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

Sintomatología de los Trastornos del Estado de Animo en los Adolescentes

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Sandra Regina Marroquin Barrera

Guatemala, marzo 2013

Sintomatología de los Trastornos del Estado de Animo en los Adolescentes

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Sandra Regina Marroquin Barrera (**Estudiante**)

M. A. Rebeca Ramírez de Chajón (**Catedrática**)

Guatemala, marzo 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica y Secretaria General	M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M. A. César Augusto Custodio Cóbar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana	Licda. Elizabeth Herrera de Tan

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

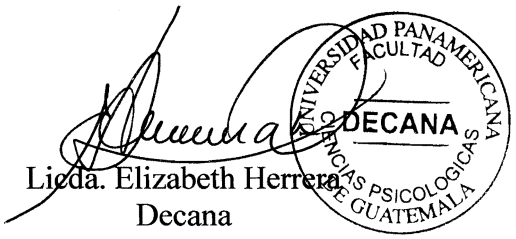
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: ***Sandra Regina Marroquin Barrera***
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 27 de febrero 2,013

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

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



Licda. Elizabeth Herrera
Decana

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

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: ***"Sintomatología de los Trastornos del Estado de Animo en los Adolescentes".*** *Presentada por el (la) estudiante:* ***Sandra Regina Marroquin Barrera****, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clinica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

Licda. Rebeca Ramirez de Chajon
Asesora

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

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: ***"Sintomatología de los Trastornos del Estado de Animo en los Adolescentes".*** *Presentada por el (la) estudiante:* ***Sandra Regina Marroquin Barrera****, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clinica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

Lic. Mario Salazar
Revisor

UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema ***"Sintomatología de los Trastornos del Estado de Animo en los Adolescentes",*** *presentado por:* ***Sandra Regina Marroquin Barrera*** *previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la* ***impresión*** *del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DECANA CIENCIAS PSICOLOGICAS DE GUATEMALA

Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen i

Introducción ii

Capítulo 1

Marco de Referencia 1

1.1 Datos de la Institución en donde se realizó la Práctica 1

1.2 Descripción general de la Institución 2

1.3 Planteamiento del problema 4

1.4 Interrogante 4

1.5 Objetivo general 5

1.6 Objetivo específico 5

1.7 Delimitación del estudio 5

1.8 Aporte 5

Capítulo 2

Referente Teórico 6

2.1 Adolescencia 6

2.1.1 Etapas de la adolescencia 7

2.1.2 Características de la adolescencia 7

2.1.3 Sentimientos manejados por los y las adolescentes de 15 a 17 años 9

2.2 Presentación clínica de los trastornos del estado de ánimo 10

2.3 Conductas propias de los trastornos del estado de ánimo en adolescentes 12

2.4 Tratamiento para los trastornos del estado de ánimo 14

2.4.1 Psicofarmacología 15

2.4.2 Psicoterapia 15

Capítulo 3

Referente Metodológico 17

Capítulo 4

Presentación de Resultados 18

Caso No. 1 19

Caso No. 2 20

Caso No. 3 21

Caso No. 4 22

Caso No. 5 23

Caso No. 6 24

Logros 25

Limites 25

Conclusiones 26

Recomendaciones 28

Referencias 30

Anexos 32

Resumen

Durante el desarrollo en la adolescencia influyen ciertos factores que son: el biológico, psicológico, social y cultural que intervienen conjuntamente en la percepción que el/la adolescente tiene de sí mismo, tomando en cuenta ésto, los trastornos del estado de ánimo han sido y son una problemática que se presenta con más frecuencia en la adolescencia pero también afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social en ciertos períodos del ciclo vital. Es por esto que se considera importante hacer una revisión de la sintomatología de estos trastornos en los y las adolescentes específicamente.

En el capítulo uno; se encuentra el marco de referencia donde se muestran los datos de la institución los cuales aportan detalles para contextualizar el presente trabajo, siendo estos: descripción, misión, visión, organigramas, objetivos, población que se atiende, horarios, servicios que presta, entre otros datos, por último se muestra el planteamiento del problema a presentar y la interrogante que se trabajará. En el capítulo dos; se describe el referente teórico, conteniendo la patología de los trastornos del estado de ánimo en los adolescentes abarcando distintos conceptos abordándolos ampliamente para brindar así una mejor comprensión; se aborda el tema de las características de la adolescencia, el desarrollo físico del adolescente. En el capítulo tres se encuentra el referente metodológico, se presenta una referencia de la opinión de la patología según D. Carmelo Monedero, así como también los criterios diagnósticos de los distintos trastornos del estado de ánimo según el DSM IV TR. En el capítulo cuatro; se describen los programas y materiales utilizados para el abordaje de esta problemática. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones a la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo en adolescentes. Así también se presentan las distintas referencias bibliográficas consultadas para la elaboración de este trabajo, los anexos en los cuales se incluyen cartas, talleres desarrollados con los y las adolescentes, fotografías y organigramas del centro en donde se realizó la práctica supervisada V.

Introducción

La adolescencia supone un periodo de grandes cambios que tienen ramificaciones psicológicas y mayores riesgos para el bienestar físico y mental. Constantemente, los y las adolescentes están expuestos a situaciones potencialmente estresantes, entre ellas las tareas evolutivas específicas de la edad (cambios corporales, estructuración de la identidad, independencia de los padres, entre otros) y los problemas concernientes a los diferentes ámbitos - familiar, social y escolar - en el que se desenvuelven, sin embargo, las situaciones difíciles de la vida no conducen necesariamente a un trastorno del estado de ánimo, a no ser que la persona este especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su cognición. En este sentido, el afrontamiento desempeña un papel importante de moderador entre las experiencias estresantes, los recursos con que se cuenta para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas. Algunos estudios en población estudiantil nos dicen que una considerable cantidad de adolescentes tienden a utilizar estrategias disfuncionales para afrontar sus problemas y los eventos estresantes que viven en su entorno.

En la adolescencia, aproximadamente entre los 12 y los 20 años, no siempre es fácil detectar los trastornos del estado de ánimo, pero los problemas familiares, la disminución del rendimiento escolar, los delitos, el abuso de drogas, los trastornos de la conducta alimentaria, entre otros, pueden llevar a sospechar que el/la adolescente sufre un trastorno del estado de ánimo.

En esta investigación, se realiza un rastreo de casos en población escolar adolescente. La imposibilidad de realizar un estudio sobre los trastornos del estado de ánimo de mayor alcance ha sido circunscrito en el Instituto Dr. Imrich Fishmann, lugar donde se realizó la Práctica Supervisada V de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, específicamente en 4to. Bachillerato sección I.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Datos de la institución en donde se realizó la Práctica

Nombre: Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann

Nombre del Director: Licenciado José Víctor Hernández

Dirección: 7ma. Avenida 5-80, zona 13 Ciudad

Números de teléfono: 2472-0152 / 2472-0288

Servicios que brinda: Carrera de Bachillerato Industrial y Perito en una de las trece especialidades: Artes Gráficas, Mecánica de Mantenimiento Industrial, Dibujo de Construcción, Mecánica Diesel, Mecánica Automotriz, Electrónica, Mecánica General, Estructuras Metálicas, Carpintería, Enderezado y Pintura de Automóviles, Refrigeración y Aire Acondicionado, Procesamiento de alimentos y Electricidad.
Horarios de atención: de 7:30 a 12:00 y de 14:00 a 18:00 hrs.

Población que atiende: Jóvenes y señoritas con el nivel básico concluido.
Tipo de Institución: Institución Pública Nacional a nivel Medio.
Clínicas y ambientes del área de Psicología y/o Consejería: Cuenta con tres clínicas y una sala de espera, equipadas con lo necesario para brindar el servicio requerido.

Reseña Histórica de la Institución: Fue fundado en el año de 1959 por el gobierno de Guatemala, durante el período del General Miguel Ydigoras Fuentes con la ayuda del gobierno de los Estados Unidos, por medio del Dr. Imrich Fischmann Suzitski (De ahí el nombre del instituto). La

finalidad de la creación de este instituto fue la de ofrecer estudios que produjeran mano de obra calificada al país, ya que era escasa en ese entonces.

Creación del Departamento de Orientación: Como dato importante para el Instituto cabe mencionar el antecedente del proyecto para la realización del Departamento de Orientación Psicológica, mismo que fue propuesto por M.Sc. Aldo Guevara Instructor del taller de carpintería. Tomando él la iniciativa de crear dicho departamento, inició diseñando la estructura de las clínicas, elaborando una propuesta la cual presentó a las autoridades del Instituto, así como también al Ministerio de Educación, para la respectiva aprobación e implementación formal del Departamento. La finalidad de este proyecto es: en promover y facilitar el desenvolvimiento personal, educativo y profesional del alumno a través de una ayuda técnica y de asesoramiento, favoreciendo los procesos de madurez personal, de desarrollo de la propia identidad y sistema de valores y de toma de decisiones respecto al futuro académico y profesional así mismo prevenir las dificultades en el aprendizaje, y no sólo asistirlas cuando han llegado a producirse, anticipándose a ellas y evitando, en lo posible, fenómenos como los del abandono y el fracaso.

1.2 Descripción general de la Institución

Visión

Ser la base del desarrollo industrial y laboral en Guatemala, para la formación integral de ciudadanos profesionales, con un nivel académico competente para poder ingresar a las distintas universidades dentro y fuera del país. Integrando tecnología con la educación y que corresponda competente y eficazmente a las necesidades que la sociedad guatemalteca plantea y que a través de la metodología innovadora informe a profesionales industriales exitosos en las distintas áreas del sector público y privado.

Misión

Incrementar el desarrollo de nuestra nación bajo los principios de solidaridad y cooperación de entidades visionarias consolidándose como la institución rectora de la educación dual académica técnica y en la formación de jóvenes profesionales Bachilleres Industriales y Peritos en las especialidades: Artes Gráficas, Mecánica de Mantenimiento Industrial, Dibujo de Construcción, Mecánica Diesel, Electrónica, Mecánica General, Estructuras Metálicas, Carpintería, Enderezado y Pintura de Automóviles, Refrigeración y Aire Acondicionado, Procesamiento de alimentos y Electricidad.

Proyección

La proyección del Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann capacita técnica y académicamente al educado, creando en él un completo sentido de organización, responsabilidad, orden y cooperación, desarrollando su capacidad para superar sus intereses individuales en concordancia con el interés social.

Estado General de las Instalaciones e Infraestructura

El Instituto consta de tres edificios de un nivel, teniendo los laboratorios y talleres en dos áreas en donde se imparte el área práctica de las trece especialidades que brinda dicho Instituto, cada laboratorio con materiales, equipo y herramientas necesarias según la especialidad. El área de formación teórica está ubicada en otro edificio teniendo aulas con pupitres cada una con capacidad para 40 alumnos aprox.

El área de dirección y administración está en el primer edificio de las instalaciones. Al ingresar al instituto se encuentran varias casetas que venden comida y otras que distribuyen insumos escolares. Cuenta con parqueo interno privado. Tiene canchas deportivas, biblioteca, salón de computación y de audiovisuales. La infraestructura es antigua ya que el instituto tiene 52 años de prestar servicios y es poca o nula la remodelación que se le ha dado.

1.3 Planteamiento del problema

La importancia de llevar a cabo esta investigación sobre sintomatología de trastornos del estado de ánimo en adolescentes, está sustentada tanto en los efectos negativos que esto trae consigo en el desarrollo de las personas, así como en los alarmantes resultados que actualmente han ocurrido, se caracterizan por acelerados cambios en el individuo a nivel físico, cognoscitivo y social. Estos cambios convierten estas etapas de la vida en períodos de mucha vulnerabilidad, cuando los niños o los/las adolescentes tienen dificultades para afrontar estos cambios de manera adecuada, pueden desarrollar diversos trastornos emocionales, como la depresión. Por otro lado, Feldman (2002) refiere que el desarrollo de los adolescentes se ha visto afectado por los drásticos cambios sociales que han venido ocurriendo en las últimas décadas. Cambios que han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros. Dichas problemáticas familiares se han convertido en factores de riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Así, el APA (2002) refiere que, en los diversos estudios epidemiológicos hechos, la edad de inicio de estos trastornos está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. Según los últimos estudios realizados para la población general, estos trastornos son los problemas más frecuentes de salud mental, se ha observado que 2 de cada 10 adolescentes han tenido ideación suicida en los últimos 12 meses. Además, la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente en esta ciudad, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado. Dada la importancia de la detección oportuna de esta sintomatología en los/las adolescentes se ha llegado a trabajar la presente investigación.

1.4 Interrogante

¿Cuál es la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo en los y las adolescentes de 15 a 17 años?

1.5 Objetivo general

Determinar la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo en los y las adolescentes de 15 a 17 años.

1.6 Objetivos específicos

Determinar la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo en los y las adolescentes.

Enlistar las principales causas de los trastornos del estado de ánimo en adolescentes de 15 a 17 años.

1.7 Delimitación del estudio

Adolescentes de 15 a 17 años.

1.8 Aporte

Brindar información adicional para seguir visualizando un departamento de Salud Mental y Orientación Vocacional en el Instituto Imrich Fischmann.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Adolescencia

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como de la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar.

La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos. El/la adolescente, está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

2.1.1 Etapas de la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

2.1.2 Características de la adolescencia

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. Aún no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

A continuación algunas características específicas de los adolescentes hombres y mujeres de 15 a 17 años aproximadamente.

Crisis de oposición: Necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional. Por eso "nuestro" niño, deja de ser "nuestro", para ser de los demás, especialmente de los amigos.

Desarreglo emotivo: A veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos. Es por eso que un día las hijas sorprenden a los padres con un abrazo y otro día rechaza cualquier muestra de cariño. Un día sin motivo aparente se despierta dando gruñidos, simplemente porque sus hormonas posiblemente le estén jugando una mala pasada.

Imaginación desbordada: Sueñan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados. Es un medio de transformar la realidad, pueden imaginar un porvenir, como modelos, o futbolistas elite, o campeones de surf, actores, entre otros. "Ellos pueden cambiar el mundo, hacerlo mejor."

Narcisismo: Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico, puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados. Quieren estar constantemente perfectos aunque su visión de la estética no tenga nada que ver con la de los padres.

Crisis de originalidad

a) Individual: como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial.

b) Social: Rebelión juvenil en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Señalan al adulto sobre todo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una necesidad clara de participación, la uniformidad en lenguaje y en

vestimenta de los/las adolescentes, no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo, y que a veces lo viven de una forma obsesiva.

2.1.3 Sentimientos manejados por los y las adolescentes de 15 a 17 años

Sentimiento de inseguridad: sufre a causa de sus propios cambios físicos que no siempre van parejos con su crecimiento emocional, puesto que la pubertad, es decir la madurez física, siempre precede a la psíquica, con lo que a veces se encuentran con un cuerpo de adulto, que no corresponde a su mente, y por lo tanto no se reconocen, y desarrollan una fuerte falta de confianza en sí mismos.

Sentimientos de angustia: Frustración continua. Por una parte se le pide que actúe como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra se le trata como un niño, se le prohíbe vestir de una u otra forma, o se reglamentan sus gustos, entre otros.

Esta angustia es la manifestación de la tensión que el chico/chica soporta y que se manifiesta:

a) Agresividad: como respuesta a dicha frustración, la agresividad es un mecanismo habitual. La cólera del adolescente ante la negativa de sus padres a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento les supone una bajada de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos, entre otros, son claros ejemplos de esta agresividad manejada.

b) Miedo al ridículo: Es un sentimiento social de vergüenza, atravesar un sitio con mucha gente, ir con ropa poco apropiada para el grupo, entre otros y que puede tener manifestaciones físicas; taquicardia, trastornos gastrointestinales, entre otros.

c) Angustia expresada de modo indirecto: el miedo al examen, timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado.

d) Sentimientos de depresión: por la necesidad de estar solo, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia.

Bien, estas características se consideran en la normalidad de un hombre o una mujer adolescente, pero por supuesto, dentro de ciertos límites. La angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas, puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando se detecta que el/la adolescente está sufriendo mucho y/o hace sufrir a los demás, o cuando se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente, que de alguna forma le alejan en exceso de la realidad.

2.2 Presentación clínica de los trastornos del estado de ánimo

Según el Profesor y Maestro D. Carmelo Monedero, la afectividad es entendida como la manera en que el/la adolescente se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Cada adolescente, dependiendo de sus intereses específicos, que a su vez le mueven a la acción, se siente afectado de distinta manera por los acontecimientos que le acaecen en su vida; por lo tanto son esas "motivaciones," las que los hacen sentir afectados de distinta forma; y esas motivaciones, no son otra cosa que los instintos biológicos de cada uno.

