprensión, h) humor al ganarse su confianza y hacer algunas bromas se sonríe con facilidad, es susceptible, i) memoria reciente recuerda las cosas con facilidad, las horas de sus terapias, j) afecto, es una persona muy aislada, sola es susceptible, k)control de impulsos, es callada, educada, tranquila, m) orientación, lleva el hilo de la conversación, n) capacidad de *INSIGHT*, identifica con facilidad el motivo de su situación, ñ) inteligencia, no tienen un CI muy elevado pero es una persona que al darle herramientas, desarrolla su creatividad.

7. Evaluación multiaxial

EJE 1, tras. Del sueño, ansiedad, estado de ánimo

EJE II, ningún diagnóstico

EJE III, enfermedad del sistema musculo esquelético

EJE IV, problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V, EEAG 75

8. Tratamiento

La terapia requiere varias sesiones, se ayudó a la paciente a evaluar sus experiencias pasadas y a examinar las cadenas de influencia que le han impuesto, los conflictos y situaciones que estaban en la base de ansiedad; se fortaleció el concepto de si misma. El crecimiento espiritual fue un factor importante durante las terapias.

Caso 2

2. Datos generales

- Fecha: 23/04/09
- Nombre de la afectada. L.P
- Edad: 42 años
- Estado civil: Casada
- Dirección donde vive. 49 avenida 17-17-zona 5 la charca

3. Motivo de consulta

La señora presenta un estado depresivo debido a la situación de violencia que vive en la relación de pareja desde hace 5 años; la señora L.P manifiesta que su esposo es muy celoso y maltrata mucho a su hijo mayor, el joven adolescente no es su hijo.

4. Historia del problema

Cuando se casó con su esposo el niño tenía 8 años, pero no ha habido una aceptación por parte de su hijo, el esposo es un hombre agresivo e impulsivo; tienen una niña de 7 años que si es hija de los dos y el joven siempre ha tenido muchos celos de ella y este es un motivo por el cual él también trata muy mal a su hermanita.

5. Historia clínica o antecedentes

La señora A.L. manifiesta que este problema le está perjudicando tanto que solo se la pasa enferma y con deseos de separarse de su esposo; también expresa que ella está consciente que es una madre muy violenta con su hijo y que le exige mucho sobre todo en los estudios; esta situación dice haberle quitado el sueño, el apetito y se la pasa de mal humor.

6. Historia familiar

La señora cuenta que por muchos años ella vivió sola con su hijo y que tenían una bonita relación, la madre de ella murió cuando ella tenía 13 años y ella se que do a vivir sola con su padre y hermanos es hija única, se casó a los 24 años y se divorcio a los dos años de casada.

7. Examen mental

a) Apariencia, es una mujer muy segura de sí misma, es profesional, expresiva y muy sensible; b) actitud es muy colaboradora, responsable, pasiva, c) conducta, se expresa con facilidad, es colaboradora, da confianza, d) lenguaje, muy claro, e) curso de pensamiento, lleva con mucha claridad el hilo de la comunicación, f) contenido de pensamiento, el centro de todos sus problemas están relacionados con la forma violenta de su esposo, g) percepción, es una mujer que ha tenido varios problemas emocionales en la vida como la pérdida de su madre, su divorcio anterior y la situación de ahora, h) humor, da confianza con facilidad, es amable, algunas veces bromista, i) memoria, tiene muy buena retención, esta una segunda carrera universitaria, j) afecto, es susceptible, amigable, k) control de impulsos, manifiesta que con su hijo no se controla que últimamente se irrita con facilidad, es educada, m) orientación, hace buenos análisis de su situación, lleva el ritmo de la comunicación, n) capacidad de *INSIGHT*, tienen claridad de su situación, ñ) confiabilidad, es agradable, inspira confianza, es espontánea, l) inteligencia, tienen un CI elevado, es fácil de llegar acuerdos con ella.

8. Evaluación multiaxial

EJE 1, sin diagnóstico

EJE II, sin diagnóstico

EJE III, sin diagnóstico

EJE IV, al grupo primario de apoyo

EJE V, EEAG 85

9. Tratamiento

Se orientó a la paciente para que pudiera resolver plenamente sus actitudes y sustituir sus sentimientos con un nuevo y mejor ajuste, el primer paso fue dejarla que expresara francamente los temores, dudas e inseguridad que le impiden ser feliz, la oportunidad de discutir esos sentimientos es un aspecto importante.

Caso 3

1) Datos generales

- FECHA: 14/05/09
- Nombre de la afectada. T. G.
- Edad: 42 años
- Estado civil: Casada
- Dirección donde vive: 49 avenida 17-17-zona 5 la charca

2) Motivo de consulta

Presenta un estado depresivo, tristeza profunda; manifiesta sentirse culpable por haber tenido una relación con un hombre casado el cual ya falleció y ella dice que toda su desdicha es porque Dios la está castigando por la relación que tuvo anteriormente con el padre de su hijo de 8 años.

