

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



Violencia Intrafamiliar (Práctica Realizada en Clínica Familiar, Guatemala)

(Informe final de práctica profesional dirigida)

Juan José Reyes Rodríguez
Chimaltenango, enero de 2011.

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



Violencia Intrafamiliar (Práctica Realizada en Clínica Familiar, Guatemala)

(Informe final de práctica profesional dirigida)

Juan José Reyes Rodríguez
Chimaltenango, enero de 2011.

Violencia Intrafamiliar (Práctica Realizada en Clínica Familiar, Guatemala)

(Informe final de práctica profesional dirigida)

Lic. Sonia Pappa (Asesora)

Juan José Reyes Rodríguez (Estudiante)

Chimaltenango, enero de 2011.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ASUNTO: **Juan José Reyes Rodríguez**

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

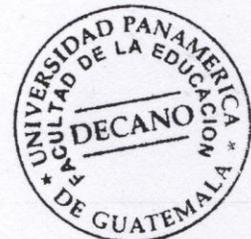
DICTAMEN No.05/2009 DE FECHA 22/02/2008.

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

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

*Licenciada Sonia Pappa
Asesora*


M.A. José Ramón Bolaños Rivera
Decano



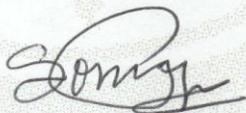
C.c. archivo
mc

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA EDUCACION, Guatemala, doce de noviembre de dos mil ocho.**

**En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Clínica Familiar del
Trébol, presentado por el estudiante**

Juan José Reyes Rodríguez

**Quien se identifica con número de carné E1-20047017 de la carrera de Licenciatura en
Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido
establecidos por la universidad, se extiende el presente Dictamen Favorable para
que continúe con el proceso correspondiente.**



**Licenciada Sonia Pappa
Asesora**

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

En virtud de que la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Violencia Intrafamiliar (Práctica realizada en Clínica Familiar, Guatemala)". Presentada por el estudiante: Juan José Reyes Rodríguez, previo a optar al grado Académico de Licenciatura, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

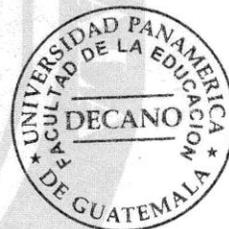

Licda. Karen Dubón
Revisora



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

En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Violencia Intrafamiliar (Práctica realizada en Clínica Familiar, Guatemala)**", presentado por **JUAN JOSE REYES RODRIGUEZ**, 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 Revisores, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.


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



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1	
Marco de referencia	
Introducción	4
1.1. Descripción de la institución	4
1.2. Misión	4
1.3. Visión	5
1.4. Organigrama	5
1.5. Objetivos	6
1.6. Población que atiende	6
1.7. Planteamiento del problema	7
Capítulo 2	
Referente teórico	
Introducción	8
2.1. Principales problemas encontrados	9
2.1.1. Violencia intrafamiliar	9
2.1.2. Trastornos afectivos o del estado de ánimo	15
2.1.3. Drogadicción	20
2.1.4. La esquizofrenia	37
2.1.5. El duelo	44
2.2. Métodos de psicodiagnóstico	48
2.2.1. Instrumentos utilizados en el psicodiagnóstico	49
2.2.2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)	59
2.2.3. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)	60
2.2.4. Historia de la clasificación internacional de las enfermedades - CIE-10	61
2.3. La psicoterapia	63
2.3.1. Los tres modelos de la psicoterapia	64
Conclusiones	73
Capítulo 3	
Referente metodológico	
Introducción	74
3.1. Programa de la práctica profesional dirigida	74
3.2. Cronograma de actividades	77
3.3. Planificación general de actividades	79
3.4. Programa de atención de casos	83
3.5. Programa de capacitaciones	85
3.6. Programa de elaboración de proyecto de salud mental	87

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción	87
4.1. Programa de atención de casos	87
4.2. Programa de capacitaciones	99
4.3. Programa de elaboración de proyecto de salud mental	128
4.4. Presentación de gráficas y análisis de datos	135
4.5. Programa de capacitación	140
4.6. Programa de elaboración de proyectos de salud mental	142
4.7. Análisis de datos	144
Conclusiones generales	146
Recomendaciones	147
Referencias	148
Anexos	149
Anexo 1 Fotografías	
Anexo 2 Constancias de horas de práctica	
Anexo 3 Cartas firmadas y selladas	
Anexo 4 Constancias	

Índice de Gráficas

Grafica 1 Porcentaje de casos nuevos atendidos por mes	136
Grafica 2 Rango de edades	137
Grafica 3 Sexo	137
Grafica 4 Religión	138
Grafica 5 Estado civil	138
Grafica 6 Principales problemas atendidos	139
Grafica 7 Talleres impartidos mensualmente	140
Grafica 8 Número de personas capacitadas	141
Grafica 9 Porcentaje de personas atendidas grupalmente	142
Grafica 10 Casos atendidos individualmente	143

Resumen

En el presente informe se encuentra un resumen del trabajo realizado en la Clínica Familiar del Trébol, anteriormente no existía este tipo de atención psicológica en dicha clínica, pero a raíz de que al alumno practicante se le dio la oportunidad de realizar su práctica profesional dirigida, los mismos pacientes han manifestado la necesidad de este servicio.

A continuación se encontrará un resumen del trabajo ejecutado durante la práctica profesional dirigida, la cual es un requisito de egreso en la licenciatura de la carrera de Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana. El informe da inicio con un marco de referencia, en donde se describe el lugar centro de práctica, se da a conocer el funcionamiento y la ideología del mismo, para tener una idea exacta de la forma en que el alumno pudo realizar su trabajo de campo; seguidamente se presenta el referente teórico, el cual contiene las investigaciones sobre temas importantes investigados con el fin de retroalimentar los conocimientos durante la carrera. Se enfocan los problemas principales encontrados en los casos vistos, investigando y analizando la causa u origen de los mismos, para realizar un psicodiagnóstico acertado y dar un tratamiento efectivo.

Posteriormente se encuentra el referente metodológico en el que se describe la metodología utilizada en la aplicación de las actividades realizadas durante la práctica. Para finalizar se hace una presentación de resultados, mostrando algunos casos y dando a conocer los logros obtenidos durante el ejercicio profesional.

Introducción

El presente informe resume el trabajo realizado en la Clínica Familiar del Trébol, lugar en donde se atienden pacientes con diversos tipos de padecimientos los cuales se describen a continuación. Los problemas que más resaltan en los pacientes son: baja autoestima, violencia intrafamiliar y violencia de género, así también han llegado casos de personas con trastorno de angustia, duelo no resuelto, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, estrés post traumático, etc. Además se da a conocer la base teórica que se investigó para la atención de tales casos clínicos.

En la Clínica Familiar del Trébol la dinámica de atención es que los paciente pasan primero a consulta médica y son ellos quienes los refieren a consulta con el psicólogo, dicha atención se inicia teniendo un contacto inicial con la persona, obteniendo sus datos generales y estableciendo una relación de empatía. Posteriormente se inicia una psicoterapia. Las sesiones se llevan a cabo semanalmente a excepción de los casos que requieran urgencia, como el caso de trastornos de carácter mayor o profundo.

El trabajo efectuado durante la práctica profesional dirigida fue ampliamente satisfactorio, obteniendo un aprendizaje de mucho valor en el futuro ejercicio profesional.

Síntesis descriptiva

La mayoría de casos atendidos durante la práctica profesional dirigida realizada en la Clínica Familiar de Trébol los más significativos fueron los casos de violencia intrafamiliar, cuyo principal factor desencadenante ha sido detectado en las entrevistas, observando que la causa se encuentra en los patrones de crianza aprendidos en el hogar.

La violencia intrafamiliar es manifestada con diversas conductas, generalmente ejercidas por personas del sexo masculino hacia el sexo opuesto; en el caso particular de las personas atendidas en la Clínica Familiar del Trébol un alto porcentaje de personas agredidas fueron mujeres y generalmente eran del interior del país, las cuales han migrado hacia la capital, principalmente por problemas económicos.

Las personas atendidas viven en las cercanías de la clínica, lo que facilita que asistan a las consultas y que su avance sea efectivo.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

En este capítulo se describe la institución en donde se llevó a cabo la práctica profesional dirigida, se describe ideología de la misma, dando a conocer su misión y visión, así como los objetivos que desea alcanzar. Se describe también la población a la que atiende, la cual ya se ha mencionado anteriormente.

1.1. Descripción de la institución

La Clínica Familiar del Trébol está ubicada en la zona 3 de la ciudad capital del Departamento de Guatemala, esta institución cuenta con los servicios médicos familiares, odontológicos y psicológicos, con precios simbólicos para los servicios que presta, atiende desde las 8:00am. a la 1:00pm. Se presta atención desde consultas generales hasta emergencias de todo tipo. En las instalaciones se encuentra un laboratorio clínico para las pruebas de sangre, orina y heces.

1.2. Misión

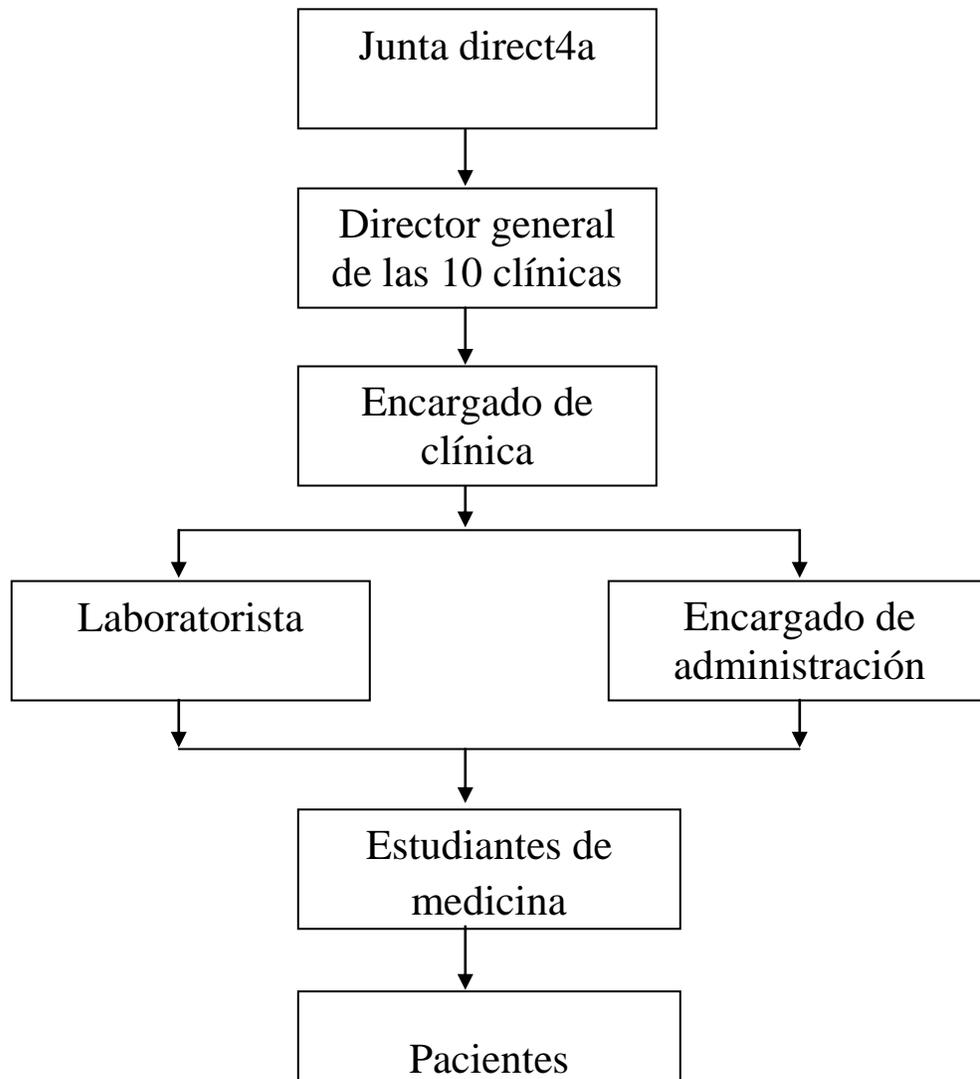
“Proveer de los servicios médicos, odontológicos, psicológicos y pruebas de laboratorio básicos, principalmente a vecinos de la zona 3 de la ciudad de Guatemala y de zonas cercanas a precios simbólicos, de forma que la atención medica, odontológica y psicológica no sea negada a nadie por falta de dinero.”

1.3. Visión

“Ser la primera opción de atención medica, odontológica y psicológica a personas con bajos recursos económicos.”

1.4. Organigrama

Clínica Familiar del Trébol



1.5. Objetivos

1.5.1. General

- Prestar un servicio integral y multidisciplinario en las áreas médicas, odontológicas y psicológicas.

1.5.2. Específicos

- Enseñar a las personas por medio de los servicios que se prestan, valores cristianos que impacten y transformen su vida.
- Proveer servicio de apoyo espiritual, psicológico, biológico y social que les ayude a experimentar una vida saludable integralmente.
- Inculcar en las personas los beneficios que trae el servir a los demás.

1.6. Población que atiende

La población que atiende está en rangos de edad desde 0 años hasta 80 años, atiende a población de todas las etnias y de todas las religiones sin discriminación de ningún tipo y población de ambos sexos.

1.6.1. Descripción de la población que atiende

La población está constituida por personas en su mayoría de escasos recursos, con necesidad de atención en las áreas de medicina general, ginecología, pediatría, odontología y psicología, en su mayoría solo vienen a consulta general y algunos casos en los que vienen con una emergencia son referidos a médicos especialistas y si su problema lo amerita, al área psicológica para poder darle el tratamiento adecuado; lo que refleja que el paciente recibe un tratamiento multidisciplinario

1.7. Planteamiento del problema

La necesidad de asistencia psicológica en la población guatemalteca se evidencia en el momento de la revisión médica, ya que muchas de las enfermedades que se atienden tienen un origen que no se localiza fisiológicamente, por lo que se deduce que tienen una causa psicológica, y cuando se dan situaciones detonantes, las personas manifiestan una serie de signos y síntomas de carácter emocional, por lo que se hace necesario la atención psicológica.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

Este capítulo contiene los temas principales utilizados como referentes bibliográficos en la atención de casos durante la práctica profesional dirigida, los cuales dieron base científica a las técnicas utilizadas.

2.1. Principales problemas encontrados

2.1.1. Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es toda conducta que por acción u omisión cometa algún miembro de la familia contra otro abusando de su relación de poder, ya sea dentro del hogar o fuera de éste y que perjudique su bienestar, su integridad física o psicológica, su libertad y su derecho a un pleno desarrollo. La Ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar que la reconoce como delito, tiene por objeto prevenirla, sancionarla y otorgar protección a las víctimas.

2.1.1.1 Causas de la violencia intrafamiliar

La violencia en la familia se da principalmente porque:

- Falta de respeto.
- Machismo.
- Trastornos mentales.
- Falta de recursos, principalmente económicos.
- Desempleo.
- El abuso del alcohol y drogas.

- La ausencia de valores humanos.
- Altos niveles de estrés cotidiano.
- La observaciones de agresiones entre el padre y la madre (o quiénes fueron los modelos de crianza).

2.1.1.2. Tipos de violencia intrafamiliar

Es importante destacar que una agresión no permite suponer que existe violencia intrafamiliar en una relación, para que se pueda hablar de violencia intrafamiliar debe existir un abuso, maltrato o abandono permanente, repetido y habitual.

Según quien sea el agredido y la forma de manifestación de la agresión se puede tipificar la violencia en maltrato infantil, violencia conyugal y maltrato a ancianos. Cada una de ellas tiene subdivisiones en cuanto a la forma en que se produce el daño hacia el otro. Esta agresión puede ser pasiva o activa y ser de distintos tipos (psicológico, sexual, físico o económico). Cabe destacar que se considera maltrato infantil (violencia pasiva) cuando los niños son testigos de violencia, ya que el daño que sufren los niños es a nivel psicológico y no se los daña directamente sino en forma indirecta.

2.1.1.2.1. Violencia conyugal o violencia en la pareja

La violencia conyugal como lo dice su nombre, se refiere al maltrato que ocurre entre los integrantes de la pareja. Aunque por definición la violencia conyugal implica que los que viven el problema de violencia, son los integrantes de la pareja, este tipo de maltrato afecta a toda la familia. Los niños o jóvenes, u otros adultos que viven en la casa, que son espectadores de la violencia entre la pareja son también maltratados. Estos sufren daños psicológicos por estar constantemente asustados y expuestos a la tensión, y a la espera de un nuevo episodio de violencia al interior de la pareja, cualquiera sea el tipo de las agresiones (psicológica, física, sexual o económica).

Además, la violencia conyugal produce un quiebre en la vida de la pareja ya que altera la definición por la cual la pareja y familia viven juntas, que es la de cuidarse y respetarse mutuamente. Ello tiende a provocar una sensación de inseguridad tremenda en los integrantes de la pareja y de la familia.

En nuestro país una de cada cuatro mujeres vive maltrato de algún tipo por parte de su pareja. El maltrato hacia el hombre es mucho menos frecuente, y es difícil detectarlo por factores culturales: los hombres no se atreven a denunciar que son agredidos por una mujer, sea física, psicológica o sexualmente. El maltrato más frecuente hacia el hombre es de tipo psicológico. En cuanto a este aspecto se puede mencionar que dentro del 62% de los hogares que viven violencia intrafamiliar, el 25% de los casos corresponden a violencia cruzada (ambos se agreden) y aproximadamente el 2% de los casos a violencia hacia los hombres, el resto (63%) corresponde a violencia hacia la mujer.

En el caso de la violencia en la pareja o violencia conyugal se la clasifica de acuerdo a quien tiene el rol de abusador y abusado en la relación. Es cruzada cuando ambos se agreden mutuamente, es violencia hacia la mujer cuando el que maltrata y tiene el poder en la pareja es el hombre, y se trata de violencia hacia el hombre cuando la mujer ejerce la violencia hacia el hombre. En todos los casos la violencia puede ser psicológica, física, sexual o económica.

2.1.1.2.2. Maltrato infantil

Quienes más maltratan a los niños, son por lo general las mujeres. Estas son habitualmente las encargadas de la crianza de los niños y son ellas las que deben enfrentar a diario la relación con los niños y cumplir bien con sus tareas de madre y dueña de casa. Sin embargo los maltratos más violentos y destructivos provienen de los hombres, ellos son también los responsables de los casos de abuso sexual.