Se distingue, por lo tanto, distintas formas de afectos, en concreto tres formas: las emociones que es la afectación brusca de una representación mental. Esa brusquedad lleva a un desequilibrio somático. Otra forma de afecto serían los sentimientos, son más matizados que las emociones y no conlleva a una modificación somática. Son situaciones momentáneas. Por último, los estados afectivos, que no dependen de ninguna representación o idea, y que suele calificarse como estado

de ánimo, son estas situaciones afectivas básicas, la forma peculiar de ser, una forma estable de sentirse afectado.

Comprender la dinámica afectiva de un/una adolescente, sería comprender la estructura individual de sus intereses o tendencias. De todo esto, podría extrapolar lo que sería una reacción vivencial anormal, que no es otra cosa que la patología de la emoción.

Según el DSM-IV TR los trastornos del estado de ánimo se dividen de la siguiente manera:
Episodios afectivos (se incluyen así, esto es, por separado, para poder diagnosticar mejor los trastornos del estado de ánimo), entre los que se incluyen, episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. Estos episodios no tienen códigos diagnósticos asignados, y por lo tanto, no pueden diagnosticarse, sin embargo sirven para el fundamento diagnóstico de los trastornos.

Para la descripción de estos trastornos se requiere de la presencia o ausencia de los episodios descritos, de ahí su inclusión. A su vez, los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, en trastornos bipolares y los trastornos basados en la etiología, como los trastornos debido a enfermedad médica y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. La distinción entre los trastornos depresivos y los trastornos bipolares consiste en que los primeros no tienen historia previa de un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

A continuación criterios diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo:

1. Trastorno depresivo mayor: se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.
2. Trastorno distímico: su principal característica es que debe haber, al menos, dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

3. Trastorno depresivo no especificado: esta categoría está incluida para poder codificar trastornos con características depresivas atípicas y que no cumplen las condiciones para un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico, o bien síntomas depresivos en los que no haya una información adecuada o ésta sea contradictoria.
4. Trastorno bipolar tipo I: caracterizado por uno o más episodios maniacos o mixtos, normalmente acompañados de episodios depresivos mayores.
5. Trastorno bipolar tipo II: caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores acompañados de, al menos, un episodio hipomaníaco.
6. Trastorno ciclotímico: debe haber al menos, dos años de periodos de síntomas hipomaníacos, sin cumplir los criterios de un episodio maníaco, y periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
7. Trastorno bipolar no especificado: esta categoría se incluye para codificar trastornos que no cumplen todas las características para un trastorno bipolar específico.
8. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: es caracterizado por una prolongada alteración en el estado de ánimo, consecuencia directa de una enfermedad médica.
9. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: se caracteriza por una acusada y larga alteración del estado del ánimo, como consecuencia de la alteración por un medicamento, una droga, exposición a algún tóxico.
10. Trastorno del estado de ánimo no especificado: esta categoría se incluye para codificar los síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de los anteriormente comentados.

2.3 Conductas propias de los trastornos del estado de ánimo en adolescentes

Aun cuando ningún adolescente está libre de sufrir trastornos del estado de ánimo, cabe señalar algunos factores de riesgo, entre los que sobresalen los problemas familiares y escolares. Es cierto que los conflictos pueden ser causas o consecuencias de estos trastornos, es importante

principalmente conocer su condición de desencadenantes, con la intensión de concienciar a las Instituciones Escolares de la importancia de prevenir en lo posible esta patología, mediante la creación de un ambiente saludable. Por supuesto, el centro educativo ha de ser sensible a la situación de los/las alumnos que eventualmente sufran de alguno de estos trastornos, y ser conscientes del relevante papel que pueden desempeñar en su recuperación.

Es importante pensar y analizar particularmente los factores ambientales escolares, a sabiendas de que su impacto en el/la adolescente depende en gran medida de su personalidad. Es bien sabido que un mismo acontecimiento no tiene igual efecto, todo depende de quién lo experimente. En este sentido, se sabe que el/la adolescente inseguro, ansioso y con baja autoestima con pocas herramientas de afrontamiento está más expuesto. Hay que tomar en cuenta que estos factores, como los hereditarios, también pueden ser responsables de este tipo de trastornos.

- Ambiente escolar poco apropiado: La falta de sensibilidad hacia la diversidad, que se traduce en mayor o menor cuantía en desconfianza, hostilidad y exclusión. Este rechazo es sobre todo en alumnos que tienen rasgos étnicos, físicos o psicológicos diferentes.

- La tecnificación en los centros educativos está introduciendo un considerable cambio en las relaciones humanas, ahora mucho más dependientes de la tecnología y menos del contacto personal con el profesor y los compañeros. El uso inadecuado o abusivo de la tecnología con facilidad genera aislamiento y enajenación en los alumnos.

- Las malas relaciones y la fragilidad de la comunidad educativa. Un buen número de centros escolares están hoy sufriendo de rivalidad feroz y de individualismo. El mundo de la escuela se halla asimismo sacudido por la violencia, hasta el punto de que en algunos centros se pone en grave peligro la integridad personal y la educación se torna misión imposible. Los/las alumnos se deprimen con más facilidad en un ambiente de este tipo que puede ser verdaderamente traumatizante y aun aterrador.

- La descompensación del discurso educativo. En la infancia y en la adolescencia el discurso meramente instructivo y dogmático, a menudo acompañado de sobrecarga de exigencias y deberes, es totalmente desaconsejable por revelarse frío, distante y extenuante.

- El predominio de la rigidez y la verticalidad en las estructuras y estilos, lo que dificulta la participación responsable y la comunicación fluida, sincera y comprensiva de los miembros de las instituciones escolares.

- La disponibilidad de drogas en los centros escolares o en sus aledaños. No se trata de ser hiper vigilantes o represores sino fundamentalmente de brindar la suficiente formación a los/las escolares para prevenir el consumo de tóxicos.

Los trastornos del estado de ánimo en adolescentes a menudo es difícil de diagnosticar, dado que los/las adolescentes normales tienen altibajos en su estado anímico, los cuales pueden alternarse en períodos de horas o días. A veces, cuando se le pregunta a los/las adolescentes dirán que no son felices o están tristes, sin dar muestras de que sufren ya un trastorno, es por esto que es importante prestar atención y saber cuándo buscar ayuda profesional

2.4 Tratamiento para los trastornos del estado de ánimo

Las opciones terapéuticas para los/las adolescentes son:

1. Psicoterapia
2. Psicofarmacología (si el caso lo amerita)

El tratamiento se debe acomodar al adolescente y a los síntomas que presenta.

2.4.1 Psicofarmacología

El primer medicamento que se ensaya normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). Fluoxetina (Prozac) y escitalopram (Lexapro) son los únicos aprobados por la FDA para tratar la depresión mayor en adolescentes (edades de 12 a 17 años). La fluoxetina también está aprobada para niños de 8 años en adelante.

Los médicos todavía están recetando ISRS y otros medicamentos antidepresivos para adolescentes con depresión. Varios puntos importantes respecto a tomar cualquier antidepresivo abarcan:

- Los niños y los adolescentes que toman medicamentos deben asistir a control con un psiquiatra en busca de efectos secundarios. Los padres o cuidadores deben estar atentos a pensamientos o comportamientos suicidas, nerviosismo, agitación, irritabilidad, malhumor o insomnio que estén empeorando. Consiga ayuda médica psiquiátrica para estos síntomas de inmediato.
- No deje de tomar estos medicamentos sin hablar primero con el médico.

2.4.2 Psicoterapia

Casi todos los/las adolescentes con trastornos del estado de ánimo se benefician de algún tipo de psicoterapia. La psicoterapia es un buen espacio para hablar de sus sentimientos y preocupaciones y aprender formas de manejarlos.

Los tipos de psicoterapia abarcan:

- La terapia cognitiva conductual le enseña a las personas deprimidas, formas de combatir los pensamientos negativos. Esto hace que estas personas sean más conscientes de sus

síntomas, les ayuda a conocer qué es lo que hace empeorar su depresión y les enseña habilidades de resolución de problemas.

- Logoterapia: A diferencia del resto de las terapias, trata el aspecto doloroso de la existencia como algo intrínseco a la naturaleza humana y como oportunidad de desarrollo, aprendizaje y sentido.
- La terapia de familia puede ser de ayuda, si el conflicto de familia está contribuyendo a la depresión. El apoyo de la familia o de los profesores puede ayudar con los problemas escolares.
- Terapia grupal: Unirse a un grupo de apoyo de personas que están experimentando problemas semejantes también puede ayudar ampliando sus horizontes y compartiendo con personas que lo/la van a comprender, escuchar y compartir vivencias.

Algunas veces, los/las adolescentes con depresión grave o que están en riesgo de suicidio pueden requerir hospitalización para recibir tratamiento.

Los/las adolescentes con trastornos del estado de ánimo deben aprender a:

- Tomar los medicamentos correctamente y manejar sus efectos secundarios.
- Estar atentos a signos tempranos que indiquen que la depresión está empeorando y reaccionar cuando esto suceda.
- Hacer más ejercicio y buscar otras actividades que disfrute.
- Evitar el alcohol o fármacos (sea que se los hayan recetado o no). Estas sustancias afectan el cerebro y empeoran la depresión con el tiempo y también pueden alterar su capacidad de discernimiento respecto al suicidio.
- Cuando el adolescente sienta que está luchando con el mismo, es recomendable que hable con alguien de confianza respecto a cómo se está sintiendo. Tratar de que esté alrededor de personas que sean afectuosas y positivas.
- Tener metas de vida.

Capítulo 3

Referente Metodológico

En este proceso de sistematización del desarrollo de práctica profesional dirigida V, se aplicó el método cualitativo.

La población que se atendió durante el desarrollo de esta práctica se menciona en el capítulo uno. Se atendió de forma oficial para el programa de la Universidad Panamericana, atendiendo seis casos, brindándoles atención psicológica, es importante hacer mención que se atendieron otros más llenando así los requerimientos de las autoridades del Instituto Fischmann, ya que la necesidad de atención psicológica es bastante requerida.

En los casos atendidos se utrilizaron como metodología de proceso psicodiagnóstico: entrevistas, observación, elaboración de diagnósticos diferenciales y diagnósticos multiaxiales, se aplicaron test psicológicos, siendo estos:

- Pruebas proyectivas menores (árbol, familia y figura humana)
- CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico)
- Escala de depresión de Beck

Dentro de las terapias que se utilizaron para el desarrollo de los procesos terapéuticos con los pacientes están:

- Cognitivo conductual
- Humanista
- Gestalt

Capítulo 4

Presentación de Resultados

Se presentan los resultados encontrados, en los casos terapéuticos atendidos en la práctica profesional de quinto año de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, presentándose en primer lugar, el caso que genero la inquietud de la temática de "Sintomatología de los Trastornos del Estado de Ánimo en los adolescentes", seguido de los demás casos atendidos, de la siguiente forma:

Caso uno

Datos generales:	Nombre: BAV Edad: 16 años Sexo: Masculino Lugar de residencia: zona 5, Ciudad de Guatemala
Motivo de consulta:	Orientadora: "Es un chico muy tímido, alejado del grupo, no comparte, muy introvertido". Paciente: "No sé bien por qué estoy acá, no me gusta estar en mi clase y mis compañeros me caen mal, hacen ruido y me molesta porque no puedo poner atención".
Diagnóstico multiaxial:	EJE I: F34.1 Trastorno Distímico (3000.4) EJE II: Ninguno EJE III: Problemas en la vista pendientes de diagnóstico EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Soledad y falta de afecto) EJE V: EEAG 50 – 41
Plan terapéutico utilizado:	Terapia Cognitivo-Conductual: Por medio de esta terapia se ayudará a trabajar su proyecto de vida. Se le mostrarán todos los pensum Universitarios, costos, duración de las carreras, entre otros, así como también las múltiples opciones de becas a las que puede aplicar, se le darán CD de información y teléfonos para que llame directamente preguntando sobre las opciones de becas.

Fuente: Elaboración personal.

Caso dos

Datos generales:	Nombre: ARG Edad: 17 años Sexo: Masculino Lugar de residencia: Villa Nueva, Guatemala
Motivo de consulta:	"Busco orientación para mi vida futura ya que quiero seguir estudiando pero no se en donde, estoy inseguro de lo que quiero de mi futuro, tengo muchas dudas sobre la vida."
Diagnóstico multiaxial:	EJE I: Ninguno EJE II: Ninguno EJE III: Ninguna EJE IV: Otros problemas psicosociales y ambient. (dificultad en accesar a información) EJE V: EEAG 100-91
Plan terapéutico utilizado:	Terapia Cognitivo-Conductual: Está terapia contribuye a trabajar su proyecto de vida. Se le mostrarán todos los pensum Universitarios, costos, duración de las carreras, entre otros, así como también las múltiples opciones de becas a las que puede aplicar, se le brindó CD de información y teléfonos para que llame directamente preguntando sobre las opciones de becas.

Fuente: Elaboración personal.

Caso tres

Datos generales:	Nombre: EGM Edad:16 años Sexo: Masculino Lugar de residencia: Zona 16, Sta. Rosita, Ciudad de Guatemala
Motivo de consulta:	Orientadora: "Es un chico con muchos temores, me ha buscado para que lo ayude ya que es muy inseguro y temeroso de que le pase algo a su mamá y a su abuelita". Paciente: "Tengo mucho miedo a la muerte, mi abuelo falleció por enfermedad y yo lo vi morir, temo que a mi mamá o a mi abuela se mueran y nosotros que vamos hacer, si dependemos de ellas".
Diagnóstico multiaxial:	EJE I: F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático (309.81) EJE II: Ninguno EJE III: Ninguna EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Ausencia del Padre y maltratos del mismo) EJE V: EEAG 61-70
Plan terapéutico utilizado:	Terapia Cognitivo-Conductual: Por medio de esta terapia se ayudó a el paciente a pensar y actuar de una manera realista, afrontando su realidad de una mejor manera, con herramientas que le brinden ayuda para saber manejar las distintas situaciones que actualmente vive. Se le empoderó para encontrar así su propia estima. Trabajar las ideas irracionales acerca de su persona. Silla vacía, lugar seguro, técnicas del modelo ABC, que llegue a ver que hay soluciones que puede aplicar en su vida.

Fuente: Elaboración personal.

Caso cuatro

Datos generales:	Nombre: SGRD Edad: 17 años Sexo: Masculino Lugar de residencia El Limón, Zona 18, Ciudad de Guatemala
Motivo de consulta:	Orientadora: "Es un líder negativo en el grupo, no acepta ayuda y tiene pésima actitud con sus mayores, más aun cuando se le llama la atención". Paciente: "No soporto a mi papá, ya no le tengo respeto, estoy cansado de su maltrato y de su irresponsabilidad, pasamos penas por culpa de él. Mi mamá lo aguanta y le deja pasar todos sus maltratos y borracheras, yo ya no me dejo y me da miedo llegar a hacer algo muy malo en contra de él".
Diagnóstico multiaxial:	EJE I: F91.3 Trastorno Negativista Desafiante (313.81) EJE II: Ninguno EJE III: Ninguno EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Padre Alcohólico, ausencia de autoridad, falta de apoyo familiar) EJE V: EEAG 51-60
Plan terapéutico utilizado:	Terapia Cognitivo-Conductual: Por medio de esta terapia se le facilitó al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativa en relación con los problemas que actualmente está viviendo, reduciendo o eliminando así los síntomas. Entrenamiento en relajación con ejercicios de respiración y relajación corporal. Técnicas de resolución de problemas. Se le empoderó llegando así a controlar sus emociones canalizándolas de una manera diferente. Técnica del modelo ABC, con la cual encontró soluciones que él no había visto con anterioridad.

Fuente: Elaboración personal.

Caso cinco

Datos generales:	Nombre: AJTX Edad:17 años Sexo: Femenino Lugar de residencia Sumpango, Chimaltenango, Guatemala
Motivo de consulta:	Orientadora: "Es una chica muy retraída, con autoestima baja, temerosa, en el grupo es sumamente tímida" Paciente: "Siento que tengo que mejorar varios aspectos en mi persona, me cuesta socializar y me da pena muchas cosas".
Diagnóstico multiaxial:	EJE I: F91.3 Trastorno Distímico (300.4) EJJE II: Ninguno EJE III: Discrepancia en la longitud de las piernas. EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Problema de control de emociones de la madre, violencia física de la madre, ausencia de autoridad, falta de apoyo familiar) Problemas económicos (Economía insuficiente) EJE V: EEAG 61-70
Plan terapéutico utilizado:	Terapia Cognitivo-Conductual: Por medio de esta terapia se ayudó a la paciente a pensar y actuar de una manera realista, afrontando su realidad de una mejor manera, con herramientas que le sean útiles y la ayuden a saber manejar las distintas situaciones que actualmente vive. Empoderarla para que encuentre su propia estima. Se trabajó las ideas irracionales acerca de su persona. Silla vacía, lugar seguro, técnicas del modelo ABC, que llegue a ver que hay soluciones que puede aplicar en su vida.

Fuente: Elaboración personal.