3) Historia del problema

La señora T.G dice que toda su desdicha es porque Dios la está castigando por la relación que tuvo anteriormente con el padre de su hijo de 8 años, que la gente le dice que es por esa situación y dice sentirse muy culpable.

4) Historia clínica o antecedente

Cuando ella vivía en su pueblo conoció al padre de su hijo, el era un hombre casado, la quería mucho, le ayudaba con el niño y el fue su primer novio; pero el falleció cuando el niño tenía 4 años.

5) Historia familiar

La señora cuenta que cuando ella quedó embarazada de su hijo su papá y hermanos la sacaron de su casa porque ella era una vergüenza en su familia, manifiesta que en su cultura indígena en estos casos las muchachas son una vergüenza para la familia y por lo tanto no tuvo el apoyo de la familia.

6) Examen mental

a) Apariencia, es de condición humilde, un poco desarreglada, distraída, callada, b) actitud, es noble, tímida, pasiva, c) conducta, no da mucha confianza, tienen dificultades para expresarse, d) lenguaje, pasivo, algo confuso, e) curso de pensamiento, espera un momento para responder, a veces hay que repetirle la pregunta, f) contenido de pensamiento, está consciente que ella es muy tímida, dice que le cuesta mantener un trabajo, que no sabe hacer muchas cosas, g) percepción, se evidencia que ella a sufrido desde muy niña y que es una mujer muy sola, carente de atención , cariño y amor, h) humor, cuando se ha ganado la confianza ella se expresa con más facilidad, se sonríe muy poco, i) memoria, se le olvidan las cosas con facilidad, j) afecto, vive mucho tiempo sola, es aislada susceptible, k) control de impulsos, es tranquila, callada, m) orientación, hay un poco de dificultad para que se concentre en lo que está haciendo, n) capacidad de INSIGHT, pone atención a lo que se le está explicando pero también olvida con facilidad las cosas, ñ) confiabilidad, cuando ella se siente en confianza es mas platicadora, l) inteligencia, tienen un CI muy bajo pero es una persona que escucha y es persistente.

7. Evaluación multiaxial

EJE 1, Trastorno del estado de ánimo

EJE II, no hay diagnóstico, características de la personalidad histriónica

EJE III, no hay diagnóstico

EJE IV, problemas laborales, relativos al grupo primario de apoyo, relativos al ambiente social.

EJE V, EEAG 65

8. Tratamiento

Conductual y cognitivo -conductual

1. Tratamientos farmacológicos
2. Tratamientos cognitivos
3. Tratamientos conductuales

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

1. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.

2. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.

3. Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones.

4. Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionan oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas

5. Se ayudó a que la paciente distinguiera los sentimientos de culpa ficticia de aquello que es resultado de transgredir las leyes de Dios; para que la paciente comprendiera que padece de una culpa no proveniente de la obra de convicción del Espíritu Santo

Caso 4

1. Datos generales

- Fecha: 28/05/09
- Nombre de la afectada: E. M.
- Edad : 28 años: estado civil. Casada
- Dirección donde vive: Taxisco

2) Motivo de consulta

La señora E. M. manifiesta que su esposo la trata muy mal psicológicamente, que es un hombre muy mujeriego y ella es muy celosa con el; ella expresa que esta situación la tiene con un bajo estado de ánimo.

3) Historia del problema

E.M cuenta que su esposo es alcalde de un municipio y que tienen comunicación con varias muchachas del lugar y que la gente le cuenta a ella que lo han visto con algunas mujeres, situación que ella le ha reclamado en mucha oportunidades y en ese momento inician las peleas entre ellos.

4) Historia clínica o antecedente

Cuenta que cuando su esposo no tenía el cargo de alcalde no tenían problemas que el al principio era muy cariñoso, expresivo, pero que de un tiempo para este ha cambiado mucho; ella dejo todo por seguirlo a el sus estudios, su familia, y que en el municipio donde están viviendo ella no tiene a nadie de su familia y se siente muy sola.

5) Historia familiar

Toda su familia vive en la capital y ella es la única que está lejos; en este momento ella está embarazada nuevamente, ya tienen un niño de dos años y dice que está consciente que no fue el mejor momento para embarazarse pues no sabe que va a pasar con su relación de pareja.

6) Examen mental

a) Apariencia, es una mujer, joven, inteligente, expresiva, b) actitud, amable, responsable, c) conducta, da confianza con facilidad, se expresa muy bien, saludable, d) lenguaje, fluido bien expresado, e) curso de pensamiento, es analítica, cuestionamiento lógico, f) contenido de pensamiento, está consciente que le afecta lo que la gente le dice, g) percepción, es una mujer muy enamorada u extremadamente celosa, insegura de su pareja, h)humor, es muy seria, da confianza con facilidad, i)memoria, estar en muchas actividades le hace olvidar sus problemas, tienen buena capacidad de análisis, j) afecto, le gusta compartir con la gente y relacionarse, k) control de impulsos, es una mujer muy equilibrada, m) orientación, lleva muy

bien el ritmo de conversación, n) capacidad de *Insigth,* está consciente de la problemática que le está afectando, ñ) confiabilidad es espontanea, da confianza, l) inteligencia
Tiene un CI elevado, está cerrando en derecho, buena capacidad para analizar.