Existe también el maltrato pasivo o abandono de los niños, que implica no hacerse cargo de ellos y dejar que cada uno se las arregle como puede. Un ejemplo patente de este tipo de actitud son los niños dejados en hogares de menores, prácticamente abandonados, con mínimas visitas por

parte de familiares, o “los niños de la calle” que aprenden a sobrevivir por sí mismos a edades muy tempranas, transgrediendo la ley y prostituyéndose para comer. El abandono es más frecuente aún cuando se trata de niños con limitaciones físicas o intelectuales, que los transforman en verdaderos “cachos” para los padres.

Otro ejemplo de abandono y maltrato pasivo son los niños desnutridos y el famoso “niño del cajón”, la guagua dejada de lado y que pasa acostada en un cajoncito de madera por meses y hasta años, sin ninguna estimulación para su desarrollo. Esto trae daños en su capacidad de aprender y en su inteligencia.

2.1.1.2.3. Maltrato hacia los ancianos

El maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en la cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil. De una u otra manera los viejos son sentidos como estorbos, y como una carga que se debe llevar a cuestas, además de la familia que hay que sostener.

Por ello son generalmente abandonados, segregados y enviados a otros lugares: casa de reposo, si hay presupuesto, a la casa de otros parientes o simplemente se los abandona y deja solos, en un momento en que requieren de apoyo y asistencia por parte de los más jóvenes. Por eso no es de extrañar que el tipo más frecuente de maltrato sea el abandono y la falta de cuidados.

Otro de los abusos frecuentes es el abuso financiero que consiste en adueñarse de los dineros de los adultos mayores y de sus bienes, sin su autorización o aprovechándose de la falta de capacidad de ellos para hacerse cargo de estos bienes. Muchos adultos mayores están tan deteriorados en su inteligencia y memoria que aceptan que sus parientes o hijos manejen sus cosas, y generalmente éstos tienden a sacar provecho para sí mismos sin considerar a los ancianos en estos planes.

La agresión psicológica y física se da fundamentalmente en personas que estando a cargo del cuidado de los ancianos, se ven recargadas de trabajo con ellos por que día a día pierden la capacidad de valerse por sí mismos, y a la vez son difíciles y “mañosos” con las personas que

deben cuidarlos. Estas agresiones son similares a las de los padres hacia los niños, siendo solo una forma de descarga de la rabia.

Frecuentemente los agresores tienden a estar muy sobrecargados con las otras tareas (ser madre, dueña de casa, buen proveedor económico o buen esposo(a) y el tener que hacerse cargo además de un viejo que se pone difícil o ni es capaz de comunicarse o escucharlos, es la gota que rebalsa el vaso y los hace explotar.

2.1.1.2.4. Violencia patrimonial

Este abuso tiene un carácter económico o patrimonial; tiene como objeto despojar de recursos a la persona para hacer más vulnerable su situación y crear una dependencia hacia el agresor

Se limita o impide el acceso al dinero (cuando se trata de la persona que lleva el único recurso monetario al hogar) en la violencia patrimonial el agresor:

- Se apropia de los bienes de la pareja o de bienes comunes.
- Se apropia del dinero de la pareja o de otros miembros familiares
- Se destruyen los bienes

2.1.1.2.5. Violencia sexual

Este tipo de violencia se da por medio de la fuerza física, amenazas o intimidación, una persona obliga a otra a que ejecute un acto sexual contra de su voluntad. Las Características que presenta la violencia sexual son:

- Acoso sexual: Exigir sexo después de haber golpeado
- Violación: La fuerza a tener relaciones aunque no quiera
- Realizar actos sexuales dolorosos para la otra persona
- Extorsionar con amenazas a ella y a sus hijos.

2.1.1.2.6. Violencia psicológica o emocional

Es toda acción u omisión que cause daño a la autoestima y salud mental de otros miembros de la familia, estos atentan contra sus derechos humanos. En la violencia psicológica o emocional el agresor tiene control obsesivo de las acciones de las personas, prohibiciones, insultos, humillaciones, amenazas, chantaje, manipulación, negligencia, burlas.

2.1.1.3. Agresiones

Existen diferentes tipos de agresión dentro de la familia: las agresiones físicas leves, menores y severas, las agresiones verbales y emocionales, las agresiones sexuales y la negligencia.

Las agresiones físicas leves o menores se refieren a: empujar, romper objetos contra el piso o las paredes, patear objetos, golpear al otro con la palma de la mano, bloquear con el cuerpo la salida del cuarto para impedir la salida de la otra persona o conducir agresivamente para intimidar a la pareja.

Las agresiones físicas moderadas se refieren a los casos en los que el agresor deja “morados” u otras marcas temporales, dolor o molestia emocional por un periodo de 48 horas o más, pero no se requiere de tratamiento profesional. Esto incluye los intentos o acciones como: patadas, mordidas, puños y tirar objetos contra el otro.

Las agresiones físicas severas se definen como perturbaciones a largo término de las capacidades físicas que necesitan de intervención o tratamiento médico. Esto incluye las golpizas, el intento o el uso de objetos corto punzantes o de armas de fuego, las heridas abiertas y huesos rotos.

La agresión sexual entre cónyuges o con los niños se refiere a la imposición o el intento de tener relaciones sexuales o cualquier acto sexual contra la voluntad del otro e incluye: los actos o prácticas sexuales contra la voluntad del otro, cuando el otro no está en sus cinco sentidos o cuando tiene miedo de negarse; lastimar físicamente a la pareja durante el acto sexual o forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual; acusar falsamente a la pareja de actividades sexuales con otras personas; obligar a la

pareja o a los niños a ver películas o revistas pornográficas; forzar a la pareja o los niños a observar al agresor mientras éste tiene relaciones sexuales”.

Las agresiones verbales y emocionales incluyen insultar a la pareja o a los niños, poner apodos, gritar, humillar. El maltrato emocional incluye aislar físicamente a la persona o impedirle que se comuniquen con otros, quemar, esconder o destruir su ropa o sus objetos personales, amenazar con daño, ridiculizar y criticar continuamente, prohibir a la pareja que trabaje, controlar su dinero, tomar todas las decisiones sin contar con el otro, castigar a los hijos para manipular a la pareja, amenazarla con quitarle a los niños o secuestrarlos si hay separación, abusar, torturar o matar a las mascotas de la casa para castigar a la pareja o a los niños, manipular con mentiras y contradicciones, asustar con miradas, gestos o acciones (intimidación), hacer sentir a la pareja que tiene problemas mentales (locura) y minimizar, negar o culpar del abuso a la pareja.

La negligencia se refiere a la no atención o a la omisión por parte de la persona responsable del desarrollo del niño en todas las esferas, salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, alojamiento y condiciones seguras de vida, en un contexto de recursos razonablemente disponibles para la familia o los responsables, que causa o tiene altas probabilidades de causar daño físico, mental, espiritual, moral o de desarrollo social al niño.

Existen también muchas clases de violencia intrafamiliar entre las que se encuentran:

- Violencia de palabras
- Violencia por golpes, agresiones físicas
- Violencia con amenaza de armas blanca y de fuego.
- Violencia económica
- Violencia social
- Violencia sobre efectos del alcohol
- Violencia por abandono
- Violencia por efecto de las drogas
- Violencia por embarazo no deseado.

2.1.1.4. Consecuencias de la violencia intrafamiliar

- Bajo rendimiento escolar, laboral y en las relaciones mutuas en los hijos e hijas.
- La familia que cotidianamente recurra a la violencia sin querer propondrá conductas que afectarán comportamientos sociales y serán la base de conductas delictivas.
- Deteriora el amor propio disminuyendo así la autoestima.
- Vulnerabilidad al alcoholismo, depresión, con intentos de suicidio.
- Las mujeres maltratadas se convierten en agresoras de otros miembros más vulnerables de su grupo.
- Los Hijos de mujeres maltratadas pueden nacer con deficiencia de peso.
- Hijos de mujeres maltratadas pueden presentar problemas de salud y problemas en la escuela.
- Muchos niños de la calle huyen del hogar porque son maltratados.
- Agresores y víctimas de violencia intrafamiliar presenciaron o fueron víctimas en su infancia.

2.1.2. Trastornos afectivos o del estado de ánimo

Son aquellos trastornos en los que el síntoma predominante es una alteración del estado de ánimo, el más típico es la depresión, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la manía, se caracteriza por un ánimo exaltado, expansivo, megalomanía (delirios de grandeza) y también cambiante e irritable, que se alterna casi siempre con el estado depresivo los más comunes son:

- La depresión
- La distimia

2.1.2.1. La depresión

Viene (del latín *depressus*, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un

trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la “píldora de la felicidad” del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.

2.1.2.1.1. Historia de la depresión

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del griego clásico “negro” y “bilis”), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en *Hipócrates*, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico *Sir Richard Blackmore* rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología, pasa a convertirse en una enfermedad más, susceptible de tratamiento y de explicación bioquímica. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

2.1.2.1.2. Tipos de depresión

Se describe brevemente los tres tipos más comunes. Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de

ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva.

2.1.2.1.3. Diferencias entre depresión y manía

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

2.1.2.1.3.1. Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta.”
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

2.1.2.1.3.2. Manía

- Euforia anormal o excesiva.

- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

2.1.2.2. Trastorno afectivo estacional

El trastorno afectivo estacional (SAD) se caracteriza por episodios anuales de depresión en otoño o invierno, que remiten en primavera y verano. En estas épocas pueden ser sustituidos por fases maníacas. Otros síntomas incluyen fatiga, tendencia a comer exceso (particularmente hidratos de carbono), a dormir invierno. Es importante destacar que los cambios estacionales suelen a todas las personas y que no por ello se debe confundir con una depresión estacional.

2.1.2.2.1. Tratamiento

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias “de conversación” ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con “tareas para hacer en casa” entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia “de comportamiento” procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los

terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o “de *insight*”, que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, una psicoterapia.

2.1.3. Drogadicción

Es una dependencia psíquica, en la que el individuo siente una imperiosa necesidad de tomar droga o, en caso contrario, un desplome emocional cuando no la ingiere y una dependencia física producida por los terribles síntomas de abstinencia al no ingerirla.

La drogadicción causa problemas físicos, psicológicos, sociales y financieros, se denomina drogadicción al estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga. Caracterizado por modificaciones del comportamiento, y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible al tomar la droga en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos síquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Al hablar de dependencia de una droga se refiere al uso compulsivo de este pero hay que diferenciar la dependencia física y síquica. En la primera se presenta el Síndrome de Abstinencia al dejar de consumir y en la segunda dicho síndrome no se presenta.

Se debe entender que el adicto seguirá siendo un adicto mientras viva, es decir, que el individuo se rehabilita para poder vivir sin consumir la droga y, de allí en adelante, éste será un adicto en

remisión, no estará usando la droga, pero para mantenerse en ese estado de abstinencia o remisión no podrá bajar la guardia.

2.1.3.1. ¿Qué son las drogas?

Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.

Son sustancias capaces de alterar el organismo y su acción psíquica la ejercen sobre la conducta la percepción y la conciencia.

La droga puede compararse formalmente dentro de la farmacología y dentro de la medicina con un fármaco, es decir que droga y fármaco pueden utilizarse como sinónimos. Los fármacos son un producto químico empleado en el tratamiento o prevención de enfermedades. Los fármacos pueden elaborarse a partir de plantas, minerales, animales, o mediante síntesis.

Existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusan y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social.

2.1.3.2. Drogas según su grado de dependencia

Las drogas “duras”: son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento Psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

Las drogas “blandas”: son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el *hachís* o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco. Esta división de duras y blandas, es cuestionada, y se podría decir que las duras son malas y las blandas son buenas o menos malas, pero administradas en mismas dosis pueden tener los mismos efectos nocivos.

La dependencia: es el estado del individuo mediante el cual crea y mantiene constantemente un deseo de ingerir alguna sustancia. Si este deseo se mantiene por mecanismos metabólicos y su falta crea un síndrome de abstinencia, se denomina dependencia física. Si la dependencia se mantiene por mecanismos psicosociales, suele definirse como dependencia psíquica o psicosocial.

2.1.3.3. Tipos de drogas según sus efectos

Narcóticos: La palabra narcótico es un vocablo griego que significa “cosa capaz de adormecer y sedar”. Esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psico activas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, se dividen en:

Neurolepticos o tranquilizantes mayores: Se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, las manías y las psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias, entre estas están fenotiazinas, el haloperidol y la reserpina.

Producen un estado de indiferencia emocional, sin alterar la percepción ni las funciones intelectuales, sumamente tóxicos, poseen efectos secundarios tales como parkinsonismo, destrucción de células de la sangre, arritmia cardiaca, anemia, vértigos, entre otros.

Ansiolíticos o tranquilizantes menores: Habitualmente usados para tratar las neurosis, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave. En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño: algunos se usan como relajantes musculares.

Producen letárgica, estupor y coma, con relativa facilidad. Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio.

Somníferos o barbitúricos: Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio. La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte. La dependencia física se genera entre las 4 o las 6 semanas.

Grandes narcóticos: Existen varias sustancias usadas en anestesia general que merecen estar incluidas en este grupo por su capacidad de producir sopor y estupefacción, mayor que la de cualquier estupefaciente en sentido estricto. En dosis leves produce una primera fase de excitación cordial, como el alcohol y luego sedación y sopor. También generan tolerancia y, en consecuencia, adicción, pudiendo ocasionar intoxicaciones agudas, e incluso la muerte.

Opio y sus derivados: Con el nombre popular de adormidera o amapola se conoce el fruto del cual se obtiene el opio y sus derivados. Es un polvo de color tostado. Se extrae de los granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno. Entre sus derivados se encuentra la morfina, la heroína, la metadona y la codeína, todos ellos pueden brindar extraordinarios beneficios terapéuticos si son recetados y controlados por un médico.

2.1.3.3.1. Los opiáceos

Se presentan como polvo para fumar o solución inyectable. Este narcótico produce un estado de euforia y ensoñación; una sensación de éxtasis que se acorta rápidamente a causa de la tolerancia, cuyos efectos físicos son:

- Epidermis enrojecida
- Pupilas contraídas
- Náuseas
- Decaimiento de la función respiratoria
- Pérdida de reflejos
- Falta de respuesta a los estímulos
- Hipotensión
- Desaceleración cardíaca
- Convulsiones
- Riesgo de muerte

2.1.3.3.2. Alucinógenas

Las drogas conocidas como alucinógenos son fármacos que provocan alteraciones psíquicas que afectan a la percepción. La palabra “alucinógeno” hace referencia a una distorsión en la percepción de visiones, audiciones y una generación de sensaciones irreales. La alucinación es un síntoma grave de la psicosis de la mente y su aparición distorsiona el conocimiento y la voluntad.

Los alucinógenos se consideran productos psicodélicos que inhiben los mecanismos de defensa del yo, y facilitan la distribución de la sensibilidad así como la aparición de imágenes desconcertantes, entre ellos están:

2.1.3.3.2.1. LSD (ácido lisérgico)

El LSD es una sustancia semi sintética, extracto éste del cornezuelo del centeno, usado en medicina al final de la edad media. También fue muy utilizado en obstetricia para evitar hemorragias puerperales y promover la contracción del útero. En un principio fue utilizado con fines terapéuticos de alcohólicos, cancerosos y otros enfermos terminales para ayudarles a superar el trance. Posteriormente fue abandonada la práctica al comprobarse los resultados adversos, tales como suicidios a causa de las engañosas imágenes y terroríficas visualizaciones. También se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados. Descubierta en 1938 se considera el ácido lisérgico como el alucinógeno más poderoso, aunque no el más nocivo.

2.1.3.3.2.2. Éxtasis o MDMA

La metilendioximetanfetamina (MDMA), normalmente conocida como “éxtasis”, “ectasi” o “X-TC”, es un droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial de emotivo y perturbador psicológico, con propiedades similares a las anfetaminas. Se asemeja a la estructura de la metilendioxianfetamina (MDA) y de la metanfetamina, otros tipos de drogas sintéticas causante de daños cerebrales. Durante los años 60 se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de

neurosis fóbicas. El éxtasis produce efectos psíquicos de gran potencial perturbador. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que siguen un estado de hiperactividad e incremento en los pensamientos morbosos. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos sicólogos, como confusión, problemas con el sueño(pesadilla, insomnio), deseo incontenible de consumir nuevamente droga, depresión, ansiedad grave y paranoia. Estos efectos han sido reportados incluso luego de varias semanas de consumo. También se han informado casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos pueden citarse: anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de párkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, desmayo, escalofrío y sudoración excesiva.

2.1.3.3.2.3. Metanfetamina

La persona que usa “Ice” piensa que la droga le proporciona energía instantánea. La realidad es que la droga acelera el sistema nervioso, haciendo que el cuerpo utilice la energía acumulada. Los efectos que causa al cuerpo varían de acuerdo a la cantidad de droga utilizada. Entre los síntomas observados se encuentran los siguientes: lesión nasal cuando la droga es inhalada; sequedad y picor en la piel; acné; irritación o inflamación; aceleración de la respiración y la presión arterial; lesiones del hígado, pulmones y riñones; extenuación cuando se acaban los efectos de la droga(necesidad de dormir por varios días); movimientos bruscos e incontrolados de la cara, cuello, brazos y manos pérdida del apetito; depresión aguda cuando desaparecen los efectos de la droga.

2.1.3.3.2.4. *Cannabis sativa-hachis* - marihuana

El *Cannabis Sativa* es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, con una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el *hachís*. Su componente más relevante es el delta-9-THC, conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana puede llegar a contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume de 10 a 20 días. La

dependencia se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de este último. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: “marihuana” es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como hierba, mariguana, mota, mafú, pasto, María, monte, muy, café, chocolate, etc.), su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

El nombre hachís (también conocido como *hashis*) deriva de los terribles asesinos (*hashiscins*) árabes, que combatieron en las cruzadas en los años 1090 y 1256. El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor.

Durante los años sesenta comienza el consumo casi masivo de la marihuana así como de otras alucinógenas como el peyote, el LSD, etc.

A pesar de ser una sustancia ilegal, su consumo sigue en aumento.