Caso seis

Datos generales:	Nombre: DCH Edad:17 años Sexo: Femenino Lugar de residencia Guajitos, zona 12 Guatemala
Motivo de consulta:	"Me siento sin ánimo, triste, no tengo ganas de hacer nada, no que quiero levantar en las mañanas, no quiero bañarme, ni salir de mi cuarto."
Diagnóstico multiaxial:	EJE I: Ninguno EJE II: Ninguno EJE III: Ninguna EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Problema de alcoholismo del padre, violencia física y verbal como consecuencia, ausencia de autoridad, falta de apoyo familiar, engaño por parte de su novio) EJE V: EEAG 61-70
Plan terapéutico utilizado:	Terapia Cognitivo-Conductual: Por medio de esta terapia se ayudó a trabajar las ideas irracionales. Técnica de Concordancia Técnica de Aceptación Técnica de Dirección Técnica de Apoyo Técnica de Confrontación

Fuente: Elaboración personal.

Logros

La práctica profesional V, fue llevada a cabo en el Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann, en donde se trabajó con adolescentes con diversas problemáticas, referidos por los maestros, por la orientadora del Plantel y por voluntad propia. Se brindó ayuda psicológica por medio de Psicoterapias individuales, las cuales se proporcionaron de una manera detallada, con puntualidad, respetando las citas y brindándoles el respectivo acompañamiento; también se trabajaron terapias grupales en donde se expusieron temas de interés para los adolescentes en general; la participación de los adolescentes fue bastante exitosa ya que les gustaba llegar a esta actividad y siempre la participación fue motivadora.

Se logró concluir en su mayoría los casos a diferencia de un caso particular por retiro voluntario del paciente.

Limitaciones

Entre las recomendaciones más significativas se menciona; las instalaciones poco adecuadas para brindar una ayuda profesional adecuada en donde el paciente se sienta cómodo y en completa privacidad. El poco seguimiento que se les da a los adolescentes después del retiro de las practicantes universitarias. La necesidad es mucha y los/las alumnos practicantes son muy pocos y cuentan con poco tiempo, para poder atender a todos los pacientes ya que no se le da prioridad al tratamiento. La colaboración de los maestros y maestras es poca o nula en algunos casos.

Conclusiones

1. Es preciso insistir la importancia que tiene el manejo de la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo en las instituciones educativas, así como en los hogares de los y las adolescentes.

2. Los cambios acelerados que acontecen en la sociedad y en los centros escolares exigen un mayor interés hacia una enfermedad que no respeta edad, condición económica, género, raza.

3. Se concluye que las principales causas de los trastornos del estado de ánimo en la población escolar son:
   - El aumento de la tecnificación y la debilitación de las relaciones humanas en las instituciones escolares.
   - La facilidad para conseguir drogas.
   - La inadecuada política educativa intercultural, que lleva a un significativo número de escolares a sufrir hostilidad o exclusión.
   - La debilitación de la institución familiar, lo que deja a un buen número de alumnos sin los recursos personales suficientes para hacer frente a los conflictos cotidianos.

4. Es importante enfatizar que el deterioro de la comunicación y de las relaciones escolares constituye un factor depresógeno.

5. Es notorio que en las instituciones escolares están presididos por la rivalidad feroz y el individualismo, esto nos lleva a concluir que el aislamiento y la despersonalización avanzan a medida que la tecnología se usa inadecuada o abusivamente.

6. Es evidente que las instituciones educativas se hallan sacudidas por la violencia, hasta el punto de que en algunos centros se pone en riesgo la integridad personal y la educación se torna misión imposible.

7. El abuso de tóxicos, muy asociado a la violencia, tiene a menudo consecuencias nocivas en la salud mental. Es de conocimiento público el fácil acceso que los y las adolescentes tienen a las drogas y al alcohol.

8. Los trastornos del estado de ánimo pueden empujar a los escolares hacia las drogas, también puede suceder al revés, esto es, que la drogadicción desencadene estos trastornos.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se hacen con la finalidad de disminuir los trastornos del estado de ánimo en los y las adolescentes de 15 a 17 años.

1. Se recomienda la creación de escuelas de padres en las instituciones escolares es algo muy importante, pues les ayudará a desplegar su potencialidad emocional, comunicativa y formativa dentro de la familia.

2. Es importante contemplar la labor de los psicólogos educativos y/o clínicos suficientemente sensibilizados y preparados puede facilitar la detección de casos de depresión y la oportuna derivación hacia los profesionales e instituciones de salud mental si fuera necesario.

3. Se enfatiza la necesidad de orientar a los jóvenes y detectar a quienes puedan estar sufriendo trastornos, brindándole un abordaje pertinente, evitando así problemáticas futuras.

4. Es de básica importancia el establecer departamentos de orientación o de Psicología en las instituciones, lugar donde se podrá apoya a los y las adolescentes.

5. Brindarles a los maestros capacitaciones constantes para que ellos que están cercanos a los y las adolescentes puedan detectar estos casos y derivarlos al respectivo departamento para que puedan ser atendidos debidamente.

6. Los centros educativos deben contar con programas pedagógicos encaminados a informar y a formar a los alumnos sobre el consumo y el abuso de las drogas.

7. Es preciso promover la inclusión y la participación responsable de todos los educandos, así como la construcción de un clima social presidido por la cordialidad, la confianza y la seguridad.

Referencias

Bibliográficas:

Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinvención de la familia*. España:Paidos.

Hurlock B. Elizabeth. (1997). *Psicología de la adolescencia.* España: Paidos

López – Rigo, Caterina (2005). *Aprendiendo a ser padres.* México: Emán SA. de CV

Rice, F. P. (2000). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura.* España: Avesta

Robles, R. & Páez, F. (2003). *Propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo.* España: PANAS.

Rosselló, J. & Berríos Hernández, M. (2004). *Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes.* Revista Interamericana de Psicología.

Ruiz Sanchez, J.J. & Imbernon Gonzales, J.J. (1996). *Sentirse mejor, cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva.* México: Mac Graw Hill.

Sander, J. (2004). *Investigación en adolescencia: tópicos y tendencias contemporáneas.* Revista Latinoamericana de Psicología.

Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. & Valiente, R. (1999). V*alidación factorial y convergencia transcultural.* Barcelona: Masson.

Torres, Y. & Montoya, I. D. (1997). *II Estudio de salud Mental y sustancias Psicoactivas.* España: PANAS.

Vásquez & Sanz (1995). A. Belloch, B. Sandin y T. Ramos. *Manual de psicopatología, Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos.* Vol. 2. España: Mc Graw Hill.

Walsh TB, Garfinkel P, Halmi KA, Mitchell J, Wilson Ternce G. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). *Manual de Clasificación y Diagnóstico (DSM-IV TR).* Barcelona: Masson.

Internet

www.psiquiatria.com

www.psicopedagogias.blogspot.com

www.slideshare.com

http://es.shvoong.com/humanities/

http://guiajuvenil.com/psicologia/index.php

http://adolescentes.about.com/od/Psicologia/Psicologia.htm

Anexos

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 21 de mayo 2012

Lic. Jose Victor Hernández
Director General
Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fischmann
7ª. Ave. 5-80 zona 13
Presente

Respetable Lic. Hernández:

Reciba un cordial saludo de la Decanatura de la Facultad de Ciencias Psicológicas. El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que el alumno (a): SANDRA REGINA MARROQUÍN BARRERA. Estudiante de la Licenciatura en Psicologia Clínica y Consejería Social, pueda realizar la práctica en la institución que usted dignamente dirige.

Dicha práctica se encuentra contemplada en la Programación Académica y previo a la obtención al Título de Licenciatura.

La práctica será coordinada por Licda. Cinthia Brennes quien oportunamente estará realizando el monitoreo y supervisión.

Agradezco su atención y buenos oficios, al permitir que los estudiantes puedan cumplir con un requisito académico y proyectar la filosofía y labor social de Universidad Panamericana.

Atentamente,

17/8/2012

INSTITUTO TECNICO VOCACIONAL DR. IMRICH FISCHMANN DIRECTOR GENERAL GUATEMALA, C.A.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD CIENCIAS PSICOLOGICAS DE GUATEMALA DECANA

Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

INSTITUTO TECNICO VOCACIONAL
"DOCTOR. IMRICH FISCHMANN"
7ª. Avenida 5-80 zona 13.
Guatemala.

Guatemala 16 de octubre de 2012

El infrascrito Director General del Instituto Técnico Vocacional "Dr. Imrich Fischmann", por este medio hace CONSTAR QUE:

SANDRA REGINA MARROQUÍN BARRERA

Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, ha concluido satisfactoriamente su práctica. Que dio inicio el día cinco de Junio y concluyo el treinta de Octubre del presente año, asistiendo los días martes en horario de 8:00 a.m. a 12:00 p. m. estipulado por el proyecto de la Carrera y Reglamento Académico

Agradecemos la participación de la alumna en mención, ya que se destacó por su puntualidad, respeto, excelente calidad humana, responsabilidad, disciplina y su alto don de servicio.

Por lo anteriormente expuesto, es un gusto extender la presente, firmada y sellada, para los usos legales que a la interesada convengan, en la ciudad de Guatemala, a los treinta días del mes de Octubre del año dos mil doce.

Atentamente,

Lic. José Víctor Hernández
Director General

INSTITUTO TECNICO VOCACIONAL DOCTOR IMRICH FISCHMANN DIRECTOR GENERAL GUATEMALA, C.A.

c.c.
archivo

[PROGRAMA OFICIAL] III Trimestre

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL

PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso:	**Metodología de la Investigación Psicológica**	**Ciclo:**	**2012**
Pre-Requisito:	**Técnicas de Investigación**	**Código:**	
Trimestre:	**XV**	**Jornada:**	
Sede:		**Horario:**	

Mes	Año
Agosto	2012
Fecha de Recepción	

Sello de Registro y Control Académico

Vo.Bo. Decanato

Propósito del Curso:

Determinar la importancia de la metodología de la investigación en el ejercicio profesional desarrollando una metodología de investigación enmarcada en el campo de la profesión; aplicando el proceso de la metodología de la investigación en su formación y en el ejercicio de su profesión a fin de influir de manera significativa en el contexto profesional a través de la práctica de la metodología de la investigación

Objetivos:

- Brindar el acompañamiento oportuno en el desarrollo del sistema de egreso de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.
- Desarrollar los elementos de la investigación de acuerdo a los parámetros establecidos por la APA y Manual de estilo de la Upana.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos
Nota mínima de Aprobación: 61 puntos.
Zona: 50 puntos
Parcial: 25 puntos
Final: 25 puntos

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA - Enfoque Cuantitativo y Cualitativo en la Investigación Científica - Características que posee el enfoque cuantitativo de investigación - Diferencias - Ventajas entre los dos enfoques. EL NACIMIENTO DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - Investigaciones cuantitativas, cualitativas o mixtas - ¿Cómo surgen las ideas de investigación? - Vaguedad de las ideas iniciales - Criterios para generar ideas OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN - Objetivo general y específicos - Preguntas de investigación JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN - Criterios de justificación - Limitaciones del estudio o de la investigación ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO - Etapas del marco teórico - Las hipótesis - Las variables - Relación de hipótesis, preguntas y objetivos de investigación - Hipótesis, nulas, alternativas y estadísticas - Prueba de hipótesis - Utilidad de hipótesis - Hipótesis definidas conceptual y operacionalmente - Definir el diseño de investigación MANUAL DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN UPANA ELABORACIÓN DE REPORTE DE INVESTIGACIÓN	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:

Elaboración progresiva de la Sistematización de la Práctica Dirigida (Sistema de Egreso)

Bibliografía:

- Hernández, R. et al (2006). Metodología de la investigación. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México, Cuarta Edición
- Delgado J. y Gutiérrez J. (1994). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales. Madrid. Magraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- González, J. et al (2006). Manual de estilo de trabajos académicos. Guatemala. Universidad Panamericana.

Información General del Catedrático

Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
CAMPUS Central Zona 16 Guatemala
CURSO: Metodología de la Investigación.
CATEDRATICA: Licda. Rebeca Ramírez de Chajòn

Agosto 2012

CRONOGRAMA DE DESARROLLO ACTIVIDADES
CURSO METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÒN

# Período	MES/ DIA	Temática	Actividad	Puntaje
1.	Martes 28 agosto 2012	Inicio de clases, presentación de lo que es una investigación Científica.	Guía No 1.	5 puntos
2	Martes 4 septiembre 2012	CRITERIOS para una Investigación, nace una investigación	Guía No. 2	5 puntos
3	Martes 11 septiembre 2012	Nace una investigación /se sugiere que vean la película "La Guardería de Papa" y/o "Mente Brillante"" para análisis de posibles temas de iniciar una investigación	--	
4	Martes 18 septiembre 2012	Tema: Importancia de la metodología de investigación, pasos para una investigación, criterios, métodos para una investigación/ Temas: Las variables de la investigación /Elaboración del marco teórico, bibliografía, selección de la muestra Grupos escogen formalmente sus temas de investigación	Guía NO 3.	5 Puntos
5	Martes 2 octubre 2012	Instrumento de investigación, formas de aplicación y tipos de instrumentos/ Estructuración de su problema de investigación.	Ejercicio en clase	10 puntos
6	Martes 9 octubre 2012	***(Contenidos teóricos impartidos en clase y presentaciones power point)***	***Examen parcial***	25 puntos
7	Martes 16 octubre 2012	Tema: Ejecución de la investigación	Revisión de avances	
8	Martes 23 octubre 2012	Tema: Tabulación y ordenamiento de resultados Tema: Análisis de resultados	Revisión de avances	
9	Martes 30 octubre 2012	Tema: TÉCNICAS DE REDACCIÓN: Elaboración y revisión del borrador	Guía no 4	5 puntos
10	Martes 6 noviembre 2012	• TÉCNICAS DE DISERTACIÓN: Expositiva y argumentativa.	Exposición de su tema particular	20 puntos
11	Martes 13 noviembre 2012	• TÉCNICAS DE DISERTACIÓN: Expositiva y argumentativa.	Exposición de su tema particular	
12	Martes 20 noviembre 2012	• Presentación informe final de investigación grupal (previamente conformados) forma escrita para la respectiva evaluación de zona	Exposición de su tema particular	
13	Martes 27 noviembre 2012	**Informe Final**	Examen final	25 puntos
			TOTAL	100 PUNTOS

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Planificación Práctica Profesional Dirigida

Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fishman

Guatemala 25 de mayo 2012

Planificación Práctica Profesional Dirigida

El presente plan de práctica supervisada integra el contenido a trabajar por las alumnas practicantes de Quinto año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana en la Institución asignada.

I. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN:

Lugar de práctica: Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fishman

Dirección: 7ª. Avenida 5-80, zona 13 Ciudad de Guatemala

Teléfono: 2472-0152, 2472-0288

Encargada: Licda. Lucrecia Noriega

Grupo de practicantes:

Regina Marroquín

Karla Martínez

Carla Morataya

Brenda Hernández

Horario de práctica: Martes de 8:00 a12:30

Población a atender: Se atenderá a la población estudiantil y si lo amerita a su familia, realizando el trabajo en coordinación y apoyo del Departamento de Psicología del Instituto.

II. OBJETIVOS:

1. Brindar a la población del Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fishman Consejería Clínica y atención primaria en Salud Mental.
2. Brindar atención personalizada a cada caso para que se reincorpore a su entorno.
3. Integrar al proceso terapéutico a los padres de familia o familia que viva con el aconsejado, en los casos necesarios.

III. ACTIVIDADES GENERALES:

- Organizar talleres preventivos, de acuerdo a las necesidades que se observen en el establecimiento educativo.

IV. CRONOGRAMA:

MAYO

- Diagnóstico Institucional
- Identificación de problemática
- Atención a consultantes: - Selección de casos a presentar

JUNIO

- Historias clínicas
- Sistematización del proceso de consejería
- Elaboración de informes generales de cada caso

JULIO Y AGOSTO

- Continuación del proceso terapéutico con los pacientes asignados.

SEPTIEMBRE Y OCTUBRE

- Finalización y cierre del proceso terapéutico.

Vo.Bo. Licda. Cinthia Brennes	Licda. Lucrecia Noriega
Universidad Panamericana	Instituto Fishman

Sistematización de Talleres

TEMA: Liderazgo y Toma de Decisiones

No. DE SESIONES: 01

ESTUDIANTES RESPONSABLES: Sandra Regina Marroquín Barrera, Karla Judith Martínez López

OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: Mejorar los esfuerzos de coordinación de los alumnos, dando por resultado un mejor desempeño en sus estudios, permitiendo y promoviendo la existencia de un ambiente de estudio armónico a través de la participación de todos, eliminando al mismo tiempo las barreras comunicacionales y fomentando la retroalimentación. Promover que las personas que tienen a su cargo el grupo, usen técnicas y métodos que permitan que sea más eficiente la toma de decisiones y la relación con el grupo en general con la finalidad de influenciar, clarificar, integrar, comprometer e involucrar a los demás estudiantes.