7. Evaluación multiaxial

EJE 1, no hay diagnóstico

EJE II, tras. Por dependencia

EJE III, no hay diagnóstico

EJE IV, no hay diagnóstico

EJE V, 85

8. Tratamiento

Se trabajaron las aéreas positivas en su vida, el nivel de autoestima, la aceptación, técnicas de relajación, se analizó una lectura llamada “el camión de basura”

Caso 5

1) Datos personales

- Fecha: 21/05/09
- Nombre de la afectada.
- M. E. G.
- Edad. 34 años
- Estado civil. Casada
- Dirección donde vive.
- Santa Catarina Pínula

2) Motivo de consulta

La señora M. E. Expresa que con su esposo llevaban una relación muy bonita hasta que su esposo decidió tener otra relación amorosa; han llegado al punto de separarse pero luego de 3 meses el volvió a la casa, pero la relación continua muy mal.

3) Historia del problema

La persona con quien su esposo ha tenido una relación es una compañera de trabajo de M. y también de su esposo, la relación ha tardado varios meses, ella le ha planteado a su esposo que lo mejor es que se divorcien. Lo que más desespera a M. es que su esposo le dice que no siente placer estar con ella.

4) Historia clínica o antecedente

La señora M. cuenta que cuando estaban recién casados su esposo era más detallista y que se casaron porque ella ya estaba embarazada. Dice que su tormento inicia cuando él le confiesa que tiene otra relación y que él la quiere a ella pero también a la otra persona.

5) Historia familiar

Tienen 2 hijos varones, viven en casa de los suegros ella cuenta que tiene el apoyo de ellos, la quieren mucho y que su esposo a raíz de los problemas no la deja ir donde sus papás para que no se enteren de los problemas, los dos ellos son maestros y trabajan en el mismo lugar.

6) Examen mental

a) apariencia, un poco descuidada, sencilla, noble, b) actitud, expresiva, amable, respetuosa, c) conducta, da confianza, desesperada, d) lenguaje, se expresa muy bien con claridad, demuestra sinceridad, e) curso de pensamiento, por ratos pierde el control y suelta en llorar, está consciente cuanto les afecta a toda la familia esta situación, f) contenido de pensamiento, se muestra muy segura de querer separarse, todo gira en torno a la infidelidad de su esposo, g) percepción, es una mujer llena de vida, con una energía sexual frustrada, muy sola, triste, h) humor, cuando está contenta hace bromas, amable, i) memoria, recuerda las cosas con facilidad, j) afecto, es susceptible, con pocas amigas, k) control de impulsos, es tímida, tranquila, m)orientación, se concentra en la conversación, escucha, n) capacidad de INSIGHT, está consciente de que sus problemas no solo la afectan a ella si o a sus hijos y a su familia, ñ) confiabilidad, demuestra sinceridad, da confianza, l) inteligencia, es muy hábil, analítica y perseverante.

7. Evaluación multiaxial

EJE 1, trastorno del estado de animo

EJE II, no hay diagnostico

EJE III, no hay diagnostico

EJE IV, no hay diagnostico

EJE V, 80

8. Tratamiento

Trabajo el nivel de autoestima, aceptación personal, se trabajaron terapias individuales y de pareja

Se tuvieron 4 sesiones individuales y 3 de parejas, se trabajaron los modelos del psicoanálisis la exploración de cada etapa de su niñez, familia, adolescencia y adulto; se trabajo el aprendizaje social, se le dejaron, tareas, como leer un libro llamado “cuando las mujeres aman demasiado” ver y analizar una película, se leyeron dos historias:

4.2 Programa de aplicación de proyecto de salud mental

a) Logros

- Participación de todo el grupo de estudiantes
- Se atendieron a mujeres, hombres y niños durante la jornada
- La solidaridad del grupo de estudiantes
- Se promovió el nombre de la Universidad Panamericanas
- Se captò la atención de las personas a través de las actividades.
- Se cumplió con las actividades planificadas en la jornada
- Se cumplió con los objetivos establecidos.

b) Limitaciones

- No participo mucha gente, motivo por el cual no se pudieron dar los talleres
- Se dieron pocas consultas
- Poca divulgación de la actividad.
- No se planifico un plan B
- No nos asegurarnos que la divulgación se hiciera
- Atribuir responsabilidades o actividades al pastor de la iglesia (referente a la divulgación)
- Establecer un día específico para realizar la divulgación nosotras.
- Poca afluencia de gente
- No se logró dar todos los temas previstos.

c) Conclusiones

- Se realizó con éxito la jornada de salud mental.
- Se dio atención clínica a personas integrantes de la iglesia.

d) Recomendaciones

- Continuar haciendo jornadas de salud mental en las áreas de mayor índice de vulnerabilidad
- Que exista mayor comunicación entre el grupo que este coordinando la actividad.

e) Presentación de proyecto de salud mental

Proyecto de salud mental

Lugar: Iglesia de Dios Evangelio Completo

Dirección: 3 avenida 11-50 zona 6, Barrio San Antonio, Ciudad de Guatemala.