Aunque la principal sustancia psicoactiva del *cánnabis* es el tetrahidrocannabinol (THC), la planta contiene en total cerca de 60 cannabinoides (entre éstos: cannabinol, cannabigerol, cannabicromeno, cannabiciclol), que se presenta en muchas variedades, siendo la más activa la delta-9-THC.

Es empleada, en su forma natural, en el tratamiento del glaucoma, asma, cáncer, migraña, insomnio, náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia anticancerosa, esclerosis múltiple y demás padecimientos neuromusculares. El delta-9-THC se fabrica también de forma sintética como fármaco llamado dronabinol. La complejidad de esta planta ha producido especulaciones sobre la diferencia de efectos en el organismo, a los que, en opinión de algunos, se han encontrado beneficiosos. Otros cannabinoles principales son el CBD o cannabidiol (narcótico) y el

CBN. Los porcentajes entre estos tres cannabinoles influyen en la manera en que cada planta influye en el cerebro humano.

El Cannabis “normal” contiene habitualmente entre 0,5 a 5% de THC dependiendo de las diferentes técnicas de cultivo (desde el cultivo en huerta, pasando por el cultivo en macetas (luz natural o artificial) hasta el cultivo hidropónico o aeropónico). Las variedades desarrolladas por los bancos de semillas tienen un nivel de THC más alto, llegando las variedades más potentes al 24% de THC. El contenido en THC depende de la genética de la planta y de las condiciones ambientales en las que se desarrolla, siendo los polihíbridos comerciales los que alcanzan mayores concentraciones de cannabinoles. Las plantas hembras que no han sido polinizadas se denominan “marihuana sin semilla”. Éstas son las que contienen la mayor cantidad de THC, debido a que la no polinización produce un estrés en la planta que hace que aumente la cantidad de THC.

En años anteriores, se ha considerado al Tetrahidrocannabinol, la sustancia activa del Cannabis (marihuana) como un narcótico analgésico, pero éste se ha removido de la lista de sustancias narcóticas por la FDA, debido a estudios científicos que demuestran su bajo potencial de adicción psicológica y nulo potencial de adicción física.

2.1.3.3.3. Estimulantes

Tradicionalmente usados para combatir la fatiga, el hambre y el desánimo, los estimulantes provocan una mayor resistencia física transitoria gracias a la activación directa del sistema nervioso central.

2.1.3.3.3.1. Estimulantes vegetales

El café, té, el mate, la cola, el caco, el betel y la coca son plantas que crecen en muchas partes del mundo, a pesar que suelen consumirse repetidas veces en el día, son sustancias tóxicas que poseen efectos secundarios.

Aunque los estimulantes vegetales son considerados como inocuos, conviene moderar su consumo ya que se trata de sustancias tóxicas susceptibles de producir efectos secundarios nocivos.

2.1.3.3.3.1. Coca

La coca, hoja del arbusto indígena americano, pertenece al grupo de los estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde es una práctica habitual el mascar las hojas. Su efecto sobre el sistema nervioso central es menor que los de la cocaína. La coca es consumida mascándola con algún polvo alcalino como cenizas o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco y marihuana. Está comprobado que tiene síntomas de abstinencia, depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones.

2.1.3.3.4. Estimulantes químicos

La Cocaína es un poderoso estimulante de corta duración que actúa sobre el sistema nervioso central. La cocaína proviene del árbol de la coca que crece en América del Sur. La cocaína (clorhidrato de cocaína) de mayor consumo en los estados unidos es un polvo blanco y cristalino que se extrae de las hojas de la coca. La cocaína que se compra en la calle es una mezcla de cocaína pura y de otras sustancias que se le añaden para aumentar las existencias y las ganancias del vendedor. Estas sustancias con las cuales se mezcla son: talco. Harina, laxantes, azúcar, anestesia local y otros estimulantes y polvos.

La cocaína que se puede fumar es precisamente la que se obtiene en la calle, la que se convierte en base pura al eliminar la sal de hidroclicórico y otras sustancias que se la haya añadido. La Única forma de introducirla al sistema es fumándola.

2.1.3.3.4.1. Anfetaminas

Fueron sintetizadas por primera vez entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX. Los primeros experimentos clínicos se iniciaron hacia 1930, y desde 1935 se comercializó con gran difusión en el Reino Unido, Francia y Alemania. Durante la segunda guerra mundial fue

utilizada indiscriminadamente por todos los bandos dados el carácter de euforizante que contiene la sustancia y la agresividad.

Las anfetaminas fueron utilizadas como estimulantes luego en forma de inhalaciones para el tratamiento de catarrros y congestiones nasales, más tarde como píldoras contra el mareo y para disminuir el apetito en el tratamiento de la obesidad y, finalmente, como antidepresivo. Presentan una elevada tolerancia que produce habituación y necesidad de dosis progresivamente más elevada.

El consumo de este excitante está ampliamente extendido y distribuido por todas las clases sociales. A diferencia de lo que sucede con la cocaína que la consumen preferentemente los sectores medios y altos, las anfetaminas son consumidas tanto por ejecutivos que pretenden sobreexcitación como por amas de casa que buscan un anoréxico para sus dietas o por estudiantes que preparan exámenes. Al incidir en el sistema ortosimpático causan hipertensión, taquicardia, hiperglucemia, midriasis, vasodilatación, periférica, hiperpnea, hiporexia, etc. El estado de ánimo del adicto oscila entre la distrofia y la hipomanía así como ansiedad, insomnio, cefalea, temblores y vértigo. Pueden aparecer cuadros depresivos y síndrome paranoides anfetamínicos. A dosis normales sus efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Pueden producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad, irritabilidad, ira inmotivada y repentina y trastornos amnésicos e incoherentes. En la última fase se describe depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta. Tales situaciones se producen cuando las dosis suministradas generalmente por vía endovenosa supera los dos gramos. Tomadas en dosis importantes son causantes de confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. El consumo de anfetamina produce en el cuerpo los siguientes síntomas:

- Acelera el ritmo cardiaco y pulmonar
- Dilata las pupilas
- Reduce el apetito
- Produce sequedad en la boca
- Sudores

- Dolores de cabeza
- Pérdida de visión
- Mareos
- Insomnio
- Ansiedad

A largo plazo y/o usadas en dosis elevadas ocasionan:

- Temblores
- Pérdida de coordinación
- Colapso físico
- Daño a riñones y tejido
- Mal nutrición
- Aumento repentino de presión sanguínea que puede producir la muerte por ataque, fiebre muy alta o insuficiencia cardiaca.

2.1.3.3.4.2. La adicción al alcohol y/o a otras drogas

Es una enfermedad porque presenta síntomas claros y definidos, y cuatro grandes fases del proceso de la enfermedad en donde esta serie de síntomas se van presentando en cada una de las etapas y que terminan con la muerte del alcohólico o adicto si este no es atendido a tiempo. Algunos ejemplos de estos síntomas son:

- Presentar olvidos de lo que la persona hacía mientras estaba intoxicada (“lagunas mentales”)
- Mentir para poder seguir consumiendo
- Robar objetos o dinero de la casa para conseguir alcohol o droga
- Justificar su manera de beber (“yo no amezco tirado en las calles, me puedo controlar” o “es parte de mi trabajo”)
- Defender el efecto “positivo” de usar drogas (“me sirven para estudiar o mejorar mis calificaciones en la escuela”)
- Usar excusas irracionales (“nadie me quiere”)
- Sentimientos de culpa

- Ilusión de grandeza
- Conducta hostil para intimidar y tratar de controlar a la familia
- Períodos de abstinencia para demostrar que sí puede dejar el alcohol o las drogas, (“yo puedo dejar de usar cuando quiera”)
- Apatía progresiva hacia otras cosas que no sean el alcohol y/o las drogas de su preferencia
- Múltiples resentimientos y temores
- Hospitalizaciones para desintoxicación o desintoxicaciones caseras
- Minimizar el efecto (“la marihuana no hace daño, es un producto natural”, “la cerveza no contiene tanto alcohol”), etc.

2.1.3.4. ¿Cómo principia la gente a tener este problema?

No necesariamente porque tenga complicados problemas emocionales crónicos que requieran de tratamiento Psiquiátrico. Aunque hay que reconocer que el hecho de que una persona tenga serias dificultades afectivas o de adaptación, esto mismo puede facilitar el inicio en el consumo pero no necesariamente se la causa principal de la enfermedad. Las razones por las que la mayoría se inicia en el consumo son más sencillas de entender:

- La curiosidad: Quizás se trata de la razón más frecuente, la curiosidad, esto es, el querer saber qué es lo que se siente al consumirlas ya que hay tanta información errónea o distorsionada sobre el alcohol y sobre las drogas y también existe tanta desinformación que algunas personas, especialmente adolescentes (hombres y mujeres) desean saber qué les puede pasar si las pruebas y aceptan hacerlo desconociendo tanto los efectos inmediatos como las consecuencias a corto o mediano plazos (las consecuencias a largo plazo son pocas y fáciles de entender: Daños irreversibles en la salud, locura y/o la muerte).
- La Presión de los amigos del barrio: En ocasiones es muy importante sentirse aceptado en un grupo de amigos de la escuela o del barrio y por desgracia en algunas de esas camarillas o pandillas se ha puesto de moda el consumir bebidas alcohólicas sin control alguno o también el ingerir alguna droga ilegal o algún medicamento de los que requieren receta médica especial pero que se consiguen de otras maneras. Para pertenecer a estos grupos o para

permanecer en ellos hay que hacer lo que los demás hacen y algunas personas tienen gran necesidad de pertenencia por lo que aceptan lo que les pidan aún y cuando saben que se están arriesgando a sufrir algunas consecuencias negativas. A esta presión de los pares es difícil contrarrestarla con regaños o “sermones” o señalando las terribles consecuencias del consumo de drogas. Existen otras maneras más efectivas.

- La necesidad de imitar a otros: Cuando una persona quiere conseguir su propio y personal estilo de ser y de actuar, primero trata de imitar a sus semejantes que admira o que le agrada cómo se comportan y después adquiere para sí mismo algo de esos estilos de ser, convirtiéndolos en parte de su personalidad. Muchas personas se inician en el abuso del alcohol o de drogas por imitación, porque han visto que otros lo hacen y, aparentemente, no les ha pasado nada malo, al contrario, parece ser que son exitosos y esto último invita a seguir su ejemplo. Este fenómeno, el de la necesidad de imitar a alguien especial, es algo natural que se presenta en algunas etapas de la vida, sobre todo durante la pubertad y la adolescencia. El problema reside en el hecho de querer imitar a alguien que consume alcohol o droga.
- Hay que señalar que la mayoría de los adictos al alcohol o a las drogas se inició consumiendo bebidas con contenido alcohólico durante su pubertad o adolescencia y bajo la “autorización” o invitación de alguien de mayor edad (familiar o amigo de la familia) al que le pareció que ya era oportuno que la persona inexperta aprendiera a sentir lo que sucede cuando se consume alcohol. A nuestras sociedades altamente tecnificadas y “civilizadas” les parece normal el hecho de que un adolescente demuestre que ya es hombre consumiendo fuertes cantidades de bebidas alcohólicas.
- Alivio de dolencias: Por el efecto obtenido (alivio o disminución del dolor físico o emocional, evitar el cansancio, el hambre o las tensiones) prescrito por algún médico durante un tiempo limitado y que la persona usuaria en cuestión decide continuar con el uso bajo su propio riesgo. En muchas ocasiones estos medicamentos se obtienen en el “mercado negro” o también utilizando falsos recetarios.

2.1.3.5. Daños médicos que causan las drogas

Cerebelo: es el centro de la mayoría de las funciones involuntarias del cuerpo. El abuso severo de drogas daña los nervios que controlan los movimientos motores, lo que resulta en pérdida de coordinación general. Los adictos crónicos experimentan temblores y agitación incontrolable.

Corazón: El uso de drogas puede producir “Síndrome de Muerte Súbita”. Las dos sustancias que más frecuentemente han causado estas muertes son el tolueno y el gas butano.

Medula Ósea: se ha comprobado que las drogas causan el envenenamiento, causando causa leucemia.

Nervios Craneales, Nervios Ópticos Y Acústicos: las drogas atrofan estos nervios, causando problemas visuales y pobre coordinación de los ojos. Además, destruye las células que envían el sonido al cerebro. Ello deriva en graves posibilidades de cegueras y sorderas.

Sangre: las drogas bloquean químicamente la capacidad de transportar el oxígeno en la sangre.

Sistema Respiratorio: se puede producir asfixia cuando no se desplaza totalmente el oxígeno en los pulmones. Además se presentan graves irritaciones en las mucosas nasales y tracto respiratorio.

2.1.3.6. ¿Cómo afectan las drogas al cerebro?

Las drogas, introducidas en nuestro cuerpo por diferentes vías, llegan alojadas en el torrente sanguíneo hasta el cerebro atravesando la barrera hematoencefálica. Una vez que han llegado al cerebro, lugar donde reside el control de las funciones superiores del ser humano, alteran su normal funcionamiento actuando sobre unas sustancias bioquímicas naturales llamadas ‘Neurotransmisores’.

Las señales nerviosas viajan a través de las células nerviosas, denominadas neuronas, que están conectadas entre sí por las sinapsis. En la sinapsis es donde se liberan los neurotransmisores, que

actúan sobre la siguiente neurona en unos puntos específicos llamados receptores. La interacción de los neurotransmisores en los receptores produce una serie de cambios que permiten que la información vaya de una neurona a otra.

Las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una modificación del proceso natural de intercomunicación neuronal y en la producción y recaptación de los neurotransmisores.

De esta forma es como las drogas logran alterar nuestra percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño-vigilia, la activación, etc. Estos cambios bioquímicos que se producen en el seno del cerebro se tratan con medicación con el objeto de restablecer el equilibrio natural y permitir el normal funcionamiento de nuestro sistema neurológico.

2.1.3.7. Efectos y motivos del consumo de drogas

Los conocimientos acerca de la etiología del fármaco-dependencia han aumentado mucho en la última década desde múltiples y diferentes puntos de vista. Como todas las enfermedades crónicas, los desordenes por abuso de sustancia constituyen una entidad multideterminada, en la cual podemos distinguir elementos biológicos o hereditarios, psicológicos – conductuales, ambientales o del medioambiente familiar y socioculturales.

Al analizar los factores individuales, son importantes los factores neurofisiológicos de la adicción, en un modelo que se centra en la búsqueda de un estado placentero y en el hecho de que la droga es un camino para inducir ese estado.

Dentro de los factores psicodinámicos, el abuso es visto como una secuencia de soluciones parciales y un trato consigo mismo que lleva al ciclo compulsivo. Cada droga provoca tonos afectivos específicos y produce efectos con relación a configuraciones yoicas defectuosas que se ven consolidadas por el abuso. Desde el punto de vista psicogenético si bien muchos de los problemas enfrentados por el abuso provienen de etapas tempranas del desarrollo infantil, es en la adolescencia donde se empiezan a manifestar abiertamente estas conductas. Entre las

conductas de mayor riesgo están: conductas extrovertidas, no conformidad con los valores establecidos, carencia de valores espirituales y percepción negativa de la familia; falta de relaciones afectuosas con los padres, falta de interés de estos en la vida de los jóvenes, inconsistencia en la disciplina, falta de establecimiento de límites y de tiempo dedicado a la familia; mayor presencia de psicopatologías, presión de grupo y grado de consumo; trastornos familiares apoyo de la familia, capacidad de tomar decisiones de compartir el tiempo libre y expresar emociones, falta de afiliación religiosa uso de drogas no limitados a situaciones sociales; bajo rendimiento escolar, otras conductas desviadas, búsqueda de emociones, uso temprano de bebidas alcohólicas, baja estima personal, percepción clara de mayor uso de drogas por los padres.

2.1.3.8. Consecuencias en el uso de drogas

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga así como la influencia de los elementos adulterantes.

Lo que hace que una adicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito.

Pero más temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona.

2.1.3.9. Efectos de la droga en la familia

Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan que exista algún problema, bloqueando sus propios sentimientos (de igual modo que el adicto a la droga). Otro de los miembros de la familia tratan de encubrir los errores cometido por el adicto a la droga. El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al adicto o le ayuda en la obtención de la droga. Uno de los cónyuges quizás trate de ocultar a los hijos la adicción a la droga de su pareja.

Los miembros de la familia que niegan que exista un problema o permiten que el adicto continúe con el uso de la droga se consideran codependientes.

La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de la droga:

- Familias en riesgo de que sus miembros sean consumidores de drogas
- Los miembros de la familia no expresan sus sentimientos
- Sólo ciertos sentimientos son aceptados
- Las cosas importan más que las personas
- Existen muchos temas que no se discuten (son tabúes)
- Se fuerza a que todos sean y piensen igual
- Las personas carecen de autocontrol
- Viven en función “del qué dirán” los demás y le temen a la crítica
- Roles ambiguo, inconsciente y rígido
- Hay una atmosfera de tensión, malhumor, tristeza y miedo
- Las personas no se sienten tan queridas
- Las normas son implícitas

- El crecimiento físico y psicológicos se percibe como un problema

La prevención del consumo de drogas, es un proceso educativo Integral dirigido a enfrentar un problema a existido siempre y seguirá existiendo siempre como es el abuso de las drogas y el alcohol. Además apoya el desarrollo personal y social, también busca modificar el ambiente social para enfrentar eficazmente el consumo de drogas.

El propósito de toda la acción de prevención es sensibilizar acerca de los riesgos del consumo, enfrentar la presión social y acrecentar la responsabilidad respecto al problema. Al momento de hacer prevención no sólo depende de los organismos de control (carabineros, psiquiatras, asistentes sociales, investigadores) sino que es fundamental que se involucre el estado, la comunidad, la escuela y especialmente la familia, ya que es un problema que afecta a todos.

2.1.4. La esquizofrenia

La esquizofrenia, es un trastorno psicótico (*psicótico* se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica además de alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto, y en el caso de la esquizofrenia, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, producido por enfermedad médica o sustancias) crónico que afecta el funcionamiento afectivo, intelectual y el comportamiento, y se caracteriza por aislamiento, excentricidad, disminución del cuidado personal, afecto embotado, lenguaje vago o metafórico, pensamiento mágico, pérdida de la capacidad asociativa (trastorno del pensamiento), conducta extraña, estupor, retraimiento social, pasividad continuada, estereotipias, alucinaciones, convicciones delirantes, simbolismo, incoherencia, neologismos, mutismo, ecolalia, verbigeración, manierismos, ecopraxia, obediencia automática, negativismo, deterioro del aspecto, respuestas emocionales pobres, anhedonia, sensibilidad incrementada a la estimulación sensorial o emocional, pérdida de los límites del yo, variabilidad, etc.