DIRIGIDO A: **Adolescentes de 15 a 18 años de edad (Mujeres-Hombres)**

Resultados ó logros esperados: Que los alumnos reconozcan la importancia de que en un equipo todos deben trabajar unidos, con comunicación y evaluando las destrezas de cada uno y las fortalezas de un liderazgo positivo.

Taller Liderazgo y Toma de Decisiones

Alumnas Consejeras:

Karla Martínez

Regina Marroquín

Guatemala 10 de julio de 2012

Liderazgo y Toma de Decisiones

Descripción:

Debido a la necesidad existente de un liderazgo positivo entre los jóvenes se trabajará este tema enfocándolo como la actividad de influenciar a los jóvenes para que se empeñen voluntariamente en el logro de los objetivos del grupo, positivamente. Se trabajará la toma de decisiones y los tipos de comunicación.

Objetivos:

- Brindar herramientas que les permitan reconocer la importancia de un liderazgo positivo.
- Aprender y practicar la Comunicación Asertiva.
- Identificar la toma de decisiones responsables.

Población a quien se dirige:

Todos los alumnos de 4to Bachillerato sección I.

Metodología:

- Para iniciar y romper el hielo, se trabajará una sopa de letras en la cual los participantes tendrán que trabajar juntos para formar la siguiente oración: "Liderazgo y toma de decisiones"
- Charla del tema principal
- Dinámica de comunicación asertiva, todos en círculo y se le da un mensaje a uno de los participantes y que lo diga en secreto al alumno que está a su lado, así sucesivamente hasta llegar al último, a este alumno se le preguntará qué fue lo que escuchó. Como cierre se les hace ver la importancia de poner atención en la comunicación, así como la importancia de expresarse correctamente.

Resultados o logros que se esperan:

- Que los jóvenes siendo directivas, sepan liderar al grupo de una manera positiva y eficiente.
- Que logren desarrollar las distintas formas de comunicarse asertivamente.
- Que aprendan a trabajar en grupo.
- Analicen la importancia de la toma de decisiones.

Marco teórico

Liderazgo

Liderazgo es la actividad de influenciar a la gente para que se empeñe voluntariamente en el logro de los objetivos del grupo. La necesidad de un líder es evidente y real, y ésta aumenta conforme los objetivos del grupo son más complejos y amplios. Por ello, para organizarse y actuar como una unidad, los miembros de un grupo eligen a un líder. Este individuo es un instrumento del grupo para lograr sus objetivos y, sus habilidades personales son valoradas en la medida que le son útiles al grupo.

El líder no lo es por su capacidad o habilidad en sí mismas, sino porque estas características son percibidas por el grupo como las necesarias para lograr el objetivo.

El líder se diferencia de los demás miembros de un grupo o de la sociedad por ejercer mayor influencia en las actividades y en la organización de éstas. El líder adquiere status al lograr que el grupo o la comunidad logren sus metas. El líder tiene que distribuir el poder y la responsabilidad entre los miembros de su grupo.

Los líderes deben saber elegir el momento oportuno; su estilo y aptitudes deben adecuarse a las necesidades de su grupo.

Las 21 Cualidades indispensables de un Líder

1. Carácter
2. Carisma
3. Compromiso
4. Comunicación
5. Capacidad
6. Valentía
7. Discernimiento
8. Concentración
9. Generosidad
10. Iniciativa
11. Escuchar
12. Pasión
13. Actitud Positiva
14. Solución de Problemas
15. Relaciones
16. Responsabilidad
17. Seguridad
18. Autodisciplina
19. Servicio
20. Aprender
21. Visión

Actividad:

Se le dará un mensaje a un joven y él se lo trasladará al de su lado derecho al oído y así sucesivamente hasta llegar al último. El último deberá revelar lo que escucho y ahí se podrá

comprobar que tan completo se transmitió el mensaje. (“Todo depende de ti, de tu participación, compromiso contigo mismo, apertura y entrega”)

El objetivo es que evalúen la importancia de saber comunicarse asertivamente.

Comunicación

Es el intercambio de mensajes entre el emisor y receptor. Existen tres tipos de comunicación: Pasiva, agresiva y asertiva.

Tipos de Comunicación:

Comunicación Pasiva: Es la expresión débil de los propios sentimientos, creencias u opiniones que permiten la violación de los derechos de la persona.

Comunicación Agresiva: Es la expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás.

Comunicación Asertiva: Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Esta se caracteriza por: Ser clara y efectiva, concreta, honesta, positiva, constructiva, responsable.

En la comunicación es muy importante ser breve y no hablar de todo al mismo tiempo. Es conveniente ir de un punto concreto, para luego pasar a otro, sin mezclarlos o combinarlos con reproches sobre el pasado ni exigencias para el futuro. Hay que ofrecer escuchar y responder abiertamente.

Actividad:

Se dará una hoja de trabajo para evaluar la comprensión del tema y al final de esta se pedirá que resalten la respuesta que utilizan con mayor frecuencia y se les hará la respectiva reflexión para que aprendan a utilizar la comunicación asertiva.

"Cuando me comunico asertivamente: gano más seguridad en mi mismo, controlo mejor mis emociones, digo mejor las cosas que pienso y siento, sin ofender a los demás y así me evito muchos problemas con mis compañeros de clase, familiares y amigos."

¿¿Cómo tomar decisiones asertivas??

La toma de decisiones en la vida de todo ser humano es el proceso a través del cual una persona debe escoger entre dos o más alternativas para darle solución a determinada situación.

Pasos a seguir en la toma de decisiones:

1. Pensar: ¿Qué alternativas tengo?
2. Informar: Reunir información considerando valores personales, opiniones, hechos y metas.
3. Ventajas/Desventajas: Hacer un listado de ventajas y desventajas de cada alternativa.
4. Decisión: Tomar la decisión y hacer una lista de las razones para esta elección.

Actividad:

Se dará un tiempo para que como grupo trabajen sobre algún momento que como grupo hayan tenido que tomar una decisión importante y decidir entre dos opciones.

En esta actividad se recalcara la importancia de los pasos explicados y su importancia.

Para terminar y hacer cierre de la actividad se dirá a manera de reflexión:

“Cuando permito que otros tomen decisiones por mí, me arriesgo a sentirme mal conmigo mismo.”

“Tomar decisiones arrebatadas puede ocasionarme grandes problemas.”

“Nadie puede presionarme a tomar una decisión si yo no estoy preparado para tomarla”

Dinámicas aplicadas:

Sopa de Letras:

Al iniciar para romper el hielo, se trabajará una sopa de letras, dándoles 3 minutos para que lo realicen. En esta actividad los participantes trabajaran juntos para formar una oración, la cual corresponde al título del taller. Esta actividad tiene la finalidad de que trabajen en equipo y valoren la importancia que tiene el ponerse de acuerdo, el comunicarse, escucharse y principalmente unirse para lograr un mismo fin.

Receptor y Emisor:

Si el grupo es grande se dividirá en dos y se le dará un mensaje al oído a cada joven de cada sección para que lo transmita a su compañero de al lado y así sucesivamente, al finalizar se llamara a los últimos para que digan lo que escucharon y ahí se comprobará que tan efectiva es la comunicación y que ellos mismos evalúen que tipo de emisores y receptores están siendo.

La finalidad es que analicen la importancia del saber hablar claro y el saber escuchar.

El mensaje será “Todo depende de ti, de tu participación, compromiso contigo mismo, apertura y entrega”.

Trabajo en equipo con el Hula Hula

El grupo se dividirá en dos de una manera equitativa, se pondrán en filas paralelas y se les dará a cada equipo tres hula hula, se tienen que tomar de la mano y no soltarse y el primero de cada fila tomara el primer hula hula y lo pasara por todo su cuerpo y sin ayuda de la mano que tiene libre lo pasara a su compañero de al lado y así sucesivamente hasta terminar la fila. Se dará una

oportunidad para que intenten hacerlo y luego un minuto para que evalúen estrategias y se pongan de acuerdo, para luego ya iniciar la dinámica, ganara el equipo que primero pase los tres hula hula. Al finalizar la dinámica se evaluará como estuvo el trabajo, las fortalezas y debilidades que encontraron y que ellos mismos reconozcan la importancia de que en un equipo todos deben trabajar unidos, con comunicación y evaluando las destrezas de cada uno.

Sistematización de Talleres

TEMA: Valores Morales

No. DE SESIONES: 2

ESTUDIANTES RESPONSABLES: **Sandra Regina Marroquín Barrera, Karla Judith Martínez López**

OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: **Debido a la falta de valores morales en la juventud surge la necesidad de atender la formación, fortalecimiento y desarrollo de los mismos para una mejor vida social, profesional y personal para que los jóvenes reconozcan la importancia de éstos en las relaciones interpersonales.**

DIRIGIDO A: **Adolescentes de 16 a 18 años de edad (Mujeres-Hombres)**

Resultados ó logros esperados: Que los jóvenes mejoren sus relaciones interpersonales para que lleven a cabo una vida pro activa tanto a nivel personal como social y demuestren una actitud correcta frente a circunstancias y decisiones que deban tomar.

Taller Valores

Alumnas Consejeras:

Karla Martínez

Regina Marroquín

Guatemala; 19 de junio de 2012

Valores

Descripción:

Se ha podido constatar que la conducta de los jóvenes puede verse peligrosamente afectada por el debilitamiento de los valores morales; de ahí la necesidad de atender a la formación, fortalecimiento y desarrollo de los valores en las nuevas generaciones. La formación de valores es una tarea pedagógica que debe asumir la familia, la escuela y otras instituciones socializadoras.

Objetivos:

- Promover los valores en los estudiantes como personas.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Reflexionar sobre la importancia que implica tener y practicar los valores morales.
- Que los estudiantes reconozcan que los valores no son una opción, sino una necesidad.

Población a quién se dirige:

Adolescentes de 16 a 20 años, de ambos sexos, de nivel económico medio y de escolaridad diversificado.

Metodología:

- ❖ Dinámicas de valores
- ❖ Charlas motivacionales
- ❖ Talleres
- ❖ Películas
- ❖ Presentación de diapositivas

Resultados o logros que se esperan:

- ❖ Mejoren sus relaciones interpersonales.
- ❖ Lleven a cabo una vida proactiva en lo personal y en la sociedad.

- ❖ Demuestren una actitud correcta frente a las circunstancias que deban enfrentar.

Marco Teórico

Valores morales:

Son herramientas que engalanan a una persona, ya que el resultado de ello es una conducta deseable. Esto no se conseguiría si los valores no tuvieran el ingrediente principal, el cual es la moral.

¿Qué es la moral?

Es el conjunto de creencias, normas y circunstancias a través de las cuáles se puede determinar si una persona a lo largo de toda su vida logró ser buena persona, además su contribución en su grupo social que determinará el comportamiento a obrar característico (es decir, que orienta acerca del bien o del mal, lo correcto o incorrecto— de una acción).

La moral son las reglas o normas por las que se rige la conducta de un ser humano en concordancia con la sociedad y consigo mismo. La existencia de acciones y actividades susceptibles de valoración moral se fundamenta en el ser humano como sujeto de actos voluntarios. Por tanto, la moral se relaciona con el estudio de la libertad y abarca la acción del hombre en todas sus manifestaciones.

¿Para qué sirven los valores morales?

Promueven la autonomía e independencia de la persona, reclamando del mismo una mayor participación y responsabilidad consciente, con la finalidad de lograr el aprendizaje requerido. La persona por sí mismo necesita conocer cómo se fue templando su carácter hasta convertirse en un joven con muchas virtudes y valores positivos.

En el caso de estudiantes es el maestro quien debe dirigir este proceso de análisis en el grupo y llamar la atención de los estudiantes sobre aquellos valores positivos que se desea formar en ellos, su honestidad en el estudio; la sencillez con que se relacionan, la responsabilidad ante

cualquier tarea que se le asigna, la caballerosidad en los varones, la laboriosidad que se pone de manifiesto ante cualquier responsabilidad asignada.

Formación de los valores:

Toda sociedad tiene como objetivo esencial formar y preparar a cada persona para su plena incorporación a la vida social y cumplir cabalmente su función y tareas en beneficio de ella.

El estudiante estará en condiciones de formar sus valores en la medida en que deje de ser un ente reproductivo, que repite mecánicamente la información que recibe y se convierta en un sujeto que procesa información y construye conocimientos a partir de sus intereses y conocimientos previos, sobre la base de un proceso profundo de reflexión, en el que toma partido y elabora puntos de vista y criterios propios.

Por otra parte el desarrollo del estudiante como sujeto de aprendizaje y su educación en valores es posible en la medida que el docente diseñe situaciones de aprendizaje que propicien que el estudiante asuma en su actuación una posición activa, reflexiva, flexible, perseverante. Por ello es importante el carácter orientador del docente en la formación de los valores. La utilización de métodos participativos en el proceso de enseñanza-aprendizaje propicia la formación y desarrollo de la flexibilidad, la disposición activa, la reflexión personalizada, la perseverancia y la perspectiva mediata en la expresión de los valores, como parte de la regulación de la conducta del estudiante.

Sólo creando espacios de reflexión en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los que el estudiante aprenda a valorar, a argumentar sus puntos de vista, a defenderlos ante los que se oponen a ellos, espacios en los que el estudiante tenga libertad para expresar sus criterios, para discrepar, para plantear iniciativas, para escuchar y comprender a los demás, para enfrentarse a problemas con seguridad e independencia, para esforzarse por lograr sus propósitos, espacios en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los que sean los docentes guías de sus estudiantes,

modelos de profesionales, ejemplos a imitar, sólo en estas condiciones se estará contribuyendo a la educación en valores del estudiante.

Los valores a trabajar y reforzar son:

- Honestidad
- Respeto
- Amor
- Perseverancia
- Responsabilidad
- Compromiso

Sistematización de Talleres

- **TEMA:** Autoestima
- **No. DE SESIONES:** 2
- ESTUDIANTES RESPONSABLES: **Sandra Regina Marroquín Barrera, Karla Judith Martínez López**
- OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: **Proporcionar a los adolescentes las herramientas para poder desenvolverse en su ambiente social, familiar y personal; y así recuperar su autoestima como personas.**
- DIRIGIDO A: **Adolescentes de 16 a 18 años de edad (Mujeres-Hombres)**
- **Resultados ó logros esperados:** Que los jóvenes interactúen de una mejor manera en su medio ambiente, en todo su entorno.
- Que puedan mejorar en su desarrollo personal, demostrar una actitud equilibrada dentro del marco de la autoestima y valorarse a sí mismo.

Taller Autoestima

Alumnas Consejeras:

Karla Martínez

Regina Marroquín

Guatemala 05 de Junio de 2012

Autoestima

Descripción:

Debido a la falta de valoración que existe entre los adolescentes para desenvolverse dentro de su ambiente social, familiar y personal; se elabora el presente proyecto con el fin de que los jóvenes participantes recuperen su estima como personas.

Objetivos:

- Que el adolescente se dé cuenta de sus aspectos positivos.
- Que logre la auto aceptación tal y como es.
- Que reconozca su valor como persona.
- Motivar al adolescente a desarrollarse en su entorno.

Población a quién se dirige:

Adolescentes de 11 a 18 años, de ambos sexos, de nivel económico medio y de escolaridad diversificado.

Metodología:

- ❖ Dinámicas rompe hielo
- ❖ Charla sobre autoestima
- ❖ Actividades de superación
- ❖ Auto evaluación de la autoestima
- ❖ Presentación de diapositivas

Resultados o logros que se esperan:

- ❖ Interactuar mejor con su medio ambiente.
- ❖ Mejora en su desarrollo personal.
- ❖ Demostrar una actitud equilibrada dentro de un marco de autoestima.
- ❖ Valorarse a sí mismo.

Marco Teórico

Introducción:

La autoestima es quererse y valorarse a sí mismo y como consecuencia a los demás. Es darte valor y la dignidad que como ser humano se tiene. Es afirmar que se tiene valor como persona, que se es competente, responsable, y que tiene tantos derechos como obligaciones.

¿Qué es la autoestima?

Es la percepción evaluativa de uno mismo. Nadie puede dejar de pensar en sí mismo y de evaluarse. Todos desarrollamos una autoestima suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja..., aunque no nos demos cuenta.

Importa desarrollarla de la manera más REALISTA y POSITIVA posible y que nos permita descubrir nuestros recursos personales, para apreciarlos y utilizarlos debidamente, así como nuestras deficiencias, para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades.

¿Cuáles son las bases de la autoestima?

a) El autoconcepto (imagen que una persona tiene acerca de sí misma y de su mundo personal) en dos áreas: como una persona hábil (capaz de valerse por sí misma) y como una persona sexual (capaz de relacionarse sexualmente con otras personas).
b) La autoaceptación (sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse; implica una disposición a rechazar la negación o desestimación sistemática de cualquier aspecto del sí-mismo).

Efecto Pygmalión:

Es un modelo de relaciones interpersonales según el cual las expectativas, positivas o negativas, de una persona influyen realmente en otra persona con la que aquella se relaciona.