Fecha: sábado 3 de octubre del 2,009
Dirigido a: comunidad Barrio San Antonio

Descripción

El Proyecto de Salud Mental "Libera tu mente" se llevará a cabo por las alumnas de 5to año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana, extensión El Naranjo, en la Iglesia de Dios Evangelio Completo del Barrio San Antonio de la zona 6, ciudad de Guatemala, la cual cuenta con cincuenta y cinco años de fundada.

Este proyecto tiene como objetivo promover la salud mental de las familias y personas individuales que asisten a la iglesia y viven en las áreas circunvecinas, apoyando el trabajo que realizan los pastores Adolfo Efraín Barrientos Rivas y Vilda Marina Mejía Salazar de Barrientos en esta área de la Ciudad. Así como también el proyecto intenta brindar las herramientas que provean de apoyo a la población que se atiende, para que tomen una actitud asertiva ante el diario vivir, la crisis presente y sus necesidades de índole emocional.

"Libera tu mente" tocará temas relacionados con: problemas familiares, matrimoniales, juveniles, madres solteras, niños de hogares desintegrados, la toma de decisiones asertivas y otros que puedan coadyuvar a la comunidad a la que va dirigida. El proyecto se desarrollará por medio de una plenaria general donde se hablará de la actitud que deben tener las personas para promover su salud mental, luego se impartirán cuatro talleres simultáneos por la mañana

en dos turnos y, temprano en la tarde se brindará servicio de clínicas de consejería y terapia psicológica individual y de parejas.

Justificación

De acuerdo al diccionario en línea Wikipedia, la “salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y potencial emocional, entre otros.

Hoy en día la salud mental es un tema que ha adquirido una importancia mayor; se dice que el estrés, la depresión, la angustia, son problemas que están afectando a la población mundial, mayormente a los países en desarrollo y los que están en vías de desarrollo. Las clínicas psicológicas y de consejería son más conocidas y visitadas por muchas personas, más que en el pasado.

Pero aún existen grupos que no creen que la psicología sea un buen medio para dar alivio a los males psicológicos puesto que creen que no son de Dios, esto es, la Iglesia evangélica en su mayoría.

Aunque la Iglesia evangélica cree que la consejería psicológica promueve la creencia que los problemas que afectan adversamente al estado mental y emocional de la persona es determinada por circunstancias externas a la persona, como el abuso de parte de los padres o el ambiente en el cual la persona ha crecido y se apoya de versos bíblicos como el que asevera que el corazón maligno del hombre y sus decisiones pecaminosas causan sus problemas emocionales, mentales y de su comportamiento en general. "Por qué de adentro, del corazón humano, salen los malos pensamientos, la inmoralidad sexual, los robos, los homicidios, los adulterios, la avaricia, la maldad, el engaño, el libertinaje, la envidia, la calumnia, la arrogancia y la necedad. Todos estos males vienen de adentro y contaminan a la persona" (Marcos 7:21-23). Por lo tanto todo debe tratarse de manera espiritual. Pero yendo a la

Palabra de Dios, esto no quiere decir que el hombre no necesite de un apoyo emocional que le ayude a tener una calidad de vida como el mismo Jesús lo hizo saber, "…yo he venido para que tengan vida, y la tengan en abundancia" Juan 10:10.

La salud mental es, cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

La falta de salud mental puede ocurrir en cualquier ámbito social o a nivel particular. Las iglesias evangélicas, que también se catalogan como un grupo social, padecen de problemas de esta índole, a estas llegan personas con múltiples problemas emocionales, psicológicos, psicosomáticos y psicopatológicos, con la esperanza de encontrar sanidad del alma (psique); por lo tanto, también necesitan ser apoyadas en procesos psicológicos tales como terapias de diferentes tipos, talleres y charlas motivacionales con el fin de orientarlos hacia una salud metal.

Es motivador el saber que varios pastores se están abriendo a esta posibilidad y por esta razón es necesario elaborar programas que lleguen a esta población, aprovechando la apertura que muchas iglesias evangélicas están teniendo. Se debe, por lo tanto, elaborar programas que satisfagan las necesidades psicológicas-espirituales, de forma que sean llenadas de manera satisfactoria.

Objetivos

Objetivo general

- Proveer herramientas que contribuyan a la salud mental de la población guatemalteca a través de una jornada psicológica.