Recientemente, con las nuevas técnicas diagnósticas e imagenológicas, se ha propuesto considerar a la entidad como un trastorno heterogéneo que constituye la suma de varias enfermedades referidas como “las esquizofrenias”.

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual). (Ver también anexos para aclarar diferencias entre la esquizofrenia y otros trastornos de la personalidad).

Una combinación de susceptibilidad genética y de factores de riesgo sería necesaria para la expresión del fenotipo esquizofrenia. En la actualidad, existen evidencias de un exceso de eventos perjudiciales durante el periodo prenatal y/o perinatal, presencia de signos conductuales y neurocognitivos durante la infancia y la adolescencia y rasgos de personalidad esquizotípica en la mayoría de individuos con esquizofrenia. Estos resultados sugieren una alteración patogénica en el neurodesarrollo de estos individuos (según teorías recientes).

Sin duda, la esquizofrenia es una enfermedad compleja tanto desde el ámbito clínico como en el de investigación.

Se supone que existe una especial vulnerabilidad psíquica para que pueda producirse una esquizofrenia. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias. Se sabe que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes, mientras que en otras no. Debido a esta predisposición una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad pero esto no es una condición ecuánime para desarrollarla.

Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial (estrés). Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera a esta carga excesiva.

¿Cuáles son estas cargas? Pueden ser acontecimientos de la vida estresantes, normalmente imprevisibles, como la muerte de una persona próxima, el servicio militar, la pérdida de un puesto de trabajo... también un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un niño, una boda, es decir situaciones que supongan un cambio en la vida. Sobre todo una carga emocional permanente puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohibe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona que sufre de esquizofrenia es por sí, más retraída, debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle.

Otra actitud sería cuando los miembros de la familia tienen una actitud de rechazo encubierto, es decir no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el afectado se critica y desvaloriza. Las cargas emocionales excesivas desencadenan los primeros brotes, pero también los brotes posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.

Hay que mencionar la existencia de otros modelos médicos como por ejemplo: el modelo genético, neuroquímica, alteraciones cerebrales, alteraciones funcionales, electrofisiológicas y neuropsicológicas, complicaciones en el parto, infecciones por virus.

El éxito o el fracaso de cualquier tratamiento farmacológico dependerán de un número de factores como un correcto diagnóstico (de baja confiabilidad en psiquiatría) y la selección apropiada del fármaco y su dosificación. Sin embargo, es frecuente apreciar una ausencia de relación entre la dosis y el efecto de un fármaco, lo que obliga a pensar en la variabilidad de los pacientes.

2.1.4.1. Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser, respectivamente, los de menor y

mayor gravedad. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo.

Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo desorganizado siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico); se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado).

El tipo indiferenciado es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

2.1.4.1.1. Tipo paranoide

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Criterios para el diagnóstico de tipo paranoide, un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

2.1.4.1.2. Tipo desorganizado

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso.

La desorganización comportamental (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.

Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico. Criterios para el diagnóstico de tipo desorganizado, un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- (1) lenguaje desorganizado
- (2) comportamiento desorganizado
- (3) afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

2.1.4.1.3. Tipo catatónico

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cética) o estupor.

Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.

Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.

Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías: inducción por sustancias (p. ej., parkinsonismo inducido por neurolepticos), enfermedad médica, o episodio maníaco o depresivo mayor. Criterios para el diagnóstico de tipo catatónico, un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
- 2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)

- 3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- 4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- 5) Ecolalia o ecopraxia

2.1.4.1.4. Tipo indiferenciado

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A (Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.) de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico. Criterios para el diagnóstico de Tipo indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

2.1.4.1.5. Tipo residual

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados).

Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte.

El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos

años, con o sin exacerbaciones agudas. Criterios para el diagnóstico de tipo residual, un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

2.1.5. El duelo

El duelo tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, aunque suele ser más intenso tras el fallecimiento de algún ser querido. No es un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados, no siendo posible el acortar este período de tiempo.

Aunque todos somos diferentes, el orden en que experimentamos estos sentimientos es muy similar para la mayoría de nosotros. El duelo es más frecuente tras el fallecimiento de alguien al que conocíamos desde hace algún tiempo. No obstante, parece claro que aquellas personas que han tenido un aborto o que han experimentado la pérdida de niños muy pequeños sufren una experiencia muy similar al duelo y precisan de la misma clase de cuidados y consideración.

En las pocas horas o días que siguen al fallecimiento de un pariente cercano o de un amigo, la mayoría de los afectados se siente simplemente aturdida o confundida ya que no se llegan a creer lo que realmente ha ocurrido. Esta sensación puede tener lugar a pesar de que el fallecimiento hubiera sido esperado. Este entumecimiento o adormecimiento emocional puede ser de ayuda a la hora de afrontar los importantes cometidos que hay que llevar a cabo tras el fallecimiento, tales como el contactar con los demás parientes y la organización del funeral. Sin embargo, esta sensación de irrealidad puede llegar a ser un problema si persiste durante mucho tiempo. El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar esta fase. De forma similar, para algunas personas, el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la

realidad de lo acontecido. El ver el cuerpo del difunto o el atender al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son las únicas formas de que disponemos para decir adiós a aquellos que hemos amado. Estas actividades pueden parecer tan dolorosas que puede surgir la tentación de no afrontarlas, aunque con frecuencia esto conduce en el futuro a una sensación de profundo disgusto.

Pronto, no obstante, desaparece este aturdimiento que suele ser reemplazado por una intensa sensación de agitación y desasosiego con anhelo de la persona fallecida. El afectado por el duelo alberga en algún modo el deseo de encontrarse con el fallecido aunque sabe que esto es claramente imposible. Esto hace difícil el relajarse o concentrarse en cualquier actividad, así como también resulta difícil el dormir adecuadamente. Los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunas personas pueden sentir que “ven” a su persona amada en cualquier sitio al que van - la calle, el parque, alrededor de la casa, o en cualquier lugar en el que hubieran estado juntos con anterioridad. Los afectados frecuentemente se sienten muy “enfadados” en este momento del duelo, y suelen estarlo con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con sus familiares y amigos quienes no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los ha abandonado.

Otro sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido. Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.

Este estado de agitación es generalmente más intenso a las dos semanas del fallecimiento, aunque pronto se sigue de una sensación de tristeza tranquila o depresión, aislamiento y silencio. Estos cambios repentinos de emoción pueden confundir a los amigos o parientes pero son parte del modo normal de superar las diferentes etapas del proceso de duelo.

Según la agitación disminuye, los períodos de depresión se hacen más frecuentes y alcanzan su máxima intensidad a las 4 o 6 semanas del fallecimiento. Los momentos de gran aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerdan a la persona fallecida. A algunas personas les resultan difíciles de comprender o embarazosos los momentos en los que la persona en duelo explota en lágrimas sin razón aparente. En esta etapa puede ser deseable el mantenerse apartado de aquellos que no comprenden totalmente o que no comparten el duelo. Sin embargo, el evitar a los demás puede acumular los problemas para el futuro y generalmente es mejor el intentar reintegrarse a las actividades habituales de cada persona tras aproximadamente un par de semanas. Durante este tiempo, a los demás puede parecerles que la persona en duelo desperdicia gran cantidad de tiempo sentada sin hacer nada. Lo cierto es que la persona en duelo generalmente piensa en esos momentos en el fallecido, recordando una y otra vez tanto los buenos como los malos momentos pasados juntos. Esta es una parte tranquila aunque esencial del afrontamiento.

Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse. La depresión disminuye y empieza a ser posible pensar en otras cosas e incluso el mirar hacia el futuro. Sin embargo, la sensación de haber perdido parte de uno mismo nunca desaparece del todo. Para los cónyuges en duelo por el fallecimiento de su pareja existen continuos recordatorios de su nueva situación de soledad al ver a otras parejas juntas y a causa del bombardeo continuo de imágenes de familias felices en los medios de comunicación. Tras cierto tiempo, se hace posible el sentir de nuevo al completo, aun cuando haya desaparecido una parte de nosotros. Aún así, años más tarde podemos encontrarnos hablando como si él o ella todavía estuvieran aquí.

Las etapas del duelo anteriormente descritas con frecuencia se superponen y se muestran de diferentes formas en diferentes personas. La mayoría de las personas en duelo suele recuperarse en el primer o segundo año tras el fallecimiento. La fase final del proceso de duelo es la desvinculación de la persona fallecida y el comienzo de un nuevo tipo de vida. La depresión desaparece por completo, el sueño mejora y el nivel de energía retorna a la normalidad. El deseo sexual, que puede haber desaparecido por algún tiempo, ahora regresará - esto es bastante normal y en absoluto hay que avergonzarse de ello.

Como vemos, no existe una forma estándar de duelo. Además, las personas pertenecientes a diferentes culturas suelen afrontar la muerte de formas bien diferentes. A través de los siglos, la gente de las diferentes partes del mundo ha desarrollado sus propias ceremonias y rituales para afrontar la muerte. En algunas comunidades la muerte es concebida únicamente como un paso más en el ciclo continuo de la vida a la muerte más que como un final absoluto. Los rituales y ceremonias del duelo pueden ser muy públicos y demostrativos o privados y tranquilos. En algunas culturas el período de duelo es fijo, en otras no. Aunque los sentimientos experimentados por las personas en duelo en las diferentes culturas pueden ser similares, sus formas de expresarle pueden ser muy diferentes.

2.1.5.1. El duelo que no se resuelve

Existen personas que parecen no experimentar ningún tipo de duelo. No lloran en el funeral, evitan cualquier mención a su pérdida y regresan a su vida normal muy rápidamente. Esta es su forma normal de afrontar la pérdida y no resultan perjudicados. Pero otras personas pueden sufrir síntomas físicos extraños o episodios repetidos de depresión en los años posteriores.

Algunas personas no tienen la oportunidad de desarrollar un duelo adecuado ya que las demandas, familiares o laborales, que han de afrontar tras la pérdida no se lo permiten. En ocasiones, el problema es que la pérdida no es vista como algo propio. Esto ocurre con frecuencia, aunque no siempre, en aquellas personas que han tenido un aborto. De nuevo, pueden seguir períodos frecuentes de depresión.

En otros casos, la fase inicial del duelo caracterizada por aturdimiento e incredulidad puede persistir en el tiempo. Los años pueden pasar y la persona en duelo puede encontrar difícil creer que la persona que amaba esté muerta. Otros serán incapaces de pensar en cualquier otra cosa pudiendo llegar a convertir la habitación del fallecido en un santuario dedicado a su memoria.

Ocasionalmente la depresión que tiene lugar en cada duelo puede hacerse tan intensa que se rechacen la comida y la bebida y que surjan pensamientos suicidas que hagan necesaria la intervención de su médico de cabecera.

2.2. Métodos de psicodiagnóstico

Con el nombre de psicodiagnóstico se incluyen una serie de técnicas y procedimientos encaminados a detectar características psicológicas de sujetos o colectividades. Puesto que se supone que estas características pueden medirse de algún modo, el concepto de p. es asimilable al de evaluación sistemática en condiciones específicas y en relación con estímulos concretos. Los primeros métodos que se utilizaron en p. estuvieron relacionados con la astrología, quiromancia y métodos parapsicológicos, que admitían que el concurso de fuerzas ciegas e incontrolables eran las responsables de los rasgos y determinantes comportamentales de cada persona.

El primer uso de esta palabra lo encontramos en el título de un libro de 1921 del psiquiatra suizo Hermann Rorschach: con el título *Psychodiagnostik* se publicaba su prueba psicodinámica conocida como *Test de Rorschach*, una monografía sobre interpretación de manchas de tinta.

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no alcanzan valor por sí mismos, sino en tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que sería lo que de verdad es objeto de estudio.

Al estar vinculado en sus orígenes al psicoanálisis, el psicodiagnóstico se situó a medio camino entre la ciencia y la opinión (entre la doxa y la episteme). En esta primera etapa predomina la experiencia del investigador y lo cualitativo frente a lo cuantitativo, intentando pronosticar la evolución a partir de la observación y del registro. Todo ello se hace desde la prominencia de los aspectos negativos y las conductas patológicas, descuidando otros aspectos.

2.2.1. Instrumentos utilizados en el psicodiagnóstico

2.2.1.1. Historia clínica

A continuación se toma la observación y la entrevista como herramientas psicodiagnóstica y por tal motivo se menciona unos ítems que a al entender son necesarios para la comprensión correcta de un caso, se trata del formulario que se deberá completar a partir de las entrevistas con los

padres. Y como ya se ha indicado, aplicando la observación para cada sujeto, se tendrá que flexibilizar el interrogatorio o (entrevista) según las características de su problemática y ambiente en general.

La historia clínica es un documento, el cual surge en el contacto entre el equipo de salud y los usuarios. A partir de la segunda mitad del siglo XX entre usuarios y el centro de salud siguiendo los modelos de atención primaria. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. En atención primaria, donde toma importancia los métodos de la promoción de la salud, la historia clínica se conoce como historia de salud o historia de vida.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud Bio-Psico-Social. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado. El consentimiento informado del paciente; que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y-o enfermedad y participa en las tomas de decisiones.

2.2.1.2. Tests psicológicos

Los tests psicológicos tienen utilidad, poder predictivo y carácter científico de los métodos empleados son otros tantos métodos utilizados en psicodiagnóstico, que ayudan a considerar condiciones que no pueden ser pasadas por alto. Se puede reagrupar los métodos utilizados normalmente en psicodiagnóstico en función de las siguientes técnicas:

- Técnicas proyectivas; Consisten en presentar al sujeto una serie de estímulos no estructurados para que él los organice de acuerdo con sus modos peculiares de categorización y conducta ante lo real.

- Técnicas subjetivas; En este grupo se incluyen aquellas cuyas normas de calificación son objetivas pero no se encuentran tipificadas y cuyos resultados no alcanzan un nivel de generalización satisfactorio. Valen para hacerse una primera idea del sujeto con un tiempo relativamente corto.
- Técnicas objetivas; Se trata, en este caso, de la realización de ciertas pruebas que simulan situaciones reales, y que son susceptibles de normalización y tratamiento cuantitativo. Algunas de estas técnicas se utilizan desde que se crearon los primeros laboratorios de Psicología experimental;
- Tests psicométricos, inventarios y cuestionarios; Son las llamadas tradicionalmente pruebas de papel y lápiz.

2.2.1.3. La observación

Es un método para reunir información visual sobre lo que ocurre, lo que nuestro objeto de estudio hace o como se comporta, la observación es visual y se necesita del sentido de la vista para poder captar todo lo que ocurre a alrededor de las personas. Se utiliza para recolectar los datos necesarios para un estudio, es un método clásico de investigación científica.

La ciencia comienza con la observación y finalmente tiene que volver a ella para encontrar su convalidación final, por lo cual todo investigador a de adiestrarse en observar cuidadosamente. Si llega hacer un gran observador, comenzaran sus investigaciones teniendo mayor número de datos a su disposición, y será menos probable que olvide que su objeto es estudiar el problema que le atañe, y podrá mantener más fácilmente una comprobación continua de sus conclusiones.

Los conductistas y los teóricos del aprendizaje social prefieren este método para evaluar la personalidad, porque les permite ver cómo influye la situación y el ambiente en la conducta, además de contemplar la gama de conductas que muestra el sujeto, aporta mejores resultados con los niños de corta edad, pues casi todos son conscientes de si mismos cuando se sospecha que están viendo, pero esta técnica se aplica con éxito a personas prácticamente de cualquier edad y en muchos ambientes.

La observación puede asumir muchas formas y es a la vez la más antigua y la más moderna de las técnicas para la investigación; incluye tanto las experiencias más casuales y menos reguladas, como los registros filmados más exactos de la experiencia llevada a cabo en los laboratorios. Hay muchas técnicas para la observación y cada una de ellas tiene sus usos.

La observación se convierte en técnica científica a medida que:

- Sirve un objeto ya formulado de investigación.
- Es planificada sistemáticamente.
- Es controlada sistemáticamente y relacionada con proposiciones generales en vez de ser presentadas como una serie de curiosidades interesantes.
- Está sujeta a controles de validez y confiabilidad.

Como técnica de investigación consiste en "ver" y "oír", hechos o fenómenos que se desean estudiar, para este efecto o fin adopta diferentes modalidades y utiliza una serie de medios e instrumentos que le son propios.

Desde el punto científico ofrece una serie de ventajas respecto de otras técnicas, pero también de limitaciones y dificultades, por lo cual se cree que para la investigación efectuada para realizar un problema directo o indirecto deberán mantener mayor atención.

2.2.1.3.1. Modalidades de la Observación

La observación puede adoptar diferentes modalidades según sean los medios utilizados para la sistematización de lo observado, el grado de participación del observador, el número de observadores, y el lugar donde se realiza, con lo cual se puede elaborar las siguientes modalidades:

- Según los medios utilizados para sistematizar lo observado: El grado de estructuración de la observación puede ser muy variado según sean los medios que se utilicen para sistematizar lo que se observa, de aquí la distinción que suele hacerse entre observación no estructurada y observación estructurada.

- Observación no estructurada: Es aquella que consiste en reconocer y anotar los hechos sin recurrir a la ayuda de medios técnicos especiales, dándose la sensación de que sabemos más de lo que en realidad hemos visto. Recibieron el nombre de ordinaria.
- Observación estructurada: Es aquella que apela a instrumentos para la recopilación de los datos o hechos observados, estableciendo de antemano los aspectos que se han de estudiar. Se sistematizan los aspectos que se estiman relevantes para determinar la dinámica de grupos con carácter interno, sirviendo de orientación al observador. En esta se utilizan distintos medios que acrecientan la capacidad de observación y de control tales como: cuadros, anotaciones, listados, escalas, maquina de filmar, cámara fotográfica, etc.