La clave del efecto es la autoestima, pues las expectativas positivas o negativas del pygmalión emisor se comunican al receptor, el cual, si las acepta, puede y suele experimentar un refuerzo positivo o negativo de su autoconcepto o autoestima, que, a su vez, constituye una poderosa fuerza en el desarrollo de la persona.

¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana?

1. En todos los pensamientos, sentimientos y actos que llevamos a cabo.
2. Sobre el comportamiento.
3. En el aprendizaje.
4. En las relaciones y recibe también la influencia de éstas.
5. En la creación y la experimentación.

Síntomas de baja autoestima

1. Aprende con dificultad, ya que piensa que no puede o que es demasiado difícil.
2. Se siente inadecuado ante situaciones vivenciales y de aprendizaje que considera que están fuera de su control.
3. Adquiere hábitos de crítica a los demás, de envidia y descontento desde un espacio de victimismo.
4. Cuando surgen problemas echa la culpa a las circunstancias y a los demás y encuentra siempre excusas para sí mismo.
5. Se acobarda ante la posibilidad de crítica de los demás.
6. Autocrítica rigorista, tendente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo mismo.
7. Hipersensibilidad a la crítica, que le hace sentirse fácilmente atacado y experimentar sentimientos pertinaces contra sus críticos.
8. Indecisión crónica, no tanto por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
9. Deseo excesivo de complacer; no se atreve a decir "no" por temor a desagradar y perder la benevolencia del peticionario.
10. Perfeccionismo, o auto exigencia de hacer "perfectamente", sin un fallo, casi todo cuanto intenta, lo cual puede llevarle a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
11. Culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y / o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo.
12. Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, que le hace estallar fácilmente por cosas de poca monta.

13. Actitud supercrítica: casi todo le sienta mal, le disgusta, le decepciona, le deja insatisfecho.
14. Tendencias depresivas: tiende a verlo todo negro, su vida, su futuro y, sobre todo, a sí mismo; y es proclive a sentir una inapetencia generalizada del gozo de vivir y aun de la vida misma.

Características de la autoestima equilibrada:

Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.

- ✓ Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirme culpable cuando a otros le parece mal lo que haya hecho.
- ✓ No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- ✓ Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- ✓ Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- ✓ Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- ✓ No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- ✓ Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- ✓ Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.
- ✓ Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

Reflexión 1:

Las personas que cuidan el cuerpo tienen una mejor imagen de sí mismas. Se sienten con más energías, más vivas, más atractivas y más saludables. Y de una mejor imagen corporal surge mayor respeto por uno mismo y una más sana autoestima. Todos los días haz cuando menos una cosa que sea buena para tu cuerpo. Camina o corre un poco, come verduras frescas o fruta, dúchate, lávate el cabello, limpia tus dientes con hilo dental y cepillo, contémplate desnudo frente al espejo y gratifícate disfrutando de ti mismo, ponte en contacto con tu propio cuerpo, explórate y acaricia tu piel, encuentra tu atractivo, relájate y libera tensiones.

Reflexión 2:

En los medios de comunicación nos intentan vender un determinado modelo de figura corporal. Al no poseer esa figura, muchas personas se angustian. No caigas en la trampa. Recuerda que los gustos de las personas son diferentes, por lo que siempre podemos encontrar a alguien que le guste nuestro cuerpo. Todos podemos ser atractivos para los demás y ser queridos.

Reflexión 3:

Recuerda que la figura corporal es importante cuando no se conoce a las personas, pero no lo es tanto cuando se convive con ellas.

Reflexión 4:

Lo importante no es la mera figura corporal, sino la gracia que se le ponga. Haz que tu cuerpo sea expresivo.

Reflexión 5:

Saber acariciar y ser acariciado, saber dar y recibir placer, se aprende. ¡Practica! No tengas miedo a tocar, abrazar a otras personas, ni a dejarte tocar, ser abrazado. Pero, ¡ojo! nadie tiene derecho a forzarte a ello ni tú a obligar a otros.

Reflexión 6:

Aprecia tu cuerpo, siéntete bien. ¿Por qué? Porque te lo mereces. Y aprecia el de los demás, con sus diferentes formas. ¡Porque también se lo merecen.

Sistematización de Talleres

TEMA: Comunicación Asertiva entre Padres e Hijos **No. DE SESIONES:** 1

ESTUDIANTES RESPONSABLES: **Sandra Regina Marroquín Barrera, Karla Judith Martínez López**

OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: **Proporcionar a los padres e hijos la información y herramientas necesarias para que conozcan la importancia de saber comunicarse asertivamente en su entorno familiar, esto con la finalidad que exista armonía en su hogar.**

DIRIGIDO A: **Adolescentes de 12 a 16 años de edad (Mujeres-Hombres) y Padres de Familia**

Resultados ó logros esperados: Que la comunicación entre padres e hijos sea la adecuada, toda vez que pongan en práctica los conocimientos compartidos durante las charlas desarrolladas.

Que los padres de familia evalúen la importancia de tener una comunicación asertiva con sus hijos para apoyarlos a tomar las decisiones correctas.

Taller “Comunicación Asertiva Entre Padres e Hijos”

Alumnas Consejeras:

Karla Martínez

Regina Marroquín

Guatemala; 27 de Abril de 2012

Comunicación Asertiva entre Padres e Hijos

Descripción:

La comunicación entre padres e hijos es vital para la armonía familiar y requiere de decisión para iniciarla y fortaleza para mantenerla en el tiempo. Por ello, resulta importante establecer nexos asertivos en la familia para reforzar la estabilidad emocional, necesaria para la calidad de vida de cada integrante de la familia

Objetivos:

Proporcionar a los padres de familia las herramientas para una comunicación asertiva con sus hijos y así mejorar las relaciones del entorno familiar.

Brindar a los adolescentes explicaciones al porqué de la vida y especialmente al porqué no lo comprenden, para tener una adecuada relación y sobre todo una comunicación asertiva con sus padres.

Población a quién se dirige:

Adolescentes de 16 a 20 años, de ambos sexos, de nivel económico medio y de escolaridad diversificado.

Metodología:

- Dinámica inicial
- Charla informativa
- Talleres

Resultados o logros que se esperan:

- Que exista una comunicación asertiva entre padres e hijos
- Que mejoren sus relaciones interpersonales
- Que tanto los padres como los hijos entiendan la importancia de la comunicación familiar

Marco Teórico

Si eres padre de familia y buscas explicaciones al porqué de la escasa comunicación con tu hijo (a), lo más seguro es que llegues a respuestas subjetivas, sin considerar tu escaso tiempo compartido con la familia.

Si eres un adolescente que busca explicaciones al porqué de la vida y especialmente al porqué no te comprenden, seguro llegarás también a respuestas inconclusas e insatisfechas que no cubrirán las pocas horas que tienes con tus padres, hermanos, entre otros parientes.

En el caso de los padres, es conveniente detenerse y reconocer que estamos absorbidos por el ritmo acelerado que nos impone la vida, por las ocupaciones que nos permiten mantener económica y socialmente a nuestra familia, dejando de lados – en muchas ocasiones – la cultura y sobre todo, la estabilidad emocional de nuestros hijos y cónyuge.

Si precisamos la forma de entablar una comunicación entre padres e hijos, podemos proponer una serie de reacciones como respuestas asertivas, a continuación se recomiendan 5 pasos para alcanzar una comunicación asertiva:

Primer paso: Asumir la Situación del Problema

El primer objetivo de la conversación es captar cómo el niño (a) o adolescente está captando y viviendo su problema. No se trata de cómo lo vemos como padres, sino de sentir como ellos, y captar sus percepciones y vivencias, es necesario no sólo ponernos a escuchar auténticamente lo que nos dicen o intentar ver las cosas como las ven ellos, sino también ser capaces de reflejar nuestra comprensión mediante una respuesta comprensiva.

Segundo paso: Recoger Datos

Una vez expresado y captado el problema, es necesario ser consciente de los datos y circunstancias que rodean al mismo, enriqueciendo su perspectiva, ayudándolos a ser capaces de buscar causas y soluciones.

De esta manera, tratar de convertir el diálogo en una conversación de suave investigación en un clima de respeto y aceptación, evitando las respuestas interrogativas cerradas que inducen al niño (a) o adolescente a contestar con un monosílabo ("si", "no", etc.), que sólo empobrecen la comunicación y producen actitudes defensivas.

Tercer paso: Investigar Las Causas

Hay que empezar por pedirle a nuestro hijo (a) que exprese sus hipótesis ("¿y por qué crees tú que te ha sucedido esto... o sientes o tienes este problema... o te encuentras así ahora?"). Si nuestro hijo (a) se ha sentido comprendido (a) y respetado (a) en sus puntos de vista, es probable que nos comunique ahora cómo ve las causas de su problema o situación. Quizás nos sorprenda su lucidez y estemos de acuerdo con él/ella.

Ahora hay que confirmar su punto de vista ("así me parece a mí también..."). Pero si vemos que no es realista, podemos añadir hipótesis o sugerencias respetuosas, lo que nosotros creemos que pueden ser también las causas de sus problemas ("¿Y no crees también que esto te sucede por haber confiado demasiado en aquel amigo... o tu bajo rendimiento en tal asignatura viene también por tu falta de método y orden al estudiar?, etc. ").

Cuarto paso: Buscar Soluciones

Debe hacerse en equipo, tratando que él o ella diga primero qué pasos podría dar o qué solución sería la más conveniente. Luego nosotros sugerir otras vías de solución complementarias a las suyas, si es que las suyas nos parecen insuficientes, luego jerarquizarlas, hasta llegar por consenso a concretar una o dos acciones a realizar. Es el momento de diseñar un plan de acción.

Quinto paso: Finalizar en Positivo

Es muy importante que cada periodo de conversación finalice transmitiendo una sensación constructiva y agradable, el buen sabor de boca que prepara mejor para el siguiente contacto. Para ello se aconseja realizar un resumen alentador de lo que se ha llevado a cabo en la conversación, por breve que ésta sea.

En conclusión, siempre será importante mantener el interés por conocer lo que sucede con nuestros hijos y así seguir ganando su confianza, pilar de la seguridad y la tan anhelada estabilidad emocional.

Tipos De Comunicación

Existen dos tipos de comunicación, una mediante las palabras y otra mediante los gestos, posturas, etc.

a) Comunicación verbal: la comunicación efectuada mediante las palabras, ya sean escritas o habladas, se llama comunicación verbal.

b) Comunicación no verbal: la comunicación que se efectúa con los gestos, el tono de voz, la postura etc., es la comunicación que se llama no verbal o analógica.

A la comunicación no verbal le prestamos mucha atención y es una de las que más nos impacta, pues nos proporciona una información más fiable al transmitirse mediante ella los sentimientos. Por ejemplo, le puedes decir a tu hijo: ¡Esto no me gusta!, y según la manera de decirlo, puede adquirir para él diferentes significados: enfado, un simple consejo, broma, preocupación, etc. Observando el tono de tu voz y la expresión de tu cara, tu hijo sabrá lo que le has querido decir.

A veces no coincide lo que decimos usando palabras con lo que transmite nuestra actitud; en ese caso siempre prevalece el mensaje no verbal, es decir, el que transmite nuestro sentimiento.

Si tu hijo recibe mensajes frecuentes en los que no coinciden las palabras con tus sentimientos y con tu actitud, le crearás confusión y sobre todo no confiará en ti.

Principales estilos de comunicación

Hay fundamentalmente tres estilos de comunicación: agresivo, pasivo y asertivo.

a) Agresivo: la persona que se comunica con este estilo generalmente no tiene en cuenta la opinión del interlocutor o, si la tiene, parece que quiere imponer sus deseos sin respetar los derechos de los demás.

Son manifestaciones de actitudes agresivas en la comunicación la voz alta, los gestos de amenaza, las descalificaciones, los insultos y las desconsideraciones.

b) Pasivo: la persona que se comunica con este estilo acepta todo lo que el interlocutor le dice sin hacer respetar sus propias opiniones, sus propios derechos. No expresa de un modo directo a los demás sus pensamientos, sentimientos o necesidades, de manera que, al no comunicar sus deseos, no consigue resolver las situaciones de manera satisfactoria.

Son síntomas de actitudes pasivas los ojos que miran hacia abajo, la voz baja, las vacilaciones, negar o quitar importancia a la situación, la postura hundida, etc.

c) Asertivo: una persona utiliza un lenguaje asertivo cuando se expresa de forma que respeta tanto los derechos ajenos como los propios. Es capaz de exponer su punto de vista y defender sus derechos de una manera clara y sin hacer daño a su interlocutor.

Son signos de esta actitud mirar a los ojos, exponer claramente las cosas y un tono de voz tranquila.

Tanto en la relación entre personas iguales como entre las que no lo son el estilo más adecuado de comunicación es el llamado asertivo, ya que, cuando lo usamos, escuchamos y entendemos a quien nos habla, a la par que también expresamos con delicadeza nuestros derechos. Si usas este tipo de comunicación, tu hijo adolescente se sentirá escuchado y tú, respetado.

La comunicación en la familia

Generalidades

Cada familia tiene una manera particular de comunicarse; es lógico que al adolescente le influyan las costumbres y los hábitos que hay en ella. Según los interlocutores hay tres niveles de comunicación diferentes: de la familia con el exterior, de los padres entre ellos y de los padres con los hijos.

Hay familias que son muy abiertas y se comunican mucho con el medio externo. Otras son más cerradas y sólo se relacionan y hablan lo estrictamente necesario. El mundo externo de la familia son los otros familiares, los amigos, los compañeros de trabajo o del colegio, etc. Unas familias abren más

sus puertas para unas cosas que para otras; así, las hay que tienen amigos con los que salen frecuentemente y otras que sólo se relacionan con los familiares.

La manera en que la familia se comunica entre ella influye en cómo cada miembro se comunica con su mundo extra familiar. En general podemos afirmar lo siguiente:

Si en la familia los padres mantienen entre ellos una comunicación sincera y clara, los hijos aprenden a comunicarse de una manera semejante dentro y fuera del hogar.

Si un adolescente está acostumbrado a vivir en una familia en la que sus padres le comunican claramente sus pensamientos y sus normas, en la que está permitido hablar de los sentimientos de cada uno de sus miembros, el adolescente se comunicará con más libertad, pues sentirá que le está permitido ser sincero.

Si en una familia hay muchos secretos, miedos y mentiras, al adolescente le será muy difícil cambiar esta manera de expresarse y continuará con estas pautas.

Cuando la familia critica frecuentemente el mundo exterior y es tan cerrada que no permite entrar a nadie en el suyo, el adolescente tendrá dificultad en aceptar a los demás, tendrá miedo a contar a sus padres las cosas e incluso él mismo será demasiado desconfiado.

Cómo puede afectar a los hijos la comunicación entre los padres

No es raro que en una familia haya divergencias o problemas entre los padres, pero la manera de manifestarlos y de comunicarlos en casa difiere de unas familias a otras. Hay padres que no ocultan el problema, que se comunican entre ellos con las "cartas abiertas", pero los hay que no se comunican sinceramente, sino que sólo hablan de cosas superficiales o de las que no son conflictivas.

En ocasiones, más frecuentemente de lo que parece, cuando hay problemas de relación y de comunicación entre los padres, éstos involucran directamente a los hijos con la esperanza de poder solucionar sus propios problemas o de demostrar que tienen razón por estar los hijos de su parte.

Por ejemplo, algunas veces un padre comienza a comunicarse más con un hijo o con alguno de ellos, si son varios hermanos, no porque realmente desee estar más cerca de él, sino simplemente porque quiere obtener un beneficio propio.

En estos casos los hijos salen muy perjudicados, ya que se les concede unos falsos privilegios afectivos que tarde o temprano desaparecerán. Por otra parte, si el conflicto entre la pareja es grande, esta actitud separa a los hijos de los padres, a veces sin entenderlo y haciéndoles un daño inmenso que no les permite madurar con normalidad.

Si la relación entre los padres no es buena, los hijos crecen en un ambiente inadecuado y por ello sufren. No obstante, si lo que pasa en casa se habla entre los padres, si cuando los hijos preguntan se les dice la verdad, si no hay mensajes ocultos, la implicación de los hijos es menor y, por lo tanto, el daño también lo es.

Recomendaciones:

*Los problemas de relación y de comunicación en casa ocurren a cualquier edad del niño, pero en la adolescencia el hijo reacciona ante esta situación, sobre todo si es confusa, y suele rebelarse contra sus padres.

*Si te encuentras reflejado en alguna de estas situaciones anteriores, no lo dudes, procura dejar fuera del problema a tu hijo.

*No obstante, si tu hijo te pregunta, puedes comentar con él estos problemas, pero sin entrar en los detalles íntimos. No debes intentar que tu hijo los resuelva, pues no puede hacerlo.

Cuando en la familia se habla poco

Hay casas en las que el diálogo ha sido sustituido por el silencio. Las conversaciones se limitan a "Buenos días", "¿Quieres comer?", "Me voy a estudiar" o "Adiós".