Objetivos específicos

- Apoyar a la comunidad del Barrio San Antonio a través de una jornada de salud mental para la búsqueda de un beneficio en su equilibrio emocional.
- Identificar conflictos más relevantes de las personas que soliciten el apoyo durante el desarrollo de la actividad.
- Promover el interés de las personas asistentes a la actividad sobre la importancia de la salud mental.

Recursos

1. Humanos

- Estudiantes de 5º. Año de la Licenciatura en Psicología y Consejería de la Universidad Panamericana, extensión El Naranjo.
- Pastores anfitriones: Adolfo Efraín Barrientos Rivas y Vilda María Mejía Salazar de Barrientos. - Pastores colaboradores
- Colaboradores: siete miembros de la iglesia
- Asistentes: familias y personas individuales de la comunidad de la iglesia y colonias aledañas al Barrio San Antonio (Colonia Noruega, Militar Zona 6, Cipresales, San Juán de Dios, Colonia Nueva San Antonio.

2. Físicos

- Instalaciones de la iglesia: templo, salones, oficinas, áreas en común, cocina, baños, pizarrones de formica, sillas, mesas, bancas

3. Materiales

- Papelería impresa, gafetes, trifoliares, volantes, hojas de evaluación, tinta e impresora, croquis de la ubicación, información de actividades, etc.
- Marcadores y almohadillas para pizarrones, papel bond, lapiceros, rotafolios, marcadores, etc - Materiales audiovisual, laptop, cañonera, retroproyector, televisión, videocassetera, micrófono, bocinas, etc.

4. Financieros

- Aporte de las alumnas

Evaluación

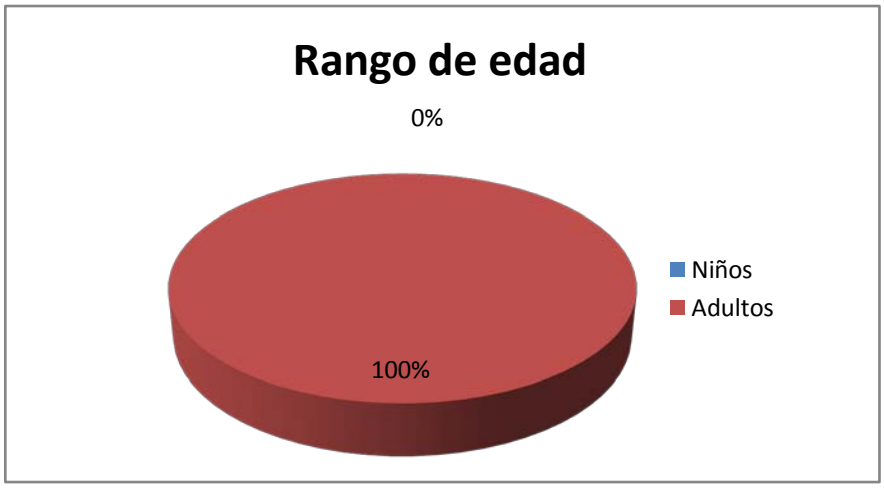
Vo. Bo. Licenciada Sonia Magaly Pappa
Supervisora y Asesora de Práctica Profesional Dirigida

4.3 Gráficas y análisis de resultados

4.3.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1

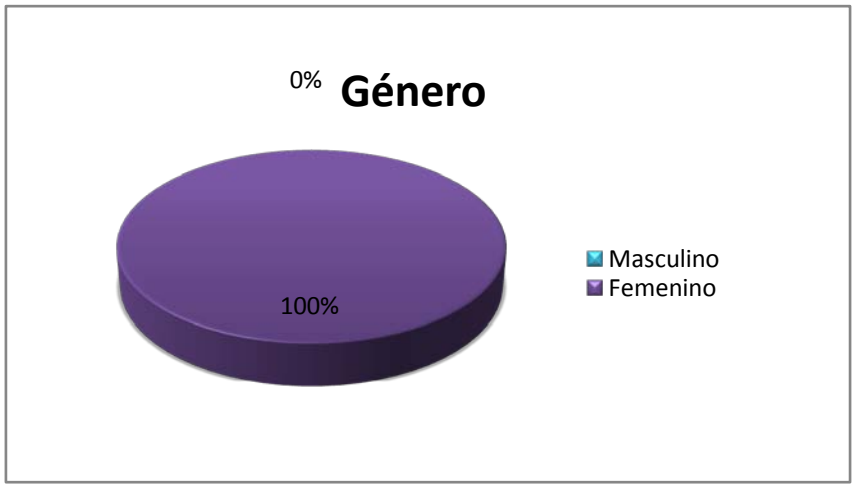
Rangos por edades de las personas atendidas