2.2.1.3.1.1. Según la participación del observador

- Observación no participativa: Es aquella que consiste en la toma de contacto del observador con el problema, el hecho o grupo a estudiar, pero permaneciendo ajeno al mismo. Esta es la característica observación –reportaje, por su finalidad o similitud con la técnica empleada por los periodistas; siendo muy apropiado para el estudio de las reuniones, congresos, conferencias, etc.
- Observación participante: Es aquella que consiste en la participación real del observador en el problema que se investiga. Existiendo en este caso la observación participante natural, cuando el observador pertenece a la comunidad o grupo que se investiga y la observación participante artificial cuando el observador se integra al grupo que se investiga.

2.2.1.3.1.2. Según el número de observadores

- Observación individual: Es aquella que realiza una sola persona, proyectándose la personalidad del investigador sobre lo observado con el consiguiente riesgo de provocar distorsión, por las limitadas posibilidades de control.
- Observación colectiva o en equipo: Esta puede llevarse acabo de la siguiente manera:
 - Todos observan lo mismo, con lo cual se procura corregir distorsiones que pueden provenir de cada investigador en particular.
 - Cada uno observa un aspecto diferente.

- El equipo recurre a la observación, pero algunos miembros emplean otros medios.
- Se constituye una red de observados en cada una de las secciones en las cuales puede dividirse el problema a investigar.

2.2.1.3.1.3. Según el lugar donde se realiza

- Observación directa: Es aquella en la cual el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación.
- Observación intrasubjetiva: Es aquella en la cual repetidas observaciones de las mismas respuestas por observadores deben producir diferentes datos.
- Observación intersubjetiva: Es aquella que se basa en el principio de que observaciones repetidas de las mismas respuestas por el mismo observador deben producir los mismos datos.
- Observación Indirecta: Es aquella que existe cuando el investigador corrobora los datos que ha tomado, quizá el testimonio oral o escrito de personas que han tenido contacto de primera mano con los datos.

2.2.1.3.2. Medios de observación

Son los medios que facilitan, amplían o perfeccionan la tarea de la observación realizada por el investigador. Aunque existen varios, los más usuales son:

- El diario: Es el relato escrito y cotidiano de las experiencias vividas y de los hechos observados, pudiendo ser redactado al final de una jornada o al término de una tarea importante, debiéndose tener presente la necesidad de objetividad, síntesis, claridad y orden.
- El cuaderno de notas: Consiste en una libreta que el observador lleva consigo en su bolsillo o cartera con el objeto de anotar sobre el terreno todas las informaciones, datos referencias, experiencias, etc.
- Los cuadernos de trabajo: Consiste en anotaciones que se realizan en medio de mayor proporción y tamaño que cuadernos de notas.

- Los cuadros de trabajo: Son una forma de presentación gráfica semejante a las planillas, con casilleros formados por regiones y columnas cada una de las cuales corresponde a determinadas anotaciones que se presentan según la modalidad y formas de las mismas.
- Los mapas: Constituyen un auxiliar muy valioso para la observación por cuanto que en los mismos aparecen limitaciones de orden geográfico, topográfico, etc.

2.2.1.3.3. Ventajas de la técnica de observación

Se puede obtener información independiente del deseo de proporcionarla y de la capacidad, veracidad de las personas que integran el grupo o comunidad a estudiar.

Los fenómenos se analizan con un carácter de totalidad y aunque no es posible aprehender todos los resultados de las interrelaciones y otros aspectos, se trata de un procedimiento que aborda globalmente a una problemática.

Los hechos deben y se estudian en lo posible sin intermediarios, con lo cual se evitan posibilidades de distorsión final de parte de los informantes.

2.2.1.3.4. Dificultades y límites de la observación

Es necesario adquirir la capacidad para distinguir entre los hechos observados y la interpretación de esos hechos.

2.2.1.4. La entrevista

La entrevista es una técnica para recopilar información por medio de la discusión, una entrevista será parte de toda evaluación individual típica de todo clínico y orientador, también es determinada como una interacción dinámica entre dos o más personas.

La entrevista es una de las técnicas más comunes de investigación, por cuanto que el uso de informantes, el estudio de casos, las biografías y los cuestionarios se realizan propiamente, a través de entrevistas.

La entrevista es la relación directa que se establece entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales.

La entrevista es la relación directa entre individuos y en la cual uno desempeña el rol de entrevistador y otro el de entrevistado. Descartándose desde todo punto de vista que existe una relación entre lo que constituye la entrevista y lo que es la conversación.

La entrevista como técnica de recopilación va desde la interrogación estandarizada, hasta la conversación libre, pero en ambos casos se recurre a un guía que pueda ser un formulario, o un bosquejo de cuestiones para orientar la conversación.

2.2.1.4.1. Modalidades de la entrevista

Entrevista estructurada: Es aquella que toma forma de una interrogación en la cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos, realizándose sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado.

Entrevista no estructurada: Es aquella que deja una mayor libertad a la iniciativa de las personas interrogadas y al entrevistador, tratándose en general de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación teniendo como característica principal la ausencia de una estandarización formal, esta puede ser

Focalizada: Es aquella que se presenta cuando el encuestador tiene una lista de cuestionarios a investigar derivadas del problema general de quienes estudiar, estableciendo una típica de tópicos en los que focalizan su investigación.

Clínica: Es aquella que no trata de analizar la experiencia que han tenido varias personas, si no que estudia las motivaciones y sentimientos de las mismas.

No dirigida: Es aquella en la cual el informante tiene completa libertad de expresar sus sentimientos y opiniones, el entrevistador tiene que animar a hablar de un determinado tema y orientarlo.

Entrevista dirigida o semiestructurada: Es aquella en la cual se seleccionan los temas de interés de la investigación y se induce al entrevistado a que la exposición oral sea dirigida concretamente a los temas que nos interesan. Es indudable que esta forma se produce con alguna restricción pues se veda la posibilidad al entrevistado de profundizar en algunos de los temas que le sean de su especial agrado. Es conveniente que el entrevistado no perciba la inducción a la que puede ser sometido, pues podría actuar en general con una forma negativa en cuanto a proporcionar la información requerida.

2.2.1.4.2. Principios de la entrevista

Contacto inicial: Es aquella que se presenta cuando el encuestador o entrevistador se presenta por primera vez, una vez cambiando los saludos de práctica usos y constituciones de las costumbres del entrevistado, casi todo depende de sus cualidades personales.

Como formular las preguntas: En este aspecto se trata de una entrevista no estructurada, las pensantes preguntas serán planteadas dentro del contexto general de una conversación, en una entrevista estructurada, la formulación de las preguntas tendrán un carácter metódico pero en ambos casos debe estandarizarse tanto como es o sea posible, para permitir la comparabilidad de la información recogida.

Como completar y obtener respuestas: Cuando se insiste sobre una pregunta para completar o aclarar las respuestas, una final formulación inadaptable o inadecuada puede sugerir la respuesta. Este aspecto debe cuidarse tanto en el tono como en el énfasis de la pregunta. Una pregunta de tipo “No cree usted que sería mejor...no tiene cabida a si dentro de formulada dentro de la entrevista.

Como registrar las respuestas: La experiencia demuestra que la anotación posterior a la entrevista presenta dos inconvenientes.

Los límites de la memoria humana que no puede retener con fidelidad toda la información.

La distorsión que se produce por causa de los elementos subjetivos que se proyectan en la reproducción de la entrevista.

Terminación de la entrevista: Al hablar de la terminación de la entrevista debemos distinguir según se trate de un solo encuentro o de una serie de ellos. En todos los casos el interrogatorio debe determinar que el mismo finalice el clima de cordialidad. Cuando la índole de la investigación requiere de posteriores entrevistas, debe dejarse la puerta abierta para los próximos encuentros. En tales casos hay que saber cortar el interrogatorio en el momento oportuno, pues el éxito de la entrevista posterior depende en gran medida de la primera.

2.2.1.4.3. Normas para la entrevista

Aborde gradualmente al interrogado creando una corriente de amistad, identificación y cordialidad.

Ayude al interrogado para que se sienta seguro y locuaz. Déjele concluir su relato y ayude luego a completarlo contrastándolo en cuantas fechas y horas.

2.2.1.4.4. Ventajas de la entrevista

La entrevista es una técnica eficaz para obtener datos relevantes y significativos desde el punto de vista de las ciencias.

Porque los datos obtenidos son susceptible de cuantificación y tratamiento estadístico

2.2.1.4.5. Dificultades y limitas de la entrevista

La técnica de la entrevista, se apoya en el supuesto de las posibilidades de expresión verbal y de que la persona interrogada está capacitada para informar sobre si misma, siendo esto valido sólo para cierto tipo de cultura y para persona o personas de determinada posición social.

2.2.1.4.5.1. Falta de secreto en las respuestas

Esto influye en ciertas circunstancias sobre el entrevistado y sus respuestas, aunque el entrevistador pueda asegurar el entrevistado que no será identificado en modo alguno, pudiendo este poner en duda su buena fe.

2.2.1.4.5.2. Limitaciones provenientes de la persona interrogada

¿Él sujeto está dispuesto a proporcionar la información solicitada?

Estando dispuesto “Ha comprendido bien todas las preguntas”

Habiendo comprendido “Responde con sinceridad”

Respondiendo con sinceridad ¿Es capaz de expresarse adecuadamente?

2.2.1.4.5.3. Limitaciones provenientes del entrevistador

Por su aspecto personal: Es decir que la presentación física, su indumentaria así como su comportamiento, los gestos, la voz, etc. Puede ejercer influencia sobre las tendidas respuestas del entrevistado.

Por sus opiniones personales: Constituida por su absoluta imparcialidad de él, tratando de y en todo momento que la entrevista durante su desarrollo no deje el encuestador que sus ideas, opiniones o preferencias, trasciendan o proyecten en la entrevista.

2.2.2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-4)

A lo largo de la historia de la medicina, ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos

sistemas han incluido solo unas cuantas categorías diagnosticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico.

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría “*idiocia/locura*”, en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Comité en *Statistics of the American Psychiatric Association*, junto con la *National Comisión on Mental Higiene*, diseñó un plan adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-4 de la *American Psychiatric Association*. La utilidad y credibilidad exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. La prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Otro objetivo del manual, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores; además es una herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente; es utilizado por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros profesionales de la salud.

El DSM-4 TR puede utilizarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria y es un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública.

El DSM-4 TR es producto de 13 grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección del manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran solo las opiniones de sus miembros.

La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-4TR posea la más amplia gama de información y puede aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones, con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodología para la elaboración del diagnóstico.

2.2.3. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) es una respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina, ya que el desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población.

Desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional.

2.2.3.1. Propósito de la guía

La Guía tiene como propósito fundamental el mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo, de asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región, de avanzar en el campo del diagnóstico y finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de

salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

2.2.4. Historia de la clasificación internacional de las enfermedades - CIE-10

Al principio de la década de los sesenta, el programa de la salud mental de la organización mundial de la salud (OMS) participo activamente en un proyecto destinado a mejorar en diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Durante ese periodo la OMS, organizo una serie de reuniones para revisar la situación en este terreno. En ellas participaron representantes de distintas disciplinas y de varias de escuelas de pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Esto sirvió para estimular y llevar a cabo investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica y para diseñar y publicar instrumentos para evaluaciones conjuntas, entrevistas vídeo grabadas y otros métodos prácticos de investigación. Hubo muchas propuestas para mejorar la clasificación de los trastornos mentales, que surgieron de este gran número de consultas. Todas ellas se tuvieron en cuenta con el borrador de la octava revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-8). En paralelo con estas actividades, se elaboro un glosario que definía cada una de las categorías de los trastornos mentales. A continuación, el propio programa de la OMS construyo una red de personas y centros que continuaron trabajando en el perfeccionamiento de la clasificación de la psiquiatría.

En la década de los setenta creció, aun más el interés de mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, tendencia que se vio favorecida por el aumento del número de encuentros científicos internacionales por el desarrollo de varios estudios de colaboración internacional y por disponibilidad de nuevos tratamientos. Sociedades psiquiátricas de muchos países impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación y para mejorar la fiabilidad diagnóstica en concreto, la asociación psiquiátrica de los EEUU de Norteamérica hizo y publico su tercera revisión del manual diagnóstico y Estadístico, el cual incorpora criterios operativos de clasificación.

En 1978, la OMS se incorporo a un proyecto de colaboración a largo plazo con la administración para la salud mental y abuso del alcohol y drogas (ADAMHA) en los EEUU con el objeto de

facilitar mejoras posteriores de la clasificación y del diagnóstico de los trastornos mentales y de problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Una serie de grupos de trabajo reunió a investigadores de diferentes escuelas psiquiátricas y culturas. Estos grupos de trabajo revisaron la situación en áreas concretas y dieron recomendaciones para investigaciones futuras. En 1982 se celebró en *Copenhague* (Dinamarca) un importante congreso internacional sobre clasificación y diagnóstico para revisar las recomendaciones de estos grupos de trabajo y para esbozar un problema de investigación y las directrices del trabajo a seguir.

A partir de allí surgieron esfuerzos de investigación tan diversos como importantes para llevar a la práctica las recomendaciones del congreso *Copenhague*. Uno de ellos que implicó a centros de 17 países tuvo como objetivo el desarrollo de un instrumento (entrevista diagnóstica internacional compuesta CIDI) adecuada para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en grupos de población general en diferentes países. Otro esfuerzo importante ha sido el desarrollo de un instrumento de evaluación para utilización clínica (escala de evaluación clínica en neuropsiquiatría, SCAN). También se ha iniciado un estudio en diferentes países para lograr un instrumento para la evaluación de los trastornos de la personalidad (examen internacional de trastornos de la personalidad, IPDE).

Además, se han preparado o están en preparación varios glosarios de los términos empleados en la CIE-9 y CIE-10. Todas estas actividades se han llevado a cabo en conexión con los trabajos de definición de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 y de sus pautas para el diagnóstico.

La conversión de las pautas diagnósticas en criterios individualizados y algoritmos diagnósticos han sido muy útiles para detectar y corregir inconsistencia, ambigüedades y solapamientos de la clasificación. El proceso de perfeccionamiento de la CIE-10 ha sido de gran ayuda para la evaluación de estos mismos instrumentos diagnósticos. De esta manera, el resultado final ha sido un conjunto claro y homogéneo de normas e instrumentos de evaluación, para obtener los datos necesarios para la clasificación de los trastornos.

El congreso de Copenhague recomendó que los puntos de vista de las diferentes escuelas psiquiátricas estuvieran también presentes en las referencias a las fuentes de la CIE-10 lo cual se hizo en varias publicaciones importantes, entre ellas, un volumen que contiene capítulos sobre las fuentes de las clasificaciones de la psiquiatría contemporánea.

La preparación y publicación del libro “descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico” es la culminación de los esfuerzos de muchas personas durante muchos años. Ha sido necesario varios borradores cada uno preparado después de amplias consultas con expertos de sociedades psiquiátricas nacionales e internacionales. El borrador preparado en 1987 fue la base de estudio de Cam realizado en 40 países los cuales en conjunto constituyen el esfuerzo más amplio jamás realizado para mejorar el diagnóstico en psiquiatría. Los resultados de esos estudios de campo se utilizarán cuando se faciliten esas pautas.

2.3. La psicoterapia

Definición: “Todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas”.

2.3.1. Los tres modelos de la psicoterapia

2.3.1.1. El psicoanálisis

Antecedentes: Sigmund Freud, nació en Freiberg, en la antigua Moravia (Checoslovaquia), el 6 de mayo de 1856. Freud, fue un niño brillante, siempre a la cabeza de su clase, ingresó en la escuela de medicina. En 1873, finalizó sus estudios secundarios con excelentes calificaciones. Había sido siempre un buen estudiante. Después de considerar la posibilidad de cursar los

estudios de derecho, se decidió por la medicina, aunque no con el deseo de ejercerla, sino movido por una cierta intención de estudiar la condición humana con rigor científico. A mitad de la carrera, tomó la determinación de dedicarse a la investigación biológica, y de 1876 a 1882, trabajó en el laboratorio del fisiólogo Ernst von Brücke.

La obtención de una beca para un viaje de estudios le llevó a París, en donde trabajó durante cuatro meses y medio en el servicio de neurología de la Salpêtrière bajo la dirección de Jean Martín Charcot, por entonces el más importante neurólogo francés. Allí tuvo ocasión de observar las manifestaciones de la histeria y los efectos de la hipnosis y la sugestión en el tratamiento de la misma neurología.

En 1896, De forma un tanto violenta, Freud empezó a transformar la metodología terapéutica que otros habían calificado de catarsis, basada en la hipnosis, en lo que él mismo Freud denominó el método de libre asociación. Trabajando solo, y víctima del desprecio de los demás médicos, el tratamiento de sus pacientes le llevó a forjar los elementos esenciales de los conceptos psicoanalíticos de inconsciente, represión y ‘transferencia’. En 1899, apareció su famosa obra La interpretación de los sueños, aunque con fecha de edición de 1900, y en 1905 publicó tres contribuciones a la teoría sexual, la segunda en importancia de sus obras.

Aportes de sus teorías: Freud buscando una explicación a la forma de operar de la mente

Propuso una estructura de la misma dividida en tres partes:

- El *yo* o *ego*: permanece entre ambos, alternando nuestras necesidades primitivas y nuestras creencias éticas y morales. Es la instancia en la que se inscribe la consciencia. Un *yo* saludable proporciona la habilidad para adaptarse a la realidad e interactuar con el mundo exterior de una manera que sea cómoda para el *ello* y el *supery*.
- El *ello* o *id*: representa las pulsiones o impulsos primarios y constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Contiene nuestros deseos de gratificación más primitivos.

- El superyó o superego: la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos aprendidos en la sociedad.

Freud también creía que la libido maduraba en los individuos por medio del cambio de objetivo. Argumentaba que los humanos nacen polimórficamente perversos, en el sentido de que una gran variedad de objetos pueden ser una fuente de placer. Conforme las personas van desarrollándose, van fijándose sobre diferentes objetos específicos en sus distintas etapas: la etapa oral, ejemplificada por el placer de los bebés en la lactancia, la etapa anal ejemplificada por el placer de los niños al controlar sus defecaciones y luego la etapa fálica. Propuso entonces que llega un momento en que los niños pasan a una fase donde se fijan en el progenitor del sexo opuesto complejo de Edipo y desarrolló un modelo que explica la forma en que encajan

Otro elemento importante del psicoanálisis es la relativamente poca intervención del psicoanalista para que el paciente pueda proyectar sus pensamientos y sentimientos en el psicoanalista. A través de este proceso, llamado transferencia, el paciente puede reconstruir y resolver conflictos reprimidos causantes de su enfermedad, especialmente conflictos de la infancia con el entorno y o con sus padres.