Hay familias en las que se habla poco, sea por desacuerdo entre los padres o por costumbre. Hay muchos motivos por los que, a veces, poco a poco se habla cada vez menos; incluso con frecuencia se piensa que no hace falta hablar, que ya saben todo unos de otros; se acaba por no saber de qué hablar.

La incomunicación conduce a no entenderse, a malentendidos y a una sensación de soledad que invita a hablar cada vez menos.

Es cierto que las preocupaciones laborales y los quehaceres diarios nos distraen frecuentemente; además, muchas veces no apetece hablar, ni escuchar; lo único que se desea es leer el periódico o ver la T.V.

Durante la adolescencia no es raro que tu hijo hable menos, que no quiera contarte su intimidad. A los adolescentes les gusta estar solos, tener su espacio privado. Pero eso no quiere decir que no necesiten el diálogo. La comunicación entre padres e hijos es imprescindible para entenderse, para estar a gusto en casa.

¡Procura que el diálogo no falte en tu casa! En un ambiente en el que se habla poco es difícil que apetezca contar tus cosas, reina el silencio, generalmente acompañado de sentimientos de soledad y tristeza. Por el contrario, en un ambiente más comunicativo en el que cada uno dice las pequeñas cosas diarias es más fácil que tu hijo adolescente también cuente sus preocupaciones y se sienta más acompañado.

La comunicación con el adolescente

a) ¿Qué características particulares tiene?

La adolescencia es un período de múltiples cambios que son vividos con muchos sentimientos, a veces contradictorios. Toda la inseguridad y miedo que tiene el adolescente se ve reflejado en la manera de relacionarse y de comunicarse con los demás. No debes olvidar que verás esto reflejado en tu hijo. No conviene darle demasiada importancia a sus rotundas expresiones. En este aspecto debes tener en cuenta lo siguiente:

- Los adolescentes son especialmente sensibles a las críticas y desconsideraciones de los demás.
- Los adolescentes, sobre todo durante la primera y la segunda etapa, son muy impulsivos, circunstancia que puede ocasionar dificultades en la comunicación.

- Los adolescentes a veces discuten más para convencerse a sí mismos que para convencer al interlocutor.

- Los adolescentes desean afirmar su autonomía de pensamiento y de acción y, por ello, sostienen con sus padres la opinión contraria, para mostrar que son diferentes.

- Los adolescentes son muy sensibles a la sinceridad en la relación y en el diálogo.

b) ¿Cuáles son los errores más frecuentes?

*No escuchar: Para evitarlo, es importante encontrar momentos de calma y de tranquilidad que faciliten el diálogo. En la vida actual, con sus múltiples obligaciones y prisas, es difícil encontrar tiempo y tranquilidad para escuchar adecuadamente.

*Hay que prestar atención para entender lo que el adolescente quiere decirnos detrás de sus palabras. Frecuentemente no se interpreta bien lo que el adolescente quiere decir.

*No escuchar positivamente. En el período de la adolescencia es frecuente que los padres tengan actitudes negativas hacia lo que les dicen sus hijos. Por miedo rechazan ideas nuevas o sólo ven lo malo de lo que les cuentan. Una actitud positiva y optimista facilita mucho el diálogo. Si, ante cualquier comentario de tu hijo, sólo ves lo negativo, acabará no teniendo ganas de hablar contigo.

*Menospreciar las ideas de los adolescentes. Es frecuente considerar a un adolescente como adulto para unas cosas y como niño para otras. Aunque en realidad sea así, hay que tener en cuenta que el adolescente es fundamentalmente una persona diferente, con ideas propias, que pueden parecernos infantiles y exageradas. Hasta que descubra lo que realmente quiere, necesita variar de pensamientos y equivocarse. Incluso a veces sus ideas nos parecen locuras, pero simplemente son diferentes. Debes respetar sus ideas aunque no estés de acuerdo con ellas y transmitirle tu opinión con respeto, sin hacerle sentirse inferior.

*Tomar la manera de discutir del adolescente como algo personal. El adolescente suele acalorarse en las discusiones y persistir en sus ideas porque quiere convencerse a sí mismo de lo que dice y

demostrar así que es mayor. Si no te falta el respeto, no hay que pensar que el adolescente va en contra tuya. Mantén la calma, que poco a poco entenderá y aceptará tu opinión.

*Ponerse a la altura del adolescente. Hay momentos en las discusiones en que es fácil creer que hablas con un igual y en que puedes sentirte como si fueras tu hijo adolescente. No hay que olvidar que como padre eres su educador, no igual a él. En esos momentos recuerda que le estás educando y que tienes autoridad sobre él.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

REFERENCIA MÉDICA

Fecha: _____

A: _____

Por este medio nos permitimos referirle al paciente:

_____

De_____ **años de edad, para que se sirva practicarle**

_____

_____

Dicha evaluación nos ayudará para la realización de su tratamiento.

_____

_____

_____

_____

_____

Atentamente;

_____ _____

Terapeuta Practicante **Catedrática de Práctica**

_____

Encargado del Centro de Práctica

FICHA DE ENTREVISTA CLÍNICA

I Datos Generales

Nombre y apellidos:_____

Fecha de nacimietno:_____

Edad:_____Sexo:_____

Estado Civil: _____

Domicilio:_____

Teléfono:_____Idioma:_____

Fecha de la entrevista:_____Cuota:_____

Referido por:_____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

_____

_____

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlo aquí)

_____

_____

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

_____

_____

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

_____
_____
_____
_____
_____

II Sobre el Motivo de Consulta

Motivo de consulta: _____
_____
_____
_____
_____

¿Cuando se iniciaron los síntomas?_____

_____

Actitud de los familiares en relación con su problema: _____

_____

Consulta y tratamientos previos:_____

_____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia:_____

_____

Descripción de la vivienda (No. De habitaciones, estado, ambiente, etc.): _____

_____

Relación con las personas que convive:_____
_____
_____

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos:

_____

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia: _____

_____

IV Antecedentes Personales

¿Existió alguna condición especial durante su gestación? _____

_____
_____

¿Durante su primer año de vida se dio algún hecho relevante (médico, emocional y/o conductual)?

_____
_____
_____

Eventos durante la niñez que sean significativos, relacionados con padres, hermanos, parientes cercanos o amigos (separación o divorcio, muerte, etc.):

_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Padeció alguna enfermedad relevante durante su niñez (hospitalizaciones): _____

_____
_____
_____

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar): _____

_____
_____
_____

Breve reseña de su escolaridad (desde su inicio hasta la actualidad):_____

_____
_____
_____
_____

Información laboral:

Historial laboral (incluir fechas y lugares): _____

_____
_____
_____
_____
_____

Relaciones con compañeros y superiores: _____

_____
_____
_____
_____

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):_____

_____
_____
_____
_____

Primera relación de pareja (edad, manejo por parte de los padres, datos relevantes):_____
_____
_____
_____

Relaciones de pareja posteriores (datos relevantes, incluir actual): _____

_____
_____
_____
_____

Vida sexual (inicio, dificultades, ETS, datos relevantes):_____

_____
_____
_____

_OBSERVACIONES:

_____

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

ESCUELA DE PSICOLOGIA- CAMPUS ACATÁN

PRACTICA V 2012

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante:_____Fecha de sesión_____

Paciente:_____No.de sesión_____

Instrucciones: Después de terminar la sesión con el paciente, llene este formato. Sea específico, de ser posible cite literalmente.

1. Estado mental del paciente

2. Áreas que fueron discutidas durante la sesión

3. Describa los sentimientos del paciente, cambios. Relacione la concordancia entre emociones y lo que está sucediendo en el momento de la sesión.

4. Ideas que le transmitió el paciente.

5. Intervenciones del terapeuta: describa de manera concisa y precisa lo que hizo usted durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.

6. Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.

7. Relacione esta sesión con las anteriores, dando cuenta de los cambios que encontró con respecto a su intervención.

8. Impresiones con respecto al terapeuta y a la intervención: exprese sus sentimientos, temores y miedos durante y después de la sesión.

9. Metas del terapeuta: planes para la próxima sesión.

10. Supervisión: haga un resumen de las dudas que necesite aclarar con su supervisor.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS ACATAN

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno:_____

Intitución de practica:_____

INFORME MENSUAL MES DE:_____

I. Nombre de paciente:

Motivo de consulta:

Diagnóstico:

Avances del mes:

No. de sesiones _____ Inasistencias _____

II. Nombre de paciente

Motivo de consulta

Diagnóstico:

Avances del mes

No. De sesiones_____ Inasistencias _____

III. Nombre de paciente

Motivo de consulta

Diagnóstico

Avances del mes

No. de sesiones _____ Inasistencias_____

IV. Nombre de paciente

Motivo de consulta

Diagnóstico

Avances del mes

No. de sesiones_____ Inasistencias _____

PROCESO PERSONAL

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

TEMA:

_____

_____

No. DE SESIONES (4 máximo)

_____

_____

ESTUDIANTES RESPONSABLES:

_____

OBJETIVO GENERAL DEL
TEMA:_____ _____

_____

_____

_____

_____

DIRIGIDO A: **(Población a la que se dirige: niños (edades); adolescentes; adultos**

Objetivo Especifico	**ACTIVIDAD**	**METODOLOGÍA**	**RECURSOS**	**TIEMPO**	**Eesponsable**

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL

INFORME PSICOLÓGICO

DATOS GENERALES

Nombre:_____Sexo_____

Fecha de nacimiento: _____Edad_____

Estado Civil _____

Escolaridad: _____ Institución_____

Profesión: _____

Ocupación y lugar de trabajo:_____

Religión: _____

Dirección: _____

Teléfono. Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

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

Nombre del padre: _____

Profesión: _____

Lugar de Trabajo: _____

Nombre de la madre: _____

Profesión: _____

Lugar de Trabajo: _____

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

Fecha de inicio del proceso terapéutico: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

Describir la razón por la cuál el sujeto busca ayuda. Es el problema principal que refiere el paciente o los padres, por lo cual consultan. Consignarlo con las propias palabras que utilizaron los padres o el sujeto

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Con respecto al motivo de la consulta es importante tomar en cuenta:

A) Describir de forma detallada las manifestaciones de la enfermedad incluyendo echa de inicio y duración del problema. Cronología de los eventos desde el aparecimiento de los síntomas hasta la fecha de la entrevista. Es importante establecer el nivel de funcionamiento anterior al problema y como el trastorno ha interferido en su funcionamiento actual.
B) Factores precipitantes, estresores psicosociales que pudieron provocar el problema
C) Impacto del trastorno: cambios que ha sufrido en sus relaciones interpersonales, en el matrimonio, en la familia, en la vida social, sexual y laboral. Cambios en el sueño, ingesta de alimentos, en el peso corporal, en los hábitos, como bebidas alcohólicas, tabaquismo y otras sustancias legales e ilegales. Explorar la capacidad de toma de decisiones, asumir responsabilidades.

HISTORIA CLÍNICA

1. Historia prenatal:

Características físicas generales del embarazo, actitud de los padres ante el embarazo, ambiente del hogar en este período, situación familiar, presencia o ausencia de alguno de los padres, fue deseado o no.

2. Nacimiento:

Historia del desarrollo: características generales del parto. Problemas al nacer, enfermedades infecciosas, golpes, uso de fórceps, cualquier complicación, etc. Descripción del ambiente general durante y después del nacimiento.

3. **Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres:**

Explicaciones generales sobre el desarrollo psicomotor del niño (fijación cabeza, edad en que se sentó, se paró, gateó y caminó. Describir movimientos automáticos, hiperactivos, hipoactivos o normales, problemas con dentición, y control de esfínteres, métodos de enseñanza.

4. **Evolución de lenguaje**

Describir como se ha desarrollado el lenguaje en sus distintas etapas (balbuceo, vocalización, edad en que dijo sus primeras palabras, primeras frase; defectos en la pronunciación, habilidad para relatar acontecimientos.

5. **Desenvolvimiento escolar**

Historia sobre la escolaridad, edad en que comenzó a ir al colegio, diferentes establecimientos a los que ha asistido, motivo de los cambios, adaptación al colegio (escuela), actitud ante el estudio, rendimiento académico, actividades deportivas, recreativas, extraescolares, figuras importantes, uso de castigo, relaciones personales dentro del colegio, mencionar cualquier deficiencia o dificultad del niño dentro el aula o en sus estudios.

6. **Desenvolvimiento social**

Relaciones personales, con amigos, profesores, participación en actividades sociales, describir el juego del niño y cómo interactúa en el mismo.

7. **Adolescencia**

Desarrollo de su etapa de adolescencia, crisis de identidad, dificultades que ha enfrentado, desarrollo de la independencia, relaciones con amigos, familia y la autoridad. Episodios de rebeldía, sumisión. Uso y abuso de drogas o alcohol en esta época.

8. **Adultez**

Edad en la que empezó a trabajar, empleos que ha desempeñado, razones de cambio. Grado de satisfacción en el trabajo y razones por las que hay insatisfacciones. Planes y metas hacia el futuro. Relaciones con los compañeros de trabajo, jefes superiores, y persona a su cargo. Actividades sociales, actividades recreativas. Comportamiento antisocial, conducta delictiva, antecedentes legales, si ha sido encarcelado, historia de violencia doméstica o de cualquier tipo de abuso.

9. **Historia Psicosexual y vida marital**

Incluye curiosidad sexual en la infancia, adolescencia, juegos sexuales, actitud de los padres hacia el sexo, actividad sexual adolescente, adulta, noviazgos, relaciones amorosas, matrimonio, etc. Forma de relacionarse con la pareja, sumisión, violencia, golpes, dominio, dependencia. Edad en que contrajo matrimonio, satisfacciones o insatisfacciones y ansiedad sexual. Si son varios matrimonios: edad en que se efectuaron y forma en que se desarrollaron.

10. **Historia médica:**

salud en general, enfermedades que haya padecido, intervenciones quirúrgicas, accidentes, hospitalizaciones. Hacerlo en orden cronológico. Cuáles han sido las reacciones del paciente ante estas situaciones.

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

cualquier condición psiquiátrica o psicológica que haya requerido tratamiento, incluir fechas, duración de la enfermedad y tratamiento recibido. Descripción de cómo era la situación de vida que prevalecía durante esa etapa.

HISTORIA FAMILIAR

1. **Genograma**

2. **Estructura familiar:**

miembros que integran la familia, grado de armonía, dinámica de relaciones, conflictos principales. Actitud de la familia ante el padecimiento del paciente, apoyo que le brindan. Situación económica, fuente de ingresos, aportación económica del paciente, posición socio-cultural, condiciones de la vivienda.

3. **Antecedentes familiares:**

datos de la madre y padre; si han muerto, anotar causa de la muerte, fecha y reacción del paciente

ante el suceso. Ocupación de cada uno de los padres, estado de salud física y mental, rasgos de personalidad. Relación del paciente con ambos durante la infancia y la que tiene actualmente. Averiguar figura de autoridad, el rol de cada uno. En relación a los hermanos: nombres y edades en orden cronológico, estado civil, ocupaciones, enfermedades importantes, rasgos de su personalidad. Si hay hermanos fallecidos mencionarlo incluyendo fecha y causa de la muerte. Relación con ellos durante la infancia y relación que tiene actualmente.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. **Presentación (descripción general):**
    a) Nivel de conciencia: entre coma y vigilia alerta.
    b) Aspecto General: apariencia personal, peso, altura, higiene, cosmesis, vestido, disposición corporal, contacto visual, , postura
    c) Actitud: habilidad para conducirse durante la entrevista , actitud hacia el examinador y hacia sí mismo (colaborador, amable, manipulador, , busco aprobación, desconfiado, evasivo, arrogante, hostil, apático)

2. **Conducta motora y estado afectivo:**
    a) Conducta motora: actividad psicomotora, acinesia, movimientos involuntarios; movimientos repetitivos, movimientos anormalmente lentos, movimientos excesivos, poses

    b) Afecto: manifestación exterior de los estados internos; tiene tres componentes: expresión facial, gestos, características del habla (volumen presión, ritmo y entonación; prosodia-coloración emocional del habla). Afecto embotado (disminución manifiesta de los límites de la expresión emocional, explosiones de llanto o ira.