Fuente propia

Gráfica 2

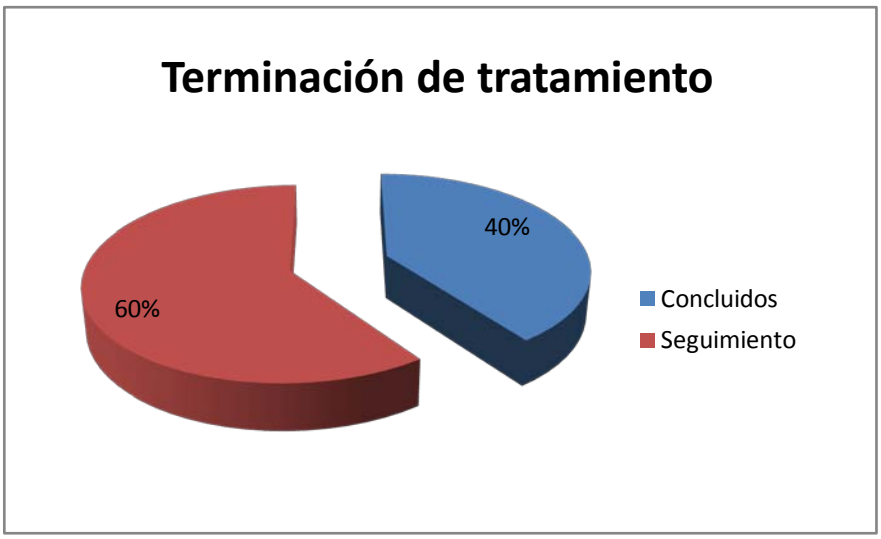
Rango por género de personas atendidas en el centro de práctica



Fuente: propia

Gráfica 3

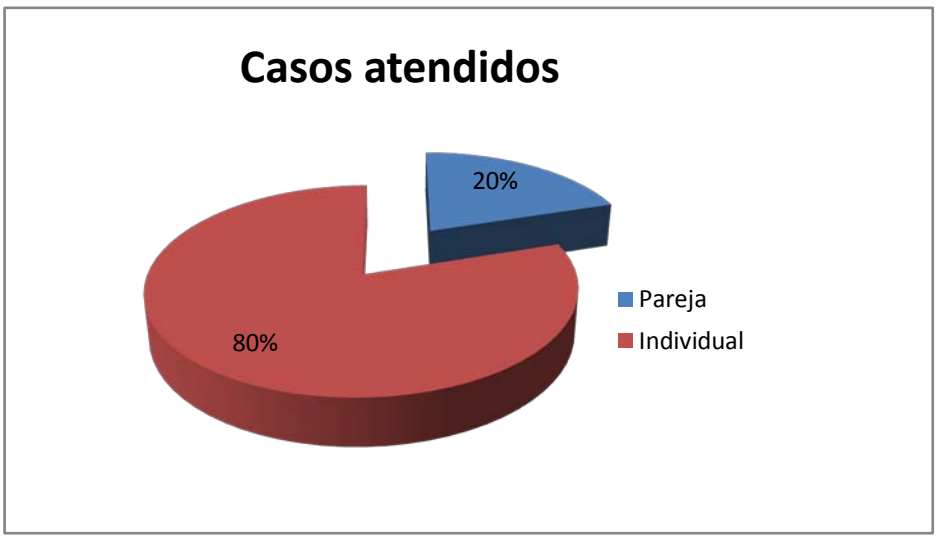
Tratamientos de casos en el centro de práctica



Fuente: propia

Gráfica 4

Personas que atendidas en el centro de práctica



Fuente: propia

4.4 Análisis de datos

1- En la gráfica 1 se observa el rango de las edades de niños y adultos que se atendieron en el centro de práctica, la misma refleja que la mayor población atendida son adultos.

2- En la gráfica 2 se visualiza la población atendida por la clasificación de orden de genero la misma refleja que un 100% fueron mujeres.

3- En la gráfica 3 se puede ver que un 60% de tratamientos de los casos necesitan de un seguimiento y un 40% fueron concluidos.

4- La gráfica 4 refleja que un 80% de los casos atendidos fueron individuales y un 20% fueron casos de parejas.

Conclusiones

1. La Práctica Profesional Dirigida se desarrolló con gran éxito y satisfacción, la experiencia de atención a los casos que solicitaron apoyo fue muy enriquecedora tanto a las personas que se les atendió, como también para el fortalecimiento de los conocimientos; al mismo tiempo se tuvo la oportunidad de conocer más de cerca la realidad y los diferentes problemas psicopatológicos que afectan a las personas.

2. La psicología es una de las herramientas muy importantes para conocer al ser humano en su contexto político, económico, social y cultural.

3. El aumento de los problemas sociales indudablemente repercuten en el desequilibrio emocional de muchas personas, problemas como, situación económica, la violencia, el narcotráfico, la pobreza etc.

4. El campo de la psicología es muy amplio y necesario para el control del equilibrio de los estados emocionales de las personas prioritariamente en la construcción de la base de formación de los niños y jóvenes.