2.3.1.2. La teoría psicodinámica

La teoría psicodinámica que se le atribuye su origen a Carl Jung. Es derivada del psicodiagnóstico basado en las teorías psicoanalíticas, los presupuestos teóricos en los que se sustenta, la metodología diagnóstica e instrumental que utiliza y las razones para la misma. Se describen los principales avances en nosologías psicopatológicas coherentes con las teorías psicoanalíticas en la terapia psicodinámica se utilizan o mezclan varias técnicas para obtener mejores resultados como lo sería la utilización de: psicodiagnóstico, técnicas proyectivas, psicoanálisis, etc.

El psicoanálisis tiene un cuerpo teórico con entidad propia y una técnica muy específica (el tratamiento psicoanalítico convencional), mientras que bajo la etiqueta de modelo psicodinámico se da la convergencia de modelos teóricos explicativos de base psicoanalítica, en los que el

psicoanálisis es el marco conceptual básico, pero no la única teoría conceptual explicativa de su quehacer clínico, ni sus técnicas se ajustan a las propias del tratamiento psicoanalítico convencional. La distinción que estamos trazando excluye entrar en la polémica entre lo que es propiamente psicoanalítico y lo que no, y acepta como idea de trabajo la diferencia entre el psicoanálisis como método de auto-descubrimiento y abordaje al inconsciente que se efectúa en una relación singular y las amplias y muy variadas intervenciones clínicas y comunitarias que desarrollan los clínicos con formación psicoanalítica, y que se rotulan como psicodinámicas. El término psicodinámico queda para nosotros restringido a todo lo basado y derivado principalmente (aunque no exclusivamente) del psicoanálisis, y que queda bien reflejado en la expresión “de orientación psicoanalítica”.

Aunque aparentemente las diferencias pueden tener importancia, sin embargo los aspectos comunes son indudablemente más relevantes como rasgos de identidad compartidos. Los presupuestos conceptuales teóricos y técnicos comunes se han mantenido a lo largo de sus más de 100 años de historia, y a pesar de las controversias, críticas y reformulaciones que fuera y dentro de la comunidad psicoanalítica han existido. Estos presupuestos conceptuales son los que sirven de base teórica y teórico-técnica al diagnóstico psicodinámico.

Limitaciones del modelo psicodinámico: Los límites epistemológicos del psicoanálisis deben ser reconocidos de forma explícita, entre otros cabe señalar el propio conocimiento que aporta y el que no aporta y esto se hace evidente en su convivencia con otras ciencias. El psicoanálisis no aporta conocimientos biológicos o sociológicos, dos grandes grupos de ciencias con las que se relaciona. Podrá proporcionar apuntes, datos, hipótesis, modelos, metáforas a esas ciencias y recibirlos de ellas, pero tales aportaciones psicoanalíticas no tendrían el carácter de datos científicos (comunicables y verificables) hasta no haber sido procesadas por la metodología específica de esas ciencias.

Un segundo límite vendría de la consideración del psicoanálisis como una tecnología, por supuesto una tecnología blanda y del grupo de las tecnologías psicosociales. Los tratamientos psicoanalíticos, por ejemplo, aunque no sea directamente el tema que nos ocupa, están siendo objeto de investigaciones rigurosas en varios ámbitos y se prevé que los hallazgos en este campo

van a abrir una vía de investigación/confirmación de este paradigma. No obstante, le queda un camino por recorrer a fin de lograr la confirmación procedimental de otras ciencias.

2.3.1.3. Modelo cognitivo conductual

La teoría de Kelly es de tipo cognoscitivo porque, enfatiza que la conducta de un individuo está determinada no sólo por el ambiente o la herencia sino también, y de manera primaria, por actitudes, expectativas y creencias.

La moderna psicología cognitiva ha realizado valiosas aportaciones en los distintos campos, muchos de los cuales son el punto de apoyo sobre el que se basa la elaboración de un modelo integrativo de psicoterapia como el que se presenta, hablar de una psicología cognitiva moderna hace referencia al impresionante movimiento que se ha expandido a lo largo y a lo ancho del conocimiento psicológico en las últimas tres décadas, resulta difícil establecer en qué medida la psicología cognitiva de estos últimos decenios constituyen una renovación de viejos enfoques conceptuales o es una verdadera revolución en el campo de la teoría psicológica; probablemente no se disponga de suficiente perspectiva histórica para decidir sobre ello, no cabe duda de que algunos de los temas abordados por la psicología cognitiva contemporánea han sido ya tratados en algún otro momento de la centuria que ya ocupa de la llamada psicología científica, y ello puede constarse con la lectura de trabajos escritos a la vuelta del siglo pasado y que encontraron su mejor exponente en William James, hablar de una nueva psicología cognitiva no es más que un nuevo disfraz para un viejo esqueleto, para otros, más que un esqueleto se trata de un ser robusto y muy vital, representante de una nueva especie que no ha existido con anterioridad en el territorio de la psicología.

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta, los cognitivistas han vuelto al tema del *cogito*, retomando algunas de las premisas que durante muchos años habían caído en el más absoluto descrédito dentro del campo científico en general, implica reaccionar contra la

certeza de la objetividad empirista, contra el peso indiscutible de la metodología positivista y contra una visión del individuo cognoscente como mero reproductor de una realidad exterior que algún observador esclarecido podía describir de forma exacta y verdadera.

La psicología cognitiva plantea necesidades de adentrarnos en la intimidad del sujeto, en la privacidad de la mente, en los espacios secretos de la subjetividad, para tratar de responder del mejor modo posible a la pregunta acerca de cómo tiene lugar el conocimiento, el pensamiento cognitivista se ha emparentado con la tradición que, en el campo psicológico del siglo XX, estuvo especialmente representada por la investigación clínica al estilo de lo que estudiaron Freud y sus seguidores, el primer período de la psicología cognitiva estuvo marcado principalmente por el empleo del paradigma del procesamiento de información, los comportamientos habían llegado a poder ser descritos y explicados en términos de modo en que los seres humanos se comportan como sistemas u organismos capaces de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información recibida, el segundo período o segunda revolución cognitiva se inició cuando se hizo fuerte la observación de tal enfoque, válido para describir el funcionamiento de las máquinas, resultaba insuficiente para dar cuenta de la manera como operan los seres humanos, ya que éstos, a diferencia de las computadoras, despliegan sus conductas en secuencias no lineales sino recursivas y, además por el hecho de que las informaciones que los individuos procesan están determinadas, absolutamente, por la dinámica de la esfera social.

Terapias Cognitivo Conductuales: En los años recientes, las terapias cognoscitivas – conductuales han revolucionado los campos de la psicoterapia y la asesoría, Albert Ellis, Aaron Beck y Arnold Lazarus son sobre todo clínicos que desarrollaron técnicas y estrategias para ayudar a las personas a afrontar mejor sus problemas, estos teóricos no estaban satisfechos con el proceso relativamente largo (y para ellos ineficiente) del psicoanálisis y crearon métodos de asesoría que a menudo son muy breves, éstos se centran en el cliente y van directo al origen del problema, Albert Ellis, nacido el 27 de septiembre de 1913, en Pittsburg, y criado en las calles del Bronx, rehusó ser miserable, en su familia inmediata, sólo su hermana sufrió depresión y ansiedad, lo que lo llevó especular que los trastornos emocionales son debidos a la genética y no los factores ambientales, por fortuna, años más tarde, la terapia racional emotiva (TRE) de Ellis pudo ayudarla. A fines de la década de 1960 y principios de la de 1970, Ellis comenzó a rehacer

la TRE, haciéndola al mismo tiempo más simple y más compleja (1991), en la década de 1990 este hombre increíblemente ocupado, productivo y controvertido continúa su práctica en forma activa, escribe y lleva a cabo talleres.

Aaron T. Beck nacido en Providence, Rhode Island, el 18 de julio de 1921, se propuso probarle al mundo que la teoría analítica era correcta, pero fue incapaz de obtener esa prueba en un estudio de los sueños de personas deprimidas, Beck hacía planteado la hipótesis en base a la teoría de Freud, que los sueños en personas deprimidas reflejan tres temas comunes: derrota, privación y pérdida, este fracaso lo llevó al final a desarrollar la terapia cognoscitiva como una forma de atender y tratar la depresión, comenzó a creer que las personas deprimidas no buscan el fracaso; más bien distorsionan la realidad hasta el punto en no pueden reconocer el éxito cuando sucede. El fundamento teórico de la terapia cognoscitiva se deriva de tres fuentes principales: el enfoque fenomenológico de la psicología, la teoría estructural y la psicología profunda, y la psicología cognoscitiva, el enfoque fenomenológico sostiene que la perspectiva propia de un individuo y el mundo personal son elementos clave para la conducta, por último, en la psicología cognoscitiva tienen un impacto con George Kelly a quien se le da el crédito de ser el primero en derivar el modelo cognoscitivo por medio del uso de constructores personales y su énfasis en el papel de las creencias en el cambio conductual, aun cuando a él no le gustaba ser llamado cognoscitivista.

Características: La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido éste como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta.

La terapia cognoscitiva está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta.

Los conceptos implicados en la teoría cognoscitiva de Beck incluyen cogniciones, esquemas y distorsiones cognoscitivas o errores de lógica (1979), las cogniciones se refieren a la conciencia de una persona, son bastantes combinables y provocadas por estímulos.

Los errores sistemáticos en el razonamiento, llamados distorsiones cognoscitivas, son evidentes durante la angustia psicológica.

De acuerdo con Beck (1967), el individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, estas tres percepciones son conocidas como la tríada cognoscitiva.

Objetivos:

- Cambio de pensamiento a las personas con problemas de frustración.
- Estructurar las mentes de las personas con problemas personales, familiares sociales.
- Las maneras como se enfrentan las situaciones que causan dolores en las personas.
- Buscar mecanismos para no afectar las malas experiencias.
- Con las terapias cognitivas se logran ayudar a las familias con multiproblemas.
- Conocimiento de los principales problemas de la salud mental en la infancia, adolescentes y en adultos.
- Se pronostica las dificultades emocionales y conductuales de las personas.

2.3.1.3.1. Técnicas de las terapias cognitivo conductuales

2.3.1.3.1.1. Condicionamiento

Forma básica de aprendizaje que se basa en la asociación de respuestas emocionales a situaciones nuevas.

El condicionamiento es un tipo de aprendizaje en el que un organismo asocia dos eventos. Existen dos tipos principales de condicionamiento: el clásico y el operante o instrumental.

- Condicionamiento clásico, en el cual un estímulo que no producía una respuesta es asociado con un estímulo que ya producía tal respuesta (el estímulo incondicionado) hasta que el primer estímulo también pasa a producir la respuesta.
- Condicionamiento operante, en el cual la frecuencia de una respuesta es aumentada o reducida por su asociación a un estímulo aversivo o un reforzador.

Hoy en día se utilizan estas técnicas en la modificación de conducta y se emplean como terapia para tratar ciertos tipos de neurosis, desintoxicación de alcohólicos o algunos trastornos típicos que aparecen durante la infancia, como la fobia, enuresis, tartamudeo y otros.

2.3.1.3.1.2. Desensibilización sistemática

Es un método psicoterapéutico dentro del paradigma teórico-clínico de las terapias cognitivo conductuales, cuya característica principal es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones que le producen una exacerbación disfuncional de conductas (emocionales, cognitivas o comportamentales) y que lo lleva a consulta.

2.3.1.3.1.3. Entrenamiento asertivo

El entrenamiento asertivo permite reducir el estrés que se produce en las relaciones e interacciones con los demás, enseñando a defender sus derechos sin agredir ni ser agredido.

Es un método psicoterapéutico teórico-clínico de las terapias cognitivo-conductuales, que se utiliza para ayudar a personas con déficits y dificultades en su conducta interpersonal, especialmente pacientes o consultantes con fobia social a sobreponerse a estas dificultades.

La asertividad se define como la expresión de sentimientos, ideas y preferencias por medio de conductas apropiadas que no violen los derechos de los demás. Ser asertivo no es lo mismo que ser agresivo, y puede verse como la opción a la agresión. Es la justa medida donde la persona reconoce, afirma y apoya su valía, sin restarle nada a lo que los demás también tienen derecho.

Conclusiones

- Resulta indispensable tener el conocimiento adecuado de los problemas psicológicos que afectan a la población guatemalteca, así como también saber cuáles son sus posibles efectos y las consecuencias que dichos problemas tendrán en su familia.
- Es necesario conocer los diferentes métodos de psicodiagnóstico, para así obtener información que sea más profunda, detallada y confiable por parte del paciente, de esta forma se encontrará el tratamiento que sea más adecuado para resolver el problema que el paciente esté sufriendo.
- Como psicólogo se deben conocer las diferentes clasificaciones y estándares de enfermedades mentales que actualmente existen y que están estandarizadas a nivel internacional, no solo por clasificar los casos, sino que resulta una herramienta práctica para clasificar y enmarcar un padecimiento determinado y su aplicación resulta obligatoria en casos como los de carácter legal.
- Las técnicas de psicoterapia son indispensables para la atención de padecimientos o enfermedades de tipo mental, todo terapeuta profesional debe conocer y saber aplicar las diferentes técnicas de psicoterapia, de esta manera podrá atender, evaluar y guiar al paciente para una recuperación que llene sus expectativas y a su vez resulte satisfactoria y eficiente.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

Este capítulo muestra el programa de la práctica profesional dirigida y las actividades complementarias realizadas durante la práctica, estas se muestran a través de las programaciones de cada actividad, cronogramas y planificaciones, muestra lo que son los objetivos de cada actividad, tanto los objetivos generales que se persiguen, como los objetivos específicos de ellos.

3.1. Programa de la práctica profesional dirigida

3.1.1. Propósitos 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.

3.1.2. Objetivos generales

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

3.1.3. Objetivos específicos

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

3.1.4. Contenido temático del curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala
4. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de resiliencia
7. Creación de programas y proyectos
8. Planificación de actividades

3.1.5. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

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

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

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

3.1.6. Formas o técnicas de evaluación

- Investigaciones
- Elaboración de programas y proyectos
- Actividades grupales
- Discusiones
- Guías de trabajo
- Pruebas objetivas
- Presentación de informes

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.

3.2. Cronograma de actividades

3.2.1. Enero

- Información sobre práctica, entrega de programación.
- Instrucciones sobre metodología.

3.2.2. Febrero

- Solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños.
- Entrega de la planificación de actividades de práctica.
- Entrega de autorización escrita de centros de práctica.

3.2.3. Marzo

- Información sobre observación e investigación en los centros de práctica.
- Entrega de resumen y análisis práctico del libro La Entrevista Psiquiátrica de Sullivan.
- Informe de observaciones.

3.2.3.1. Actividades en centros de práctica

- Presentación a centros de práctica.
- Contacto inicial con autoridades.
- Entrega de planificación de actividades a autoridad inmediata.
- Observación del funcionamiento del Centro de Práctica.
- Investigación de los antecedentes de los antecedentes de la institución y servicios que presta, tipo de población, etc.

3.2.4. Abril y Mayo

- Elaboración de Historias Clínicas en casos planteados en el aula.
- Discusión de casos.
- Retroalimentación de conocimientos.
- Exposición y análisis sobre diversas patologías.

3.2.4.1. Actividades en centros de práctica

- Entrevistas, abordaje de casos, evaluación del paciente.
- Uso de documentos de registro.

3.2.5. Junio julio y Agosto

- Taller para elaboración de impresión clínica, diagnóstico multiaxial, plan terapéutico. Informe de casos.
- Exposición de formas de psicoterapia.
- Presentación y discusión de casos.
- Entrega de historias clínicas e informes de casos.
- Entrega de proyecto de salud mental aplicado a problemas sociales.

3.2.5.1. Actividades en centros de práctica

- Registro de evolución de casos.
- Diagnóstico y tratamiento.
- Actividades que requiera el centro de práctica.

3.2.6. Septiembre

- Trabajo de campo en áreas de riesgo, capacitación a grupos en conflicto.
- Informe de proyectos de salud mental.
- Primera revisión de informe final.

3.2.6.1. Actividades en centros de práctica

- Culminación de práctica clínica.
- Ejecución de programa de salud mental.

3.2.7. Octubre

- Segunda revisión de informe final

3.2.7.1. Noviembre

- Tercera revisión de informe final.
- Entrega de informe final.
- Examen final

3.3. Planificación general de actividades

3.3.1. Enero

- Objetivo: Organizar el trabajo para la práctica Supervisada.
- Actividad: Información del centro de práctica, elaboración de la planificación de práctica supervisada.
- Metodología: Planificación de práctica Supervisada.
- Recursos/Instrumentos: Recursos humanos
- Logros/Resultados esperados: Obtener información del centro de práctica

3.3.2. Febrero

- Objetivo: Encontrar un lugar para realizar la práctica.
- Actividad: Asignación del centro de práctica y retroalimentación.
- Metodología: Entrevistas, observación y visitas
- Recursos/Instrumentos: Libros, internet, cartas, recursos humanos.
- Logros/Resultados esperados: Tener el primer contacto con el centro de práctica.

3.3.3. Marzo

- Objetivo: Conocer el funcionamiento del Centro de Práctica
- Actividad: Conocer las funciones y entregar la planificación de actividades generales.
- Metodología: Observar, visitas e investigaciones

- Recursos/Instrumentos: Libros, internet, cartas, recursos humanos, guías de trabajo y cronograma de práctica.
- Logros/Resultados esperados: Conocer el funcionamiento del Centro de Práctica de manera detallada.

3.3.4. Abril

- Objetivo: Entrevista con los primeros pacientes y Abordar casos
- Actividad: Abordaje de casos, entrevistas, evaluaciones del paciente y retroalimentación de conocimientos.
- Metodología: Entrevista con los pacientes para llenar sus datos
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Atender exitosamente a pacientes en clínica

3.3.5. Mayo

- Objetivo: Entrevista con pacientes y abordar casos en el lugar de práctica.
- Actividad: Abordaje de casos, elaboración de historias clínicas, discusión de casos y uso de documentos de registro.
- Metodología: Entrevista con pacientes y atención de casos.
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Atención y abordaje de casos en clínica.