3. **Estado cognoscitivo**
    a) Atención:

Capacidad de atención, se distrae con facilidad

b) Concentración y vigilancia: se puede recurrir para valorarla a la repetición de los meses del año o los días de la semana en orden inverso

c) Orientación: tiempo; lugar (espacio); Persona: identidad personal, (capacidad de ofrecer su nombre propio)

d) Lenguaje:

1. Fluidez: habla espontánea; volumen, timbre, habla lento, rápido; tartamudea, desarticula. Un método para valorar la fluidez consiste en hacer que el paciente describa lo que observa en un dibujo

2. Comprensión: del lenguaje hablado y escrito; obedece órdenes de complejidad variable: responde "sí o no" a las preguntas; señala los objetos descritos

3. Repetición: frases de dificultad graduada; palabras aisladas; letras; números. Una frase apropiada para repetirla sería "el movimiento inicial reveló la intención del compositor". Al paciente que no puede repetir esta frase se le presentan una serie de frases o expresiones de dificultades graduadas como prueba: "por fuera de la ventana", "nadé a través del lago", "el camino sinuoso llegaba al pueblo", "dejó el cerrojo abierto", "el panal atrajo un enjambre de abejas", "no ponga peros".

e) Designación: objetos y partes de objetos a la confrontación visual

(o a la presentación táctil). Una pregunta apropiada de investigación sería nombrar una pluma estilográfica y sus partes bajo confrontación visual: tapa, punta o plumilla y broche. (El paciente que puede designar una pluma y sus partes tiene capacidad intacta de denominación o designación y no experimenta afasia)

f) Memoria:

Remota (años); pasado reciente (meses); memoria inmediata (minutos y segundos).

Cuando existen amnesias selectivas hacia eventos particulares, periodos o acontecimientos remotos o recientes, estos se describirán con detalle, así como la actitud del paciente hacia lo olvidado.

Si hay alguna sospecha de alteración de memoria, explore la capacidad retentiva del paciente haciéndole que repita inmediatamente y cinco minutos después, algún nombre, alguna dirección o datos similares. Es importante que se pruebe la capacidad de repetir alguna oración más o menos larga y la cantidad de veces que hay que repetir algún párrafo para que el paciente lo reproduzca con precisión.

g) Razonamiento (funciones cognoscitivas)
   Juicio práctico
   Abstracción: semejanzas e interpretación de proverbios

4. Pensamiento:

a) Proceso: coherencia, dirección hacia un objetivo; lógica. Se pude considerar concreto, tangencial (salir del tema que se está tratando con imposibilidad del sujeto para volver al mismo, circunstancial (digresivo pero capaz de volver al tema), perseverativo (fijación a un solo pensamiento, una sola frase, o una sola palabra), laxo (ausencia de progreso lógico del pensamiento) o incoherente. El término "pensamiento bloqueado" se refiere a la interrupción súbita del pensamiento o del habla.

b) Contenido: preocupaciones (señalar si las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño, apetito); ideas delirantes; alucinaciones; ilusiones (fantasías); ideación suicida u homicida. Existencia de fobias, ideas obsesivas, compulsiones y rituales. Planes para el futuro, ambiciones.

c) Introspección: (Insight) grado de comprensión del paciente de sus problemas médicos y psicológicos y conciencia de los factores que afectan al curso de la misma. Capacidad de interpretar razonablemente (intelectual); y de interpretar emociones (emocional).

5) Estado de ánimo:

Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento. Humor (estado de ánimo durante la entrevista y otros contextos); sentimientos (lo que expresa y lo que se observa).

Recuerde que hay muchas variedades de ánimo, además de la alegría y la tristeza, como por ejemplo: estados de ansiedad, miedo, suspicacia, perplejidad, aburrimiento, desesperanza, etc.

Observe el tono afectivo durante la entrevista y fíjese que situaciones la alteran. Tenga especial cuidado en observar si los cambios del afecto son congruentes con el contenido del discurso.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Incluir primero un cuadro con nombre de la prueba y fecha de aplicación, como el que sigue:

Nombre de prueba	**Fecha de aplicación**

Luego se presentan los resultados prueba por prueba, dando datos cualitativos y cuantitativos, de ser el caso.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Es la percepción que tenemos del caso total; una descripción interpretativa del caso evaluado. Describir en forma resumida su funcionamiento de acuerdo a las pruebas aplicadas, haciendo breve mención de los conflictos emocionales, si los hay. Se hace una interpretación dinámica que ofrece una imagen profunda de los eventos y condiciones internas que ocurrieron en la experiencia individual y del papel relativo de fuerzas biológicas, familiares y sociales que han contribuido a la ruptura del equilibrio mental o a la problemática que presenta el paciente.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: Trastornos clínicos; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

EJE II: Trastornos de la personalidad y retraso mental

EJE III: Enfermedades médicas

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales

EJE V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

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

RECOMENDACIONES

Especificar las recomendaciones para el caso en general, para los padres y maestros, según sea el caso

_____ _____

Nombre del estudiante Firma del estudiante

_____

Fecha del Informe

PLAN TERAPÉUTICO

MODELO DE UN CASO

I. PERSPECTIVA TERAPEUTICA

La perspectiva cognitiva ya que postula que las emociones y conductas de la personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que esa persona interpreta la situación. Esta perspectiva sostiene que la persona depresiva exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsistente de él, el mundo y el futuro. Se supone que estos procesos y contenidos de pensamiento subyacen a los síntomas motivacionales, afectivos y conductuales de la depresión. La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados "esquemas" o "pensamientos automáticos negativos" que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo.

Para complementar la **Perspectiva conductista y del aprendizaje social**, declara que los trastornos son aprendidos del mismo modo que cualquier otra conducta. Puesto que la conducta se aprende se puede explicar que el trastorno depresivo se debe a que ella ha aprendido de manera inadecuada a percibir el mundo y se ha mantenido mediante una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos.

Esta perspectiva sostiene que las personas deprimidas tienden a: (1) pensar negativamente sobre sí mismas, (2) interpretar sus experiencias de forma negativa y (3) tener una visión pesimista del futuro. Lo que se denomina "tríada cognitiva". Parte del tratamiento es para los pensamientos negativos automáticos que interfieren en el estado de ánimo de la persona. La terapia cognitiva trabaja con las barreras psicológicas al tratamiento adecuado remplazando pensamientos negativos automáticos con pensamientos realistas, valiéndose de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva en sí.

II. TIEMPO ESTIMADO

El tiempo estimado de la terapia es de 9 meses, aproximadamente 36 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

III. PRESENTACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Estado de ánimo depresivo	Modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.	Se utilizaran técnicas cognitivas como conductuales. Tales como las técnicas del modelo ABC que se dividen en cognitivas, emotivas y conductuales.	Dichas técnicas se presentaran en 10 sesiones, se ensayaran en consulta y se asignan como tarea para casa.
Violencia Intrafamiliar	Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de la violencia intrafamiliar.	Aplicar las técnicas de intervención del Programa de Interaprendizaje denominado "Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar" divido en cuatro módulos.	Cada módulo se divide en cierta cantidad de unidades, las cuales de realizarán en 12 sesiones.
Baja autoestima o valía personal	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, etc.	Realizar las estrategias para desarrollar la estima publicadas en el libro: Estrategias para desarrollar la autoestima y la estima del Yo profundo.	Considerando la intervención en tres partes: la autoestima, la autoestima depende de la autopercepción y la estima de sí mismo. La duración será de 8 sesiones.
		Llevar a cabo técnicas tales como: círculo de afecto, consintiéndote a ti mismo, el niño que llevamos dentro, etc.	6 sesiones.

IV. OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	**Entrenamiento en relajación:** Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones. (Ver anexos).
Cuantificar una emoción empleando un punto de referencia.	**Unidades subjetivas de malestar (USM):** A través de un formato Likert se le ofrecerá a ella la opción de escoger un nivel para su emoción, dentro del rango que va desde "nada" hasta "muy alto".	Formato de USM
Lograr que el paciente comprenda la relación Creencia-Consecuencia.	**Modelo ABC:** Utilizar un formato del modelo, realizarlo durante la sesión y llevarse uno a casa.	Formatos de Modelo ABC.
Aprender a identificar creencias irracionales	Repetición de frases irracionales a modo de autoinstrucciones.	Lista de frases irracionales.
	Discriminación: mediante ejemplos el terapeuta enseña al paciente, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.	
Buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras	**Detección:** Utilizar autor registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de autoregristro.
Búsqueda de Evidencia para Comprobar la Validez los pensamientos automáticos	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.	Formato de evidencias en pro y en contra.

	Flecha Descendente: diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.	
	Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.	
Identificar las ocasiones en que el paciente pudo haberse hecho responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.	**Reatribución:** Revisar los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.	
Objetivo	**Técnicas**	**Recursos**
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	**Descatastrofización:** Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.	
Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.	**Métodos humorísticos:** Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.	
Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.	**Entrenamiento asertivo:** A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.	

Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.	**Técnicas referenciales:** Se anima al paciente ha hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.	
	Escala de Dominio Placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas, el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona, utilizando escalas de 0-5. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.	Formato de la Escala
	Programación de actividades incompatibles u opuestas: Permitirla al paciente ejecutar una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, que en este caso es la inactividad; por lo tanto, la idea es que ella una lista de actividades para realizar los días de la semana.	Formato de Programación de Actividades.
	Asignación de tareas graduales: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta, se elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.	Hoja en blanco para realizar la jerarquía de conductas.

De cada actividad a realizar se le entregará a la paciente una guía para las realice en casa, o se especificaran tareas para la casa. Esto permitirá retroalimentar y lograr los objetivos.

_____ _____

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS ACATÁN

PRACTICA V 2011

HOJA DE SUPERVISION DE CASOS

Estudiante:_____ Fecha de supervisión:_____

Paciente:_____Edad:_____No. Sesiónes trabajadas_____ Fase:_____

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación

FIRMA SUPERVISIÓN_____

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL ACATÁN

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre del alumno: _____ ***Paciente*** _____***:***

Fecha: _____ ***Intitución*** _____***:***

Fase del Proceso: ***Evaluaci*** ☐ ***Intervenció*** ☐

Aspecto a evaluar	***Excelente***	***Bueno***	***Deficiente***
Orden de expediente	**2**	**1**	**0**
Ortografía	**2**	**1**	**0**
Redacción y vocabulario profesional	**2**	**1**	**0**
Presentación	**2**	**1**	**0**
Notas de evolución	**2**	**1**	**0**
INFORME PSICOLOGICO:			
Historia clínica	**2**	**1**	**0**
Genograma	**2**	**1**	**0**
Examen mental	**2**	**1**	**0**
Resultados de pruebas aplicadas	**2**	**1**	**0**
Impresión diagnóstica	**2**	**1**	**0**
Diagnóstico multiaxial	**2**	**1**	**0**
Recomendaciones	**2**	**1**	**0**
Plan terapeútico (casos en intervención)	**2**	**1**	**0**
Entrevista	**2**	**1**	**0**
Evidencia de material consultado	**2**	**1**	**0**

TOTAL /30 ☐

OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha de revisión:_____ Firma _____

INFORME DE HORAS TRABAJADAS EN CENTROS DE PRÁCTICA 2012

POR FAVOR DETALLE LA INFORMACIÓN QUE SE LE SOLICITA RESPECTO A LAS HORAS TRABAJADAS EN SU CENTRO DE PRÁCTICA

NOMBRE DEL CENTRO DE PRÁCTICA: _____

CONTACTO QUE SUPERVISÓ MI TRABAJO: _____

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

FECHA DE ASISTENCIA	ENTRADA	SALIDA	TOTAL DE HORAS

TOTAL DE HORAS TRABAJADAS: _____

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRACTICANTE

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Datos Recopilados durante la Práctica Supervisada de Enero a Noviembre 2012

POR FAVOR REALICE UNA LISTA DE LOS TRES ENFOQUES MÁS UTILIZADOS EN LOS ABORDAJES DE SUS PACIENTES SEGÚN LA SIGUIENTE GUÍA:

- COGNITIVO CONDUCTUAL
- PSICODINÁMICAMENTE ORIENTADOS
- TERAPIA SISTÉMICA
- HUMANISTA -EXPERIENCIAL/ FENOMENOLÓGICO- EXISTENCIAL (especifique)
- OTROS ENFOQUES (especifique)

1. Cognitivo Conductual

2. Humanista-Experiencial

3. Gestalt

ESTADO DE CASOS	*CANTIDAD*
CONCLUIDOS	**03**
CERRADOS POR INASISTENCIA	**01**
CERRADOS CON ASPECTOS PENDIENTES	**02**
TOTAL DE CASOS	**06**

DATOS DE PACIENTES POR EDADES Y SEXO:	**CANTIDAD**
NIÑOS	
NIÑAS	
ADOLECENTES HOMBRES	**04**
ADOLECENTES MUJERES	**02**
HOMBRES	
MUJERES	
TOTAL DE PACIENTES	**06**

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRACTICANTE

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PROGRAMA DE ESTUDIO

Carrera:	PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL	Ciclo:	2012
Nombre del Curso:	PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA V	Código:	5237
Pre-requisito:	PRÁCTICA IV	Código:	
Trimestre:	I-II-III		
Nombre del Catedrático:	M.A. Cynthia Brenes	Jornada:	Plan Diario
Extensión:	Campus Central	Sección:	Única

FECHA DE RECEPCIÓN	MES	AÑO	Sello Registro y Control Académico	Firma Catedrático	Vo.Bo. Directora
	01	2,012			

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
DIRECTORA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

II. Propósito del Curso

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

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

III. Objetivos

Generales	Específicos
Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG´S y otros.	• Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera. • Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca. • Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas. • Elaborar programas de salud mental y aplicarlos. • Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería. • Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales. • Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica. • Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica. • Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

IV. Contenido Temático del Curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico	2. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social 3. Trabajo en comunidades de riesgo 4. Detección de situaciones de resiliencia 5. Creación de programas y proyectos

192hrs.

6 pacientes | 24hrs. al mes. marzo octubre

V. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

* La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
* La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
* Los alumnos deberán seguir los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso.
+ Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación.
*En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.

VI. Formas o Técnicas de Evaluación

Las áreas a evaluar les son informadas a los alumnos en cada una de las fases, pues éstas cambian en función de las actividades realizadas.
Cada inicio de trimestre se les entrega un MEMO, abordando las áreas que deben reforzar y sobre las cuales se evalúa.

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

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

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

consejería.

VII. Calendarización o Cronograma de Actividades

I TRIMESTRE

Fecha	*Actividad programada*
Enero	
~~Sábado~~ 26	Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Febrero	
~~Sábado~~ 2	Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional
~~Sábado~~ 9	Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Explicación de informe final de practica
~~Sábado~~ 16	Reforzar temas para trabajo de practica en clase Idem
~~Sábado~~ 23	Idem
Marzo	
~~Sábado~~ 1	Primera parte: Presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Entrega de informe del mes de febrero
~~Sábado~~ 8 (semana parciales)	Primera parte: Presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Entrega Perfil Institucional
~~Sábado~~ 15	Primera parte: presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos
~~Sábado~~ 22	Primera parte: presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos
~~Sábado~~ 29	Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos
Abril	
~~Sábado~~ 12	Primera parte: Presentación de casos 6 Segunda parte: supervisión de casos Entrega informe del mes de marzo Entrega de planificación de talleres
~~Sábado~~ 19	Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos
~~Sábado~~ 26	Primera parte: Presentación de casos 8

	Segunda parte: supervisión de casos
Mayo	
~~Sábado~~ 3	Primera parte: presentación de caso 9 Segunda parte: supervisión de casos Entrega de informe de mes de abril FINAL PRIMER TRIMESTRE

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

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

IV. Bibliografía

- ✓ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- ✓ Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Lerning. "a. edición México
- ✓ Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- ✓ Psiquiatría Cínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- ✓ La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- ✓ La Entevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- ✓ Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- ✓ Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- ✓ Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- ✓ Terapia Racional Emotiva. Ellis
- ✓ El Psicodrama. Moreno
- ✓ CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- ✓ DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- ✓ AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- ✓ COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- ✓ M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie
- ✓ Psicologiapopular.com
- ✓ Comportamental.com
- ✓ Psicodirectorio.com
- ✓ Psicología-online.com
- ✓ Paginaschile.d/fest.htw
- ✓ Clinicas/ansiedad.com
- ✓

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V

ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR:

Con el fin de hacer de su conocimiento todo procedimiento contemplado en el curso de Práctica para que puedan tenerlo presente y cumplir de manera profesional y comprometida con su labor, se detallan a continuación algunos aspectos importantes que deben tomar en cuenta:

1. Cada alumno es responsable de buscar el Centro o Institución para realizar su experiencia de práctica. Son requisitos indispensables para la aprobación de su lugar de práctica que haya un psicólogo o psicóloga encargada, para que de ser necesario, los apoye en caso de requerirlo y sea el enlace con su supervisora de práctica y poder llevar así una mejor supervisión.
2. Recuerden que el objetivo de esta experiencia es integrar y poner en práctica todos los contenidos que han aprendido hasta ahora, por medio de un trabajo serio y profesional. Por lo que el trabajo que realicen en los Centros o Instituciones debe ir encaminado al área clínica y de consejería y ser realizado de manera responsable y seria, como lo requiere su profesión.
3. La clase en el Campus, los días sábado constará de dos fases o momentos. La primera fase es para que se realicen presentaciones de casos en las que cada alumno deberá exponer un caso clínico, evidenciando todo el proceso de psicodiagnóstico, con su respectiva impresión diagnóstica, diagnóstico multiaxial y recomendaciones. El segundo momento o fase será la supervisión de casos, en la que cada alumno prepara un caso para consultar, llenando previamente su hoja de supervisión de caso, y de acuerdo a un tiempo estipulado, va exponiendo uno a uno su caso y se hacen las recomendaciones pertinentes tanto por la catedrática como recomendaciones por su grupo de compañeros, como parte importante del ejercicio de desarrollo del criterio clínico..
4. En el período de presentación, tanto como en el período de supervisión de casos, se requiere su puntualidad para hacer el mejor uso posible del tiempo. Si a alguien le toca presentar caso, es importante que venga con anticipación y prepare su presentación, de manera que al iniciar el período se inicie con la clase. Después de 15 minutos de iniciado el caso, NO se dejará entrar a clase y deberán esperar hasta que inicie la supervisión para integrarse.
5. En el período de supervisión SIEMPRE y sin excusa, deben de llevar la hoja de supervisión de casos llena antes de la clase, no llenarla allí, para plantear de una manera, ordenada y profesional sus dudas.
6. Cuando una persona presente caso, se pide la atención completa al caso y la participación INDISPENSABLE de todos los compañeros, ya sea para comentarios, dudas, aportar conocimientos o ideas. Se les recuerda que la participación es parte importante del desarrollo de la clase y **se puntúa**.