Referencias

Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. Conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas

Barlow D. Y Durand. M. Psicología Anormal. Thomson Lerning. Edición México

Belloch A., Sandin B.& Ramos. Manual de Psicopatología,, F. McGraw Hill, primera edición, México

Bellak y Small Psicoterapia breve y de Emergencia.. Edit. Pax

Carmelo Monedero Psicopatología General, segunda edición

CONAPREVI (Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia y contra la Mujer

Collins, Gary. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz

Craig, grace. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall

De la Fuente Ramón. La Patología Mental y su Terapéutica. Fondo de Cultura Económico

Doctor, Werner P. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer,

Dorch, f. Diccionario de Psicología. Herder

Ellis.Terapia Racional Emotiva. Moreno, El Psicodrama.

González Núñez José de Jesús. Psicoterapia Grupal. Manual Moderno

IRWIN G. SARASON- BARBARA R. SARASON, LIBRO psicopatología psicología anormal: el problema de la conducta inadecuada undécima edición

Internet Wuiquipedia
Juan J. López – Ibor Aliño DSM IV TR MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Catedrático de psiquiatría

Kolb, L Psiquiatría Clínica Moderna.. Prensa Médica Mexicana

López J. I. y Valdés M. M. DSM- TR-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México

Narramore M. Libro: problemas psicológicos

Reyes Calderón J.A., León-Dell R Edición (2002), "Victimología", 3ª. Guatemala

Rogers, Carl Terapia Centrada en el Cliente.

Sarason G. I. y Sarason R. B. Libro: psicopatología psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Undécima edición

Sullivan, Harry Stack La Entrevista Psiquiátrica.. Edit. Psique

Vásquez, Tesis J.L. (2002) "Estudio y análisis en el proceso penal guatemalteco" Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

ANEXOS

Anexo 1
Cartas de la Práctica Supervisada

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias de la Educación
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, septiembre de 2009.

Licda. Ana Gladys Ollas Hidalgo
DEFENSORA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER
PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS

Licda. Ana Gladys Ollas Hidalgo
Defensoría de los Derechos de la Mujer
Procuraduría de los Derechos Humanos
Guatemala

Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Educación. Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana, proporcionando la oportunidad a la alumna practicante de 5o. Año, ADA ROCINA CHAVARRÍA de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realizara su práctica durante este año obteniendo un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para manifestarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano Facultad de Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD PANAMERICANA · FACULTAD DE LA EDUCACIÓN · DECANO · GUATEMALA

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias de la Educación
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala. septiembre de 2009.

Señor Procurador de la Nación
Dr. Sergio Fernando Morales Alvarado
Procuraduría de los Derechos Humanos
Guatemala

Respetable Procurador:

Reciba un cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Educación. Nos dirigimos a usted para agradecerle su colaboración con la Universidad Panamericana, proporcionando la oportunidad a la alumna practicante de 5o. Año, ADA ROCINA CHAVARRÍA de la carrera de Psicología y Consejería Social para que realizara su práctica durante este año obteniendo un aprendizaje muy valioso en su institución.

Aprovechamos la oportunidad para manifestarle muestras de consideración y respeto.

Deferentemente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano Facultad de Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE LA EDUCACIÓN DECANO GUATEMALA

Guatemala 12 de Noviembre del 2009

A QUIEN INTERESE

Por este medio la Defensoría de los Derechos de la Mujer de la Procuraduría de los Derechos Humanos, hace contar que la Señora Hada Rosina Chavarría de Rosales, realizó su práctica de Psicología, en esta Defensoría en los meses de Marzo a Septiembre del 2009, cumpliendo un horario de 8:00 a 16:00 horas los días jueves, habiendo cumplido a cabalidad con el horario establecido con la Universidad Panamericana.

Para los usos que a la interesada convenga, firmo y sello la presente a los doce días del mes de Noviembre del dos mil nueve.

Atentamente;

Licda. Ana Gladis Ollas Hidalgo
Defensora de los Derechos de la Mujer.

CC. Archivo.

PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS
12 avenida 12-72, zona 1 PBX 2424-1717
Guatemala, Centro América
www.pdh.org.gt

20 años
CONTRA EL ABUSO DE PODER
PROMUEVE Y DEFIENDE TUS DERECHOS

Guatemala 12 de Noviembre del 2009

A QUIEN INTERESE

Por este medio la Defensoría de los Derechos de la Mujer de la Procuraduría de los Derechos Humanos, hace contar que la Señora Hada Rosina Chavarría de Rosales, realizó su práctica de Psicología en esta Defensoría, en los meses de Marzo a Septiembre del 2009, cumpliendo con los horarios y lineamientos establecidos con la Universidad Panamericana.

Durante la Práctica, demostró responsabilidad, cumplimiento, interés y la iniciativa necesaria en la atención a las personas afectadas por la violencia Intrafamiliar y Contra la Mujer, por lo que la Sra. Chavarría de rosales demuestra sensibilidad para la atención psicológica de los pacientes que requieran de su atención.