3.3.6. Junio

- Objetivo: Aprender a elaborar un registro de evolución de casos, retroalimentación y aplicación de psicoterapias.
- Actividad: Registro de evolución de casos, diagnóstico y tratamiento, actividades que requiera el centro de práctica, retroalimentación de las formas psicoterapéuticas.

- Metodología: Atender casos, clase de retroalimentación.
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Atención y abordaje de casos en clínica a través de psicoterapia.

3.3.7. Julio

- Objetivo: Aplicación de psicoterapias, actividades que requeridas por el centro de práctica.
- Actividad: Presentación y discusión de casos, actividades requeridas por el centro de práctica, registro de evolución de casos, diagnóstico y tratamiento, retroalimentación de las formas psicoterapéuticas.
- Metodología: Atender casos, clase de retroalimentación y discusión de casos en clase.
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Atención y abordaje de casos en clínica a través de psicoterapia.

3.3.8. Agosto

- Objetivo: Aplicación de psicoterapias y terminar con informes de casos atendidos.
- Actividad: Presentación y discusión de casos, registro de evolución de casos, diagnóstico y tratamiento, retroalimentación de las formas psicoterapéuticas, preparación de informe final de casos, presentación del proyecto de salud mental.
- Metodología: Atender casos, clase de retroalimentación y discusión de casos en clase.
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Atención y abordaje de casos en clínica a través de psicoterapia.

3.3.9. Septiembre

- Objetivo: Aplicación de psicoterapias y terminar con informes de casos atendidos.
- Actividad: Presentación y discusión de casos, registro de evolución de casos, diagnóstico y tratamiento, trabajo de campo en área de riesgo, capacitación de grupos en conflictos, primera revisión del informe final
- Metodología: Atender casos, clase de retroalimentación, realizar las capacitaciones entregar el informe para revisión y discusión de casos en clase.
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Atención y abordaje de casos en clínica a través de psicoterapia.

3.3.10. Octubre y noviembre

- Objetivo: Cierre de casos, entrega del informe final de práctica profesional dirigida finalización de informes de casos atendidos.
- Actividad: Realizar proyecto de salud mental, hacer el informe del proyecto de salud mental, segunda revisión del informe final, tercera revisión informe final, entrega del informe final de práctica y examen final
- Metodología: Cierre de casos, realización de proyecto de salud mental, entrega del informe para revisión, informe de salud mental, entregar el informe final
- Recursos/Instrumentos: Hojas de entrevistas, recursos humanos, libros, internet y hojas de trabajo.
- Logros/Resultados esperados: Finalización exitosa de casos atendidos a través de psicoterapia y haber culminado la práctica profesional dirigida.

3.4. Programa de atención de casos

Introducción

El proceso de la práctica profesional dirigida está orientado a dar el conocimiento complementario para la atención de casos de personas con problemas emocionales. A continuación se presenta la planificación utilizada en la cual se encuentra una descripción de los casos atendidos con sus respectivas historias clínicas.

3.4.1. Objetivos

- Dar atención psicológica a pacientes con la necesidad de psicoterapia de forma que el caso llegue a un fin adecuado para el paciente y el terapeuta, esto sería la solución a sus problemas con la orientación profesional del terapeuta.
- Identificación de los factores desencadenantes de los trastornos atendidos.

3.4.2. Actividades

- Entrevistas.
- Aplicación de pruebas proyectivas.
- Tareas en casa como seguimiento de la terapia.
- Proceso de psicoterapia de acuerdo al problema actual.

3.4.3. Cronograma

Fecha	Actividades	Recursos
Mayo	Atención de casos Terapias	Lugar cómodo, papel, hojas de referencia, ficha clínica, hojas de evolución.
Junio	Atención de casos Terapias	Lugar cómodo, papel, hojas de referencia, ficha clínica, hojas de evolución.
Julio	Atención de casos Terapias	Lugar cómodo, papel, hojas de referencia, ficha clínica, hojas de evolución.
Agosto	Atención de casos Terapias	Lugar cómodo, papel, hojas de referencia, ficha clínica, hojas de evolución.
Septiembre	Atención de casos Terapias	Lugar cómodo, papel, hojas de referencia, ficha clínica, hojas de evolución.
Octubre	Atención de casos Terapias	Lugar cómodo, papel, hojas de referencia, ficha clínica, hojas de evolución.

3.5. Programa de capacitaciones

Introducción

El programa de capacitación fue un complemento de aprendizaje para el alumno practicante, cuyo propósito fue estar en mayor contacto con el tipo de población atendida y a la vez ofrecer un beneficio al centro de práctica. A continuación se presenta el programa aplicado.

3.5.1. Objetivos

- Enseñar los conceptos adecuados de autoestima para así fomentar el mejoramiento de esta en los participantes de las actividades.
- Presentar herramientas a los participantes para conocerse así mismos y de esta forma encontrar los puntos a reforzar en sus vidas.
- Que los participantes se encuentren con su parte positiva interna para fortalecer su autoestima.
- Proporcionar a los participantes conocimientos para enfrentar sus conflictos y llevarlos a que ellos decidan ser felices.

3.5.2. Actividades

- Dinámicas.
- Conferencias.
- Talleres.
- Actividades en grupo.
- Hojas de trabajo individuales.

3.5.3. Cronograma de actividades

	Contenido	Objetivo	Duración aproximada
1	Tipos de temperamentos	Conocer las bases de su personalidad, puntos débiles y fuertes.	2 Días
2	Principios y valores	Aprender a diferenciar los valores relativos, los valores absolutos y evaluar de cuales esta llena nuestra vida.	1 Día
3	Buscar en tu interior sin culpar a otros	Encontrar que el único culpable de cómo me siento soy yo, hacerme responsable y dejar de culpar a otros.	2 Días
4	Confianza: construirla día a día	Encontrar la confianza de afrontar los restos de la vida sin sentirse limitado por el miedo a equivocarse.	2 Días
5	Metas: primer paso al éxito	Entender lo importante que es tener metas para ser exitoso en la vida.	1 Día
6	Primero yo y después el resto del mundo	Entender que primero yo tengo que estar bien si quiero ayudar a alguien más.	1 Día
7	Enfrentando miedos	Superar miedos creados por resentimientos no enfrentados.	2 Días
8	La autoestima	La importancia de la autoestima	1 Día

3.6. Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Introducción

En el siguiente cronograma se encuentra las actividades realizadas en el proyecto de salud mental en la aldea el Rejón de Sumpango Sacatepéquez y en el salón municipal del mismo municipio.

2.6.1. Objetivo

Brindar herramientas y motivar a las mujeres y hombres de aldea el Rejón de Sumpango Sacatepéquez y en el salón municipal del mismo, que la mayoría son víctimas de maltrato o abuso.

2.6.2. Cronograma de actividades

Fecha	Horario	Actividades	Lugar	Recursos
21/10/08	Por la mañana	Dinámica, Charla(autoestima), atención de casos,	Aldea Rejón Sumpango Sacatepéquez	Carteles
21/10/08	Por la tarde	Dinámica, Charla(autoestima), atención de casos,	Salón municipal de Sumpango	Cañonera
22/10/08	Por la mañana	Dinámica, Charla (codependencia y maltrato o abuso) , atención de casos,	Aldea Rejón Sumpango Sacatepéquez	Carteles
22/10/08	Por la tarde	Dinámica, Charla (coodependencia y maltrato o abuso), atención de casos.	Salón municipal de Sumpango Sacatepéquez	Cañonera

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En esta sección se hace una evaluación de los resultados obtenidos en el transcurso de la práctica profesional dirigida, haciendo especial énfasis en el análisis de los mismos para de esta manera conocer las limitaciones y los logros, incluyendo una muestra de los casos atendidos y de los talleres dados. Así también se presentan algunas gráficas para visualizar mejor dichos resultados.

4.1. Programa de atención de casos

4.1.1. Logros

- Atención inmediata psicoterapéutica a más de 70 personas, que no tenían acceso ni conocimiento de lo que es una terapia psicológica.
- Sensibilizar a la población en cuanto a la necesidad, aplicación y efectividad de la terapia psicológica.
- Terapia grupal de temas como la autoestima y el autoconocimiento a estudiantes de medicina.

4.1.2. Limitaciones

- Poca información de las personas en relación a la función del psicólogo y la psicoterapia.
- Poco deseo de los pacientes por ser atendidos en psicoterapia.
- Horario de atención de la Clínica Familiar del Trébol.

4.1.3. Conclusiones

- Existe en la población guatemalteca la necesidad de atención psicológica pero, por falta de información y por desconocimiento de la psicología existe cierto rechazo a todo lo relacionado con la psicoterapia.
- A través del proceso de práctica se vuelve más evidente el efecto que tiene la mente sobre el estado total del cuerpo humano y a su vez la necesidad de cuidar y atender a la mente de la misma forma que cuidamos nuestro cuerpo.

4.1.4. Recomendaciones

- Implementación de atención psicológica en todas las clínicas del estado como parte de importante y necesaria de la atención primaria en el área de salud.
- Darle mayor énfasis a la atención multidisciplinaria en función de una atención médica completa y más efectiva para el paciente.
- Proveer a la población en general más información de lo que es la psicología y sus aplicaciones como el campo de acción.

4.1.5. Muestra de cuatro casos atendidos

4.1.5.1. Caso 1

4.1.5.1.1. Datos generales

- Nombre: I. S. I. Z. de R.
- Edad: 48
- Estado civil: casada
- Nombre de los padres: A. Z. de I., M. R. I. A.
- Número de hermanos: son seis todos vivos, ella es la mayor

- Dirección: 23av, 2- 12 zona 3.
- Hijos: un hijo

4.1.5.1.2. Antecedentes familiares

Relata que todos se llevaban bien, el papa trabajaba no dejaba que la mama trabajara que solo los cuidara a ellos, el trabajaba mucho, ella dice que no recibió malos tratos, que no le pegaba de una forma brutal, a veces la corregía la madre, relata que la madre les decía a sus hermanas mayores que si no se comportaban le diría a su padre, con sus hermanas son bastantes unidas, de pequeños sus padres se fueron a los estados unidos, relata que ella trabajaba desde los quince años, se fueron por siete u ocho años, relata que no les mandaba ayuda, su hermano el que le sigue ya se había casado, solo se llevaron a los pequeños, ella no estuvo de acuerdo con irse, ellos se fueron de cinco y otro de siete , cuando regresaron siguieron estudiando, sus hermanas ya estaban graduadas cuando regresaron, pagaron la hipoteca cuando se fueron hipotecaron la casa para poder hacerlo, relata que cuando se fue su papa al principio se fue solo, y al pequeño le afecto demasiado, entonces se le llevo al psicólogo y lo mandaron a llamar el vino y cuando regreso se llevo a los llevo decidieron que sus hermanas se quedaran según relata (el relato es algo confuso)

4.1.5.1.3. Antecedentes médicos

Relata que tuvo paperas sarampión rubeola, tuvo de pequeña, en general su salud fue buena de pequeña, tuvo a veces retrasos menstruales, después de su parto le quedo un principio de cáncer que se lo diagnosticaron, el cáncer estaba en su matriz, por lo que le hicieron histerectomía, se dio cuenta que no quedaba embarazada así que después de biopsia se dieron cuenta del nacer y por eso no tuvo mas hijos, a parte de eso ha estado tranquila no ha tenido operaciones,

4.1.5.1.4. Historia personal

De adolescente fue tranquila su vida a pesar que trabajaba desde los catorce o quince ayudaba a la casa, su papa se enfermo y tuvo que ayudar todo lo que se podía, casi no tenia novios dos tuvo. Fue dependiente de almacén, el vivía en la colonia (su esposo) a sus hermanas menores les

gustaba jugar básquet ball, su esposo daba clases en un colegio y conocía a una amiga de la hermana, a los años se lo presentaron, y solo de vista lo conocía, una vez se reunieron en el autobús y allí comenzó todo ya sus padres no estaban en Guatemala, se hicieron novios a los ocho meses se hicieron novios, a los siete meses de ser novios se casaron. El quería casarse sin embargo sus padres no vivían en Guatemala, ella les dijo a sus hermanas de vivir con ellos y ellas no accedieron por lo que los padres se regresaron.

Cuando vinieron sus padres tenían un poco de resistencia con el esposo por lo sabían a través de sus hijas, de allí todo se arreglo, ahora dicen que es su yerno preferido.

4.1.5.1.5. Motivo de consulta

Deseo de que sus sobrinas estén en su custodia

4.1.5.1.6. Tests aplicados

Test proyectivos de familia, árbol, figura humana, en los cuales demostró dependencia del cónyuge, al cual le teme en cierta manera, poca autoestima.

4.1.5.1.7. Impresión clínica

Presentación personal: limpia, ordenada, vestuario, pulcro; cuidado de sí misma; con esmero

Vocabulario: congruente, estructurado.

4.1.5.1.8. Observaciones

La paciente observó desde el principio puntualidad en las citas, aduciendo el interés de tener la custodia de sus sobrinas, además del cariño que relata.

4.1.5.1.9. Diagnostico multiaxial

EJE I: Trastorno de Ansiedad

EJE II: Trastorno de Dependencia

EJE III: Enfermedades del Sistema Genitourinario

EJE IV: Problemas relativos al grupo de apoyo primario

Problema relativo al grupo social

EJE V: Escala de Evaluación de la Actividad Global 70 actual

4.1.5.1.10. Tratamiento

Terapia psicoanalítica

4.1.5.1.11. Evolución del proceso

La señora Ingrid asistió a terapia como requisito para optar a la custodia de sus sobrinas, en el transcurso de la terapia se mostro con sentimientos planos hacia la vida de ella y de su familia, teniendo criterios para pensar que tenia cuidado de no manifestar alguna característica que en algún momento fuera a perjudicar el proceso de adopción en el que se encontraba su familia.

4.1.5.2. Caso 2

4.1.5.2.1. Datos generales

- Nombre: L. E. R. D.
- Edad: 54
- Estado civil: casado
- Nombre de los padres: R. A. R., M. A. D.
- Número de hermanos: cinco hermanos de los que sobreviven tres el era el mediano entre ellos segundo

- Dirección: 23av, 2- 12 zona 3.
- Hijos: un hijo

4.1.5.2.2. Antecedentes familiares

Relata que fue tranquila y feliz, nació en un hogar integrado, a la edad de diez años se separaron, su madre no rehízo su vida, el padre convivio con otra señora y tuvo cinco hijos de esta relación, el relata que si tiene comunicación con sus otros hermanos, eran relativamente unidos, se mantenía fuera de casa conviviendo con amigos, sus hermanas eran mas de casa, era amigo de todos los de las colonias y se mantenían barranqueando, fue tranquila, cuando se separaron sus padres se dieron cuenta que la vida no era tan fácil como pensaban .

4.1.5.2.2. Antecedentes médicos

Le dio varicela, sarampión, ahora hace cinco años lo operaron de vesícula biliar, le extrajeron por estar necrótica, cálculos biliares, de allí relata todo es normal

4.1.5.2.4. Historia personal

Cuando se separaron sus padres tuvieron estreches económica, a los diez y seis años comenzó a trabajar, la hermana fallecida de quince trabajaban de dependientes de almacén y el trabajaba de vendedor por catalogo, su madre trabajaba de oficio de costurera, eran vecinos con su esposa, por la hermana pequeña de su esposa la conoció a ella, un mes de conocerse se hicieron novios un mes y luego se casaron, a los nueve meses nació su hijo, relata que los veinticinco años de casados, han sido tranquilos, no se queja dice el paciente, con enfermedades y respectivos problemas.

4.1.5.2.5. Motivo de consulta

Deseo de que sus sobrinas estén en su custodia

4.1.5.2.6. Examen mental del paciente

Conocimiento espacial; normal, vocabulario: ordenado, coherente, estructurado, vestuario; limpio, pulcro

Observaciones: el paciente fue desde el principio puntual en sus citas no faltando a las citas que se asignaron a él y a la esposa

4.1.5.2.6. Tests aplicados

Test proyectivos, familia, árbol, pareja

4.1.5.2.7. Diagnostico multiaxial

EJE I: Trastorno de Ansiedad

EJE II: Trastorno Antisocial

EJE III: Enfermedades Endocrinológicas

EJE IV: Problemas de Apoyo del Grupo de Apoyo

Problemas relativos al Medio Ambiente

EJE V: Escala de Evaluación de la Actividad Global 60 actual

4.1.5.2.8. Tratamiento

Terapia psicoanalítica

4.1.5.2.9. Evolución del proceso

El señor Luis asistió a terapia como requisito a optar a la custodia de sus sobrinas, desde el inicio manifestó su ansiedad por que sus sobrinas estuvieran bien y con respecto a eso se hizo la terapia,

ya que sus mecanismos de defensas se evidenciaron desde el inicio, no exteriorizo ninguna otra preocupación que no fuera esa.

4.1.5.3. Caso 3

4.1.5.3.1. Datos generales

- Nombre: M. C. R. C.
- Edad: 58 años
- Estado civil: soltera
- Nombre de los padres: F. R., I. E. C.
- Número de hermanos: 5 hermanos, la mayor
- Dirección: 5 calle a 17-64 zona 11
- Hijos: cuatro hijos.

4.1.5.3.2. Antecedentes familiares

Relata que conto con un hogar integrado, tuvo mas afinidad con su papá, llegaba a casa y jugaba con ellos, lo que relata es que la mama cocinaba y le daba en trastecitos a ellos los hijos, tuvo buena relación con sus hermanos.

Actualmente todos están casados, y tienen buena relación

4.1.5.3.3. Antecedentes médicos

De pequeña ha sido sana, cuando tenia 45 años se embarazo tuvo un bebe que al año le dio derrame cerebral por una malformación arteriovenosa.

4.1.5.3.4. Historia personal

A la edad de 23 años se caso tiene tres hijas mujeres, el papa de sus hijas le fue infiel, se caso con la persona enviudo el quiso que volvieran, luego conoció al papa de su ultimo hijo, supo que estaba embarazada, se fue, el papa de sus hijas hace cuatro años le dijo de volver, ella dice que no porque no lo ha personado, relata una hecho, en el que le dijo a sus hijas fuera de aquí lagartos, y les dijo así y eso no les gusto, el toma dice también, la mayor de sus hijas vive con su esposo, la mediana vive con ella, es soltera, tiene 30 años la mayor tiene 32, tiene tres varones, la menor vive en los estados unidos juan pablo estudia en colegio santa sofía de jesús esta en apoyo c.