7. En el momento de presentar caso, el docente llenará una hoja de evaluación la cual entregará posteriormente al alumno para que pueda ver objetivamente en qué aspectos necesita mejorar. Esta hoja la deberá imprimir quien presente su caso y entregarlo antes de iniciar la presentación junto con su folder con el informe correspondiente a su caso. Esta hoja se les dará a conocer con anticipación para que puedan prepararse profesionalmente. No se aceptará de ninguna manera cambios de fecha de presentaciones ni se justificará casos sin presentar por ninguna razón o falta de alguna parte del proceso. Es necesario preveer.
8. Los compañeros hacen también una retroalimentación escrita de la presentación de caso a sus compañeros, la cual entregan después de cada presentación. Esto también lleva nota en su zona.
9. Se hacen llamados de atención escritos cuando no se llenan los requerimientos planteados en asistencia, profesionalismo en casos, actitud profesional, etc. los que se archivan y se toma en cuenta para su evaluación.
10. De cada paciente atendido deben llevar un EXPEDIENTE, debidamente ordenado, rotulado, forrado, en donde tendrán todos los documentos necesarios para llevar el seguimiento del caso.
11. Deben llevar sus expedientes ordenados AL DIA. Se hace periódicamente una revisión de los mismos, notificándose en el período de clase semanal, quién entrega expedientes la siguiente semana, por lo que es indispensable tenerlos al día. Se evaluarán varios aspectos contenidos en la hoja de revisión de expedientes que también se les dará a conocer con anticipación. Esta hoja deben archivarla en la parte izquierda del expediente, pues después su supervisora revisará si las correcciones fueron hechas o si las sugerencias fueron tomadas en cuenta.
12. Las notas de registro semanal deben ser llenadas inmediatamente después de su cita con el paciente, y deben llenarse a computadora, utilizando lenguaje profesional y poniendo explícitamente lo que allí se les solicita. Recuerden que estas son indispensables para ver su trabajo y proceso de trabajo con los pacientes. Las mismas deberán estar al inicio cuando abren el fólder pues es más fácil ir archivando las hojas arriba que tener que sacar cada vez que incluyan una nueva el gancho y las demás hojas.
13. Se les solicita profesionalismo en el manejo de expedientes y casos, recuerden que están trabajando con personas, además la discreción en cuanto a la información que se maneja en clase de los diferentes casos.
14. Presentación y Orden de Expedientes

    Con el fin de mantener la equidad en la forma de presentar y ordenar los expedientes de sus pacientes, de manera profesional, los parámetros a seguir son los siguientes:

    a. Todos los informes deben incluir carátulas y pestañas que identifiquen sus partes.

    b. El orden es el siguiente:

    1) NOTAS DE REGISTRO SEMANAL
    2) HOJAS DE ASESORIA (dudas)
    3) INFORME CLINICO

4) PLAN TERAPEÙTICO (Incluye fundamentación teórica) (Si lo hay)
5) PRUEBAS Y TEST PSICOLÓGICOS
6) FORMATO DE ENTREVISTA
7) DOCUMENTOS O MATERIAL CONSULTADO (Bibliografías)
8) OTROS: cartas a profesionales, referencias, contrato de vida…cualquier cosa que consideren importante incluir.

15. Deben de llevar un registro de todos los casos trabajados, en su registro personal de pacientes, el cual tiene una hoja específica de presentación y les servirá para su informe final de práctica.

16. Cada alumno deberá realizar un Diagnóstico institucional del lugar donde elabore sus prácticas, con el fin de conocer el contexto donde trabaja y tener información de primera mano que permita ayudar de manera más eficiente, dependiendo las necesidades del Centro o Institución. Se explicará detenidamente en clase.

17. Durante el segundo y tercer trimestre, los alumnos deberán implementar talleres, los cuales se planificarán durante el primer trimestre y se entregarán para revisión previa, en un formato específico de planificación de talleres, dado por su supervisora. La temática se elegirá según las necesidades del lugar y la población atendida, y deberá ser un taller en el segundo trimestre y un taller en el tercer trimestre.

PRÁCTICA V
CRONOGRAMA
LICDA. ELSA OBREGÓN

SEGUNDO TRIMESTRE

MAYO	
17/MAYO	INICIO DE TRIMESTRE
24/MAYO	LUCÍA CAJAS
31/MAYO	MARÍA JOSÉ RIVERA
JUNIO	
7 /JUNIO	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO/ SUPERVISIÓN DE CASOS
14/JUNIO	SUPERVISIÓN DE CASOS/ DESPEDIDA CYNTHIA
21/JUNIO	LOURDES PALACIOS/ Supervisión
28/JUNIO	ANDREA TORO/ Presentación CAQ; entrega de material y primer contenido de parcial.
JULIO	
5/JULIO	CECILIA PÉREZ/ Supervisión
12/JULIO	JAQUELINE GAMARRO/ Proceso personal
19/JULIO	LESLI POLANCO/ Supervisión
26/JULIO	REGINA MARROQUÍN/ Supervisión
AGOSTO	
2/AGOSTO	BRENDA HERNÁNDEZ/ Supervisión
9/AGOSTO	CARLA MORATAYA/ Examen parcial/ Entrega de expedientes Grupo 1
16/AGOSTO	KARLA MARTÍNEZ Entrega de expedientes Grupo 2

20/ 24 AGOSTO	SEMANA DE VACACIONES

30/AGOSTO	INICIO TERCER TRIMESTRE

GRUPOS ENTREGA EXPEDIENTES

GRUPO 1
9 DE AGOSTO

- Heidy
- Cynthia
- Laaiza
- Rosa María
- Lucía
- María José
- Lourdes

GRUPO 2
16 DE AGOSTO

- Andrea
- Ceci
- Jaqueline
- Lesli
- Regina
- Brenda
- Carla
- Karla

PRÁCTICA V
CRONOGRAMA
LICDA. ELSA OBREGÓN
TERCER TRIMESTRE

30/AGOSTO	INICIO DE TRIMESTRE / TRABAJO EN GRUPO SOBRE MOTIVACIÓN Y APOYO PARA LA FASE FINAL DEL PROCESO DE PRÁCTICA / EXPLICACIÓN ACTIVIDADES/ REVISIÓN NOTAS 2° TRIMESTRE
SEPTIEMBRE	
6/SEPTIEMBRE	HEIDY / TEORIA EXAMEN (Enfoque para el trabajo terapéutico) **ENTREGA INFORME MENSUAL**
13/SEPTIEMBRE	LAAIZA / CINTHIA / SUPERVISIÓN DE CASOS
20/SEPTIEMBRE	ROSA MARÍA / LUCÍA / SUPERVISIÓN DE CASOS
27/SEPTIEMBRE	LOURDES / LESLIE / SUPERVISIÓN DE CASOS
OCTUBRE	
4/OCTUBRE	MARÍA JOSE / CECI / TEORÍA EXAMEN (Informe psicológico) **ENTREGA INFORME MENSUAL**
11/OCTUBRE	ANDREA / JAQUELINE / SUPERVISIÓN DE CASOS
18/OCTUBRE	REGINA / KARLA / SUPERVISIÓN DE CASOS
25/OCTUBRE	CARLA / BRENDA/ SUPERVISIÓN DE CASOS 22- 27/OCT FINALIZACIÓN DE PRÁCTICA
NOVIEMBRE	
1/NOVIEMBRE	FERIADO
8/NOVIEMBRE	ENTREGA EXPEDIENTES GRUPO I /TEORIA EXAMEN **ENTREGA INFORME MENSUAL**
15/NOVIEMBRE	ENTREGA EXPEDIENTES GRUPO II / TEORÍA EXAMEN
22/NOVIEMBRE	EXAMEN FINAL
29/NOVIEMBRE	EVALUACIÓN DEL PROCESO/ DESPEDIDA

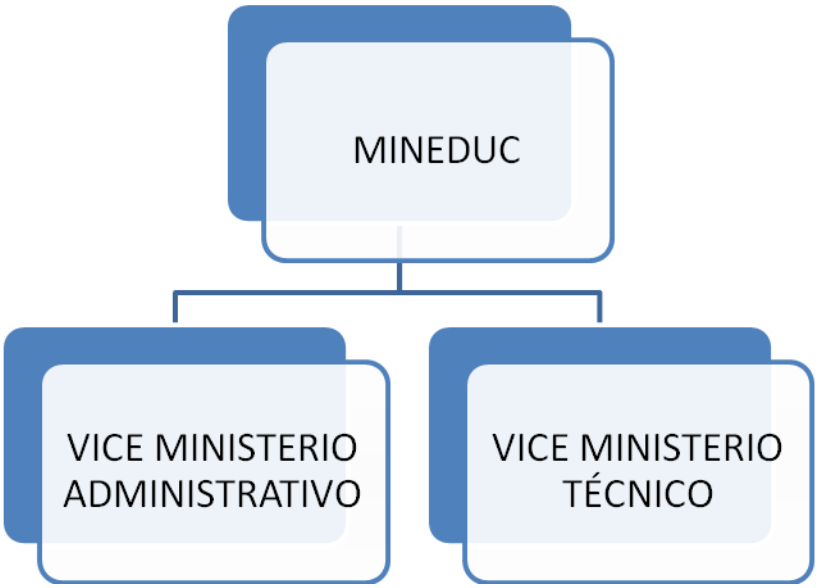
GRUPOS ENTREGA EXPEDIENTES

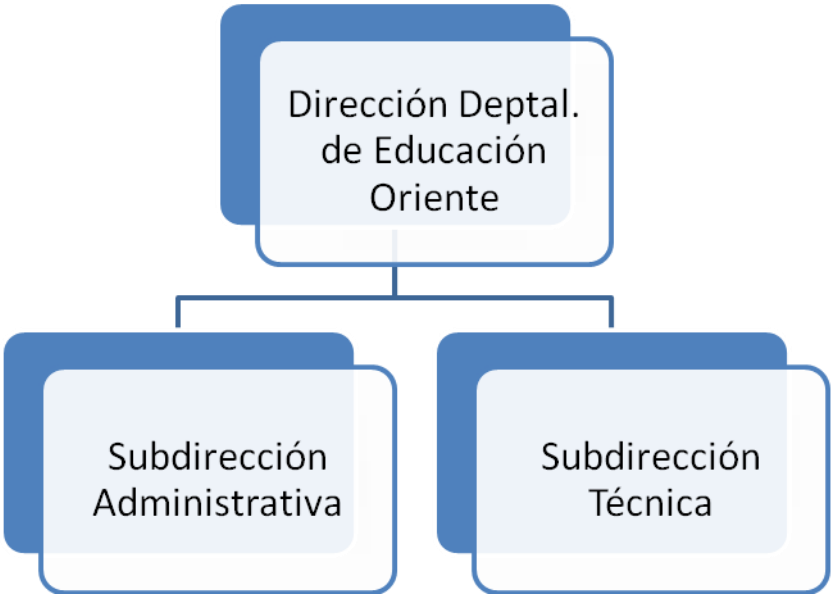
GRUPO 1

Heidy
Cynthia
Laaiza
Rosa María
Lucía
María José
Lourdes

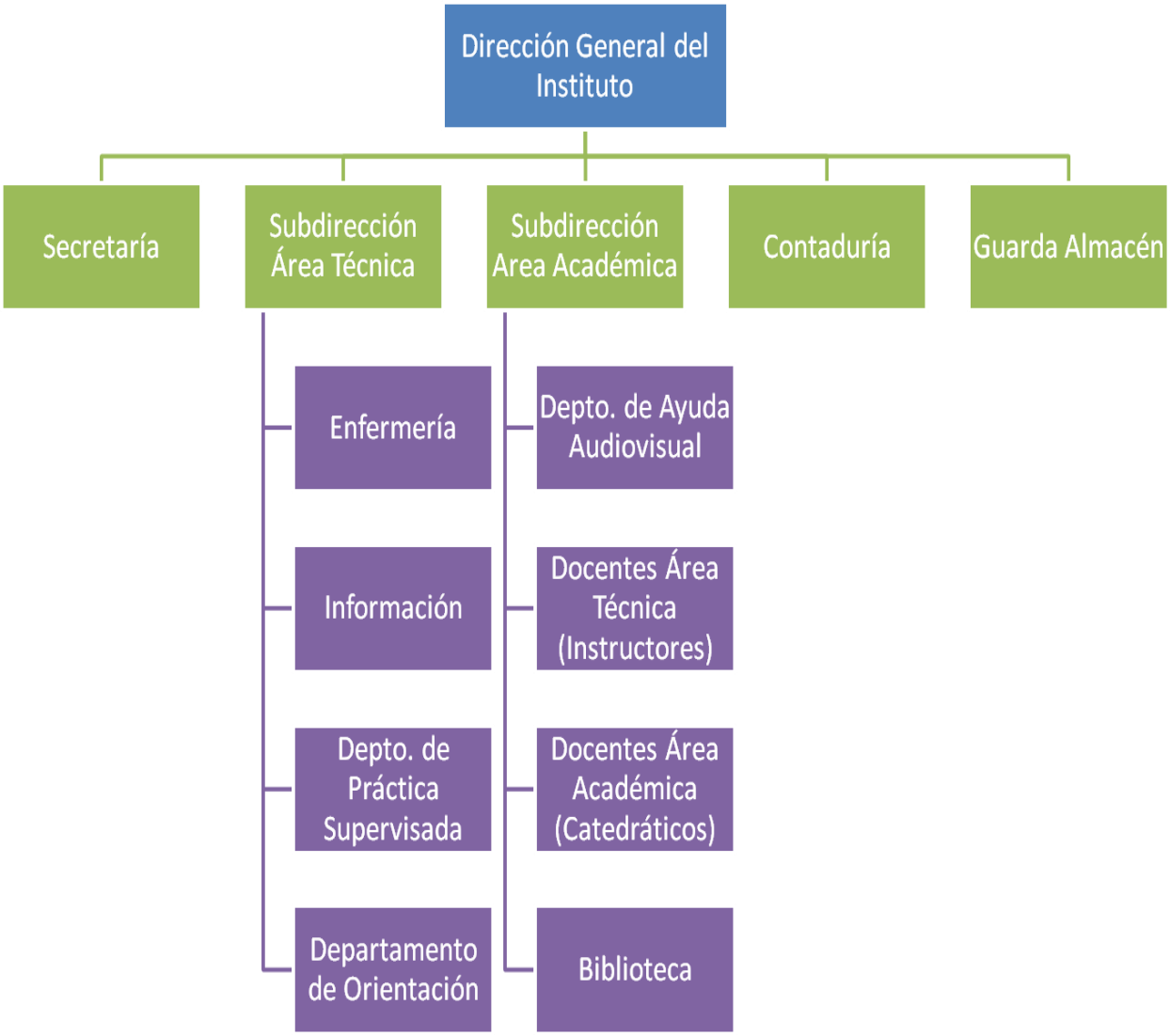
GRUPO 2

Andrea
Ceci
Jaqueline
Lesli
Regina
Brenda
Carla
Karla


MINEDUC
VICE MINISTERIO ADMINISTRATIVO
VICE MINISTERIO TÉCNICO


Dirección Deptal. de Educación Oriente
Subdirección Administrativa
Subdirección Técnica

Supervisión Educativa
Dirección del Establecimiento
Docentes
Alumnos y Padres


Dirección General del Instituto
Secretaría
Subdirección Área Técnica
Subdirección Area Académica
Contaduría
Guarda Almacén
Enfermería
Información
Depto. de Práctica Supervisada
Departamento de Orientación
Depto. de Ayuda Audiovisual
Docentes Área Técnica (Instructores)
Docentes Área Académica (Catedráticos)
Biblioteca

Galería de Imágenes

Práctica Consejería Familiar y Social

Instituto Técnico Vocacional Dr. Imrich Fishmann

Guatemala Junio-Octubre de 2012