Para los usos que a la interesada convenga, firmo y sello la presente a los doce días del mes de Noviembre del dos mil nueve.

Atentamente;

Licda. Ana Gladis Ollas Hidalgo
Defensora de los Derechos de la Mujer.

CC. archivo.

Anexo 2
Fotografías tomadas en el proyecto de salud mental
(Barrio San Antonio zona 6)

FOTO No.1

Esta foto muestra la dramatización sobre el bien y el mal y como el bien siempre es el que vence al mal.

FOTO No. 2

Esta foto fue tomada en la dramatización que se realizó en el proyecto de salud mental en el barrio San Antonio.

Anexo 3

Fotografías Tomadas en el centro de Práctica

Foto No. 3

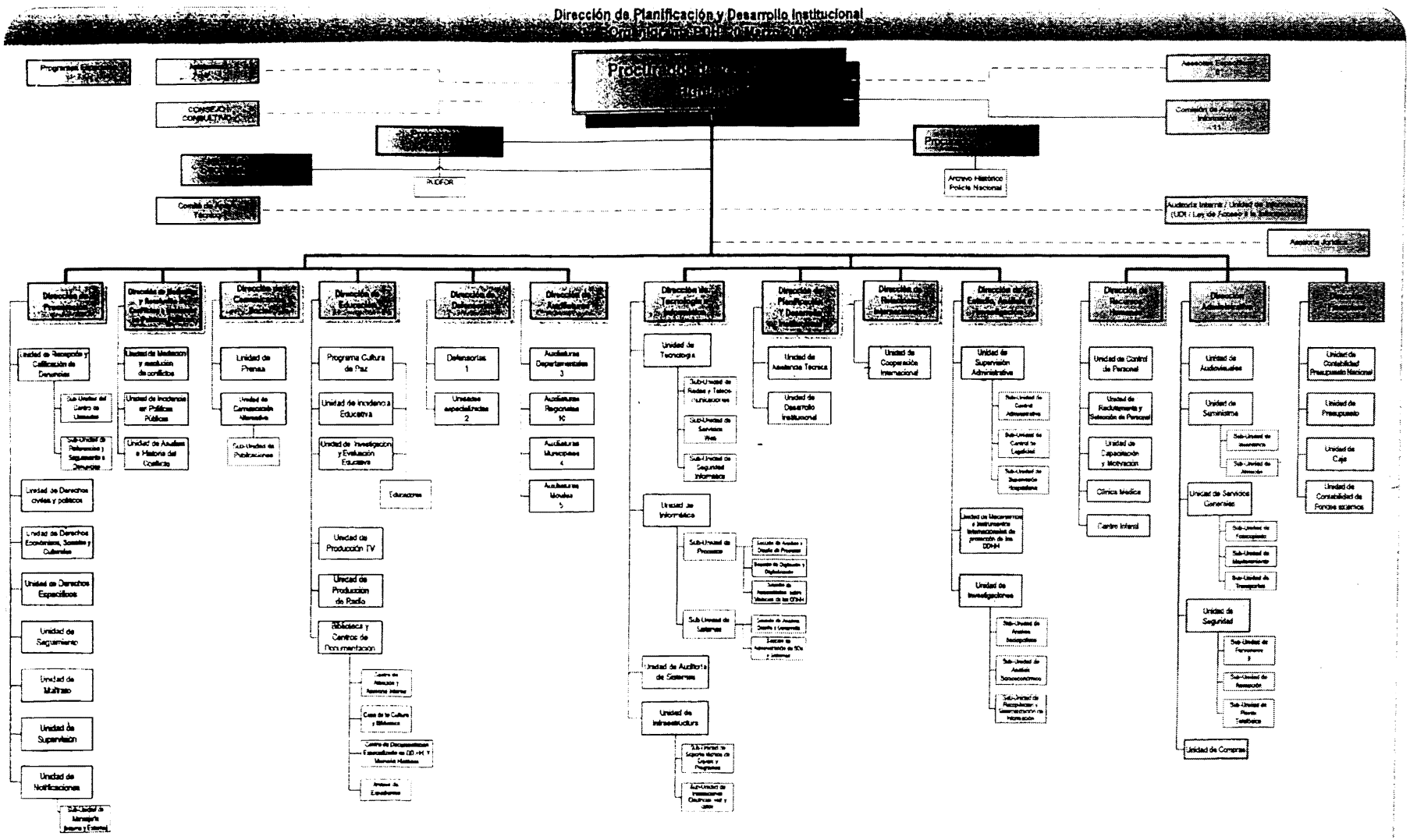
Atención Clínica en el Centro de Práctica

Foto No. 4

Atención Clínica a paciente en Centro de Práctica de Derechos Humanos

Anexo 4

Organigrama de Estructura de Procuraduría de los Derechos Humanos



Vo. Bo.
Dr. Sergio Fernando Morales Alvarado