4.1.5.3.5. Motivo de consulta

Vino porque las niñas sus ahijadas, están aquí, y ella esta interesada en ver el bienestar de sus ahijadas, relata que las nenas grandes estaban con el hermano de la mama, ella tenia day care, en ese tiempo ella cuidaba a sus hijas le cuido a la niña desde que tenia quince días, ella cuando necesitaba le dejaba a marina, ella refiere que tiene dos fuentes de trabajo en venta de prestamos y tarjetas, es contadora y auditora, le manda ayuda de los estados unidos.

4.1.5.3.6. Tests aplicados

Proyectivos, de familia, árbol y figura humana, en los cuales resalta una pobre imagen de ella misma, así como frustración.

4.1.5.3.7. Diagnostico multiaxial

EJE I: Trastornos de Inicio de Infancia

Trastornos del Estado de Animo

EJE II: Trastorno de la Personalidad por Evitación

EJE III: Complicaciones de Embarazo

EJE IV: Problemas Relativos al Grupo de Apoyo

Problemas Laborales

EJE V: Escala de Evaluación de la Actividad Global 80 actual

4.1.5.3.8. Tratamiento

Terapia psicoanalítica

4.1.5.3.9. Evolución del proceso

La señora maría concepción, asistió a la terapia como requisito para optar a la custodia de sus ahijadas. Al contrario de los otros interesados en la custodia de las niñas, la señora maría no asistió regularmente a las citas, mostro ausentismo y las veces que asistía a la terapia, lo hacia en compañía de su hijo el cual debía ser atendido en todo momento.

4.1.5.3.1. Observaciones

Dentro de las observaciones se sugiere que la señora maría asista a ayuda psicológica ya que por tener mas miembros de familia será más difícil convivir con tres niñas en su casa, tendrá más estrés y debe aprender a manejarlo.

4.1.5.4. Caso 4

4.1.5.4.1. Datos generales

- Nombre: M. R. S.
- Edad: 43
- Estado civil: soltera
- Nombre de los padres:
- Número de hermanos: nueve ella ocupa el lugar cuarto
- Dirección: 2 av. A 2-60 zona 3
- Hijos: cinco hijos

4.1.5.4.2. Antecedentes familiares

En su hogar nuclear, creció feliz refiere, ella se dedicaba a pastorear y eso le agradaba mucho refiere la paciente, jugaba con sus hermanos y se encargaba de ellos eso no le ocasionaba problema refiere la paciente.

4.1.5.4.3. Antecedentes médicos

No refiere

4.1.5.4.4. Historia personal

Ella relata que en la etapa de adolescencia ella conoció a su esposo, fueron novios el fue su primer novio relata, luego de ser novios se casaron y procrearon a cinco hijos, el laboraba como policía, luego de un tiempo el empezó a ingerir alcohol, aparentemente sin ingerir alimentos durante un mes y después de esto el falleció.

Ella se quedo a cargo de sus hijos, viajo a la capital y consiguió trabajo de domestica trabajo el cual aun mantiene con la familia con la que comenzó

4.1.5.4.5. Motivo de consulta

Quiere iniciar la relación terapéutica para poder llevarse a su hija y su nieto a casa

4.1.5.4.6. Examen mental

La señora María Rosa se presenta a la consulta, su vestuario es prolijo , en su arreglo personal tiene cuidado y limpieza en general, durante su primera cita se mostro accesible, diáfana, colaborando en todo tiempo relatando su versión de lo sucedido con su hija y el pariente de esta que fue la persona que abuso de ella.

Su lenguaje es fluido expresa en orden sus ideas, denota tristeza, su estado de animo es bajo, capacidad insight bajo cuando relata su historia.

4.1.5.4.7. Tests aplicados

Test proyectivos pareja, familia árbol, donde manifiesta inestabilidad emocional, baja autoestima y necesidad de aceptación.

Diagnostico multiaxial

EJE I: Trastorno de Ansiedad

EJE II: Trastorno de Personalidad por Evitación

EJE III: No diagnosticado por falta de información

EJE IV: Problemas Relativos la familia

Problemas Económicos

EJE V: Escala de Evaluación de la Actividad Global 51 actualmente

4.1.5.4.8. Tratamiento

Terapia cognitiva conductual, terapia gestalt.

4.1.5.4.1. Evolución del proceso

En las dos terapias a las que asistió la paciente se pudo lograr poco, en la primera ella tuvo catarsis por la problemática que vive con su hija y en la otra venia muy ansiosa por la visita que había tenido con la hija y lo que esta le había respondido, se trato de tranquilizarla explicándole la filosofía y normas de Casa Alianza.

4.1.5.4.1. Recomendaciones

Que la paciente siga en terapia psicológica, ya que necesita superar traumas familiares y asumir responsabilidades con respecto a su hija.

4.2. Programa de capacitaciones

- Capacitación a médicos y estudiantes de medicina.
- Capacitación sobre la autoestima a personal docente.

4.2.1. Logros

- Capacitar a médicos y estudiantes de medicina sobre la terapia y la necesidad de ser ejercida por parte de un profesional en el área de psicología.
- Dar a conocer los beneficios médicos que se pueden obtener al realizar un trabajo multidisciplinarios entre el médico y el psicólogo en la atención de pacientes.
- Capacitar a maestros sobre la importancia de conocer la autoestima y los efectos que esta puede tener en la vida de ellos y de los estudiantes.
- Proveer de ideas prácticas para elevar la autoestima en los estudiantes.
- Capacitar a un grupo de mujeres con poco acceso a información a cerca de la autoestima, maltrato y co-dependencia.

4.2.2. Limitaciones

- En dos de los lugares no habían materiales audiovisuales y se hizo necesaria la improvisación.
- El acceso para llegar al lugar fue difícil, lejos y peligroso.
- En donde fue la charla con mujeres era al aire libre y al estar en espacio abierto había que gritar para que todas escucharan bien.

4.2.3. Conclusiones

- La población guatemalteca necesita de charlas y de conferencias de auto-ayuda ya que lo muestran en la apertura a las charlas que fueron dadas.
- La labor de ir y encontrarse con gente que no tiene acceso a un psicólogo, por el lugar o las costumbres de donde vive nos hace más claro que estas personas necesitan de ayuda

psicológica ya que siguen siendo seres humanos y no acuden a un psicólogo porque no saben cual es la función de este ni en que los puede ayudar.

- Al estar en contacto con médicos y compartir experiencias con ellos se hace más visible lo importante que es atender multidisciplinariamente a un paciente y la importancia de tener comunicación con médicos y más con los médicos de nuestros pacientes.
- La autoestima se forma desde la gestación, durante el período prenatal y en los años que siguen el nacimiento del niño, quien aprenderá, de acuerdo con lo que perciba en su entorno, si es apto para lograr objetivos y ser feliz, o si debe resignarse a ser común; uno más en una sociedad en la que vivirá posiblemente resentido, ansioso y funcionando muy por debajo de su verdadera capacidad. Los niveles de salud, éxito económico y calidad de relaciones, están frecuentemente relacionadas con una Autoestima fuerte. El desequilibrio, el caos en estas áreas, se puede vincular a una baja, débil o escasamente desarrollada autoestima.
- La autoestima es un recurso psicológico que permite que las personas se orienten hacia el bienestar y no hacia la autodestrucción. Sin embargo de manera automática y poco consciente, acostumbramos desarrollar comportamientos que afectan y reducen de manera significativa nuestra calidad de vida.
- Envidiar, criticar, maltratar, celar, quejarse, negarse a aceptar las cosas como son, evitar los cambios necesarios, trabajar compulsivamente, fumar o beber en exceso y actuar tímidamente o con apatía, entre otras conductas frecuentes, revelan desamor por uno mismo, pérdida del equilibrio de la mente y del cuerpo y, por consiguiente, la urgente necesidad de restablecer la Autoestima, que es la pieza clave para todo tipo de relación en nuestras vidas: paternal, amorosa, de trabajo o simplemente.

4.2.4. Recomendaciones

- Crear planes permanentes de capacitaciones con fundaciones, municipalidades e instituciones para dar a conocer cuáles son las labores del psicólogo y la función que este desempeña en los ámbitos de la vida como lo son en los estudios, en el trabajo, en la pareja como en la vida diaria y como el psicólogo puede contribuir en el desarrollo de las mismas.

- Estimular en profesionales de la psicología la generación de relaciones profesionales con médicos, psiquiatras y neurólogos.
- Crear lazos con escuelas y colegios, para brindar apoyo y soporte profesional en las áreas de psicoterapia y de capacitación profesional.

4.2.5. Presentación del contenido de las charlas y talleres dados

4.2.5.1. Taller 1: Los cuatro temperamentos básicos

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

4.2.5.1.1. Sanguíneo

El sanguíneo es una persona cálida, vivaz, alegre, que da gusto. Por naturaleza es receptivo y las impresiones externas se abren camino fácilmente en su corazón donde prestamente provoca una respuesta atropellada. Para tomar sus decisiones predominan más los sentimientos que los pensamientos reflexivos. Es un súper extrovertido. Tiene una capacidad poco común para divertirse y generalmente contagia su espíritu alegre y divertido. Fascina cuando narra cuentos y su naturaleza cálida y entusiasta le hace revivir prácticamente la experiencia que relata.

Nunca le faltan amigos. Su naturaleza ingenua, espontánea, cordial le abre puertas y corazones. Puede sentir genuinamente las alegrías y los pesares de las personas con quien está y tiene la habilidad de hacerle sentir importante como si se tratase de un amigo muy especial- y lo es, mientras tenga sus ojos puestos en él, o mientras sus ojos no se dirijan hacia otra persona con igual intensidad.

El sanguíneo nunca se encuentra perdido por falta de palabras, aun cuando con frecuencia habla sin pensar. Su franca sinceridad, sin embargo, tiene un efecto desarmador sobre muchos de sus interlocutores, de tal modo que los hace responder a su humor. Su modo libre de desenvolverse hace que los de temperamento más tímido lo envidien.

Al sanguíneo le gusta la gente y detesta la soledad. Nunca se siente mejor que cuando está rodeado de amigos donde él es el alma de la fiesta. Tiene un repertorio interminable de cuentos que relata en forma dramática.

Su modo ruidoso, afable, atropellado, lo hacen parecer más seguro de lo que él mismo se siente; pero su energía y su disposición amable lo ayudan a superar sus problemas en la vida. La gente suele disculpa sus debilidades diciendo "Él es así".

Generalmente resultan excelentes vendedores, sintiéndose muy atraídos hacia esa profesión. Suelen además ser excelentes actores, anfitriones, predicadores, locutores, animadores, políticos, etc.

En cuanto a ayudar a otros se refiere, los sanguíneos se destacan en tareas hospitalarias. Los doctores sanguíneos están dotados de una aptitud especial para acercarse al enfermo al cual lo deja siempre de buen ánimo como consecuencia de su trato cautivante. La enfermera sanguínea evidencia igual grado de entusiasmo para ayudar a los enfermos, y su radiante sonrisa cuando entra en la habitación siempre tiene el efecto de levantar el espíritu.

Cualquiera sea la actividad a que se dedique el sanguíneo, siempre conviene que sea una actividad que le proporcione mucho contacto con otras personas.

4.2.5.1.1.1. Debilidades del sanguíneo

Indisciplinado y falto de voluntad. La tendencia a ser indisciplinados y su voluntad débil puede llegar a destruirlo a menos que sepa vencer estas debilidades. Como son altamente emocionales tienden a ser "manoseadores".

La voluntad débil y falta de disciplina hacen que les resulte fácil hacerse deshonestos, falsos y poco dignos de confianza. Tienden a cometer excesos y a aumentar de peso y les resulta sumamente difícil mantener una dieta; en consecuencia es muy normal que un sanguíneo de treinta años de edad pese quince kilos de más y que siga aumentando rápidamente.

Inestabilidad emocional. El sanguíneo no sólo es capaz de llorar por cualquier pretexto, sino que la chispa de ira puede transformarse en furioso infierno instantáneamente. Hay algo consolador en su enojo no guarda rencor. Una vez que ha desatado su furia se olvida de la cuestión. Los demás no, pero él sí. Por eso es que él no tiene úlceras; se las pasa a los demás.

El egotismo. El sanguíneo lucha constantemente por ser el centro de la atención. Para él todo el mundo es un gran escenario y él es el actor principal. Normalmente él mismo es su personaje favorito.

Un hábito muy sutil del sanguíneo es hacer referencia a personalidades (proyección), haciendo hincapié en su relación con la persona.

Inquieto y desorganizado. Los sanguíneos son tremendamente desorganizados y siempre están en movimiento. Raras veces planifican por anticipado; generalmente aceptan las cosas a medida que se le presentan. Son felices buena parte del tiempo porque raramente vuelven la mirada hacia atrás (y en consecuencia no se benefician de los errores pasados), y raras veces miran hacia delante. Donde quiera que viva o trabaje las cosas se encuentran en un desastroso estado de desarreglo. No consigue las herramientas, y las llaves constituyen su ruina- invariablemente se le pierden. Dado su ego, generalmente es exigente para vestirse, pero si sus amigos vieran la habitación donde se vistió pensarían que alguien ha sido víctima de una explosión.

La inseguridad. Aún cuando su personalidad extrovertida lo hace ver como una persona segura de sí misma en realidad es una persona muy insegura.

Generalmente el sanguíneo no teme el daño personal y a menudo se arriesga a realizar desmedidas hazañas de osadía y heroísmo. Sus temores giran en torno más bien del fracaso personal, el rechazo o la desaprobación de los demás.

Conciencia flexible. Ya que el sanguíneo tiene la capacidad de convencer a los demás, con lo cual se granjea la reputación de ser el timador más grande del mundo, no le resulta difícil convencerse de que todo lo que quiere hacer está perfectamente bien. Tiene la tendencia a torcer la verdad o a exagerar. Para el sanguíneo "el fin justifica los medios" y normalmente el fin es el de él. Es por ello que frecuentemente pisotea tranquilamente los derechos de los demás y pocas veces titubea ante la posibilidad de servirse de otros.

4.2.5.1.2. Colérico

El colérico es de un temperamento ardiente, ágil activo, práctico y de voluntad fuerte que se tiene por autosuficiente y muy independiente. Tiende a ser decidido y lleno de opciones, y le resulta fácil tomar decisiones por su cuenta, y por cuenta de otros también. Al igual que el sanguíneo, el colérico también es extrovertido, pero es mucho menos intenso.

El colérico se encuentra a gusto con la actividad. Para él la vida es actividad. No necesita que el medio lo estimule; antes bien él estimula al medio que lo rodea con sus ideas, planes, metas y ambiciones inacabables. No se dedica a actividades que no tengan un propósito concreto porque tiene una mentalidad práctica y aguda, capaz de tomar decisiones o de planificar actividades útiles en forma instantánea y acertada. No vacila ante la presión de la opinión ajena, sino que adopta posiciones definidas frente a las cuestiones, y con frecuencia aparece organizando cruzadas contra alguna injusticia social o alguna situación subversiva.

Al colérico no le asustan las adversidades; más aún, éstas tienden a alentarlos. Su tenaz determinación generalmente le hace tener éxito donde otros fracasan porque él sigue empeñado en la tarea cuando otros se desalientan. El colérico es un líder nato, lo que los expertos en administración empresarial llaman un líder natural fuerte.

La naturaleza emocional del colérico es la parte menos desarrollada de su temperamento. No siente compasión por otros fácilmente, ni lo demuestra ni lo expresa. Con frecuencia se siente incómodo frente a las lágrimas ajenas, o simplemente le disgustan, y en general es insensible a

sus necesidades. Demuestra poco aprecio por la música y el arte. Preferentemente busca los valores utilitarios y productivos de la vida.

El colérico reconoce rápidamente las oportunidades y con igual rapidez descubre la mejor forma de sacarle provecho. Tiene una mente bien organizada, aunque suelen aburrirlo los detalles. Como no es muy dado al análisis, sino más bien a una estimación rápida, casi intuitiva, tiende a poner la mira en la meta que quiere alcanzar sin tener en cuenta las posibles trampas y escollos en el camino. Tiende a ser dominante y autoritario y usa a la gente sin vacilación a fin de lograr sus fines. A menudo se le considera oportunista.

Toda profesión que requiera liderazgo, motivación y productividad es adecuada para el colérico, siempre que no le exija demasiada atención en cuestiones de detalles y planificación analítica. Generalmente le gustan las tareas de construcción porque es una actividad muy productiva y es frecuente que el colérico termine siendo capataz o supervisor.

El colérico es desarrollista por naturaleza sueña con construcciones y maquinarias abriendo caminos.

La mayoría de los financistas son coléricos. Formulan sus ideas y tienen ese espíritu de aventura que los lleva a lanzarse en direcciones nuevas. No se limitan tampoco a sus propias ideas; a veces oyen hablar de alguna idea progresista y ellos la toman como bandera. Sin embargo, una vez que el colérico ha iniciado un nuevo negocio, no es difícil que se aburra muy pronto a pesar del éxito, por dos razones: cuando el negocio crece bajo su dinámica dirección necesariamente surgen muchas cuestiones de detalle. Pero como los coléricos son malos delegando responsabilidad terminan haciéndolo todo ellos mismos. Cuando descubre que está tan ocupado que le faltan manos para hacerlo todo, opta por buscar a alguien que le compre el negocio. Es pues común, que un colérico inicie entre cuatro y diez negocios en el curso de su vida.

El colérico no es un perfeccionista sino un productor. Prefiere hacer veinte cosas con un setenta u ochenta por ciento de perfección a hacer unas pocas con un cien por cien.

El colérico tiende a desenvolverse muy bien en el comercio, en la enseñanza de asignaturas prácticas, en la política, en funciones militares, en los deportes. Por otra parte, raramente encontraremos un cirujano, un dentista, un filósofo, un inventor, un matemático o un relojero colérico. Normalmente es tan optimista que rara vez fracasa- excepto en su propia casa.

4.2.5.1.2.1. Debilidades del colérico

El enojo y la hostilidad. El colérico es extremadamente hostil. Algunos aprenden a controlar su ira, pero una erupción de violencia es siempre una posibilidad en ellos. No les lleva mucho tiempo comprobar que los demás generalmente se asustan de sus estallidos de enojo y de que por lo tanto pueden valerse de su ira como un arma para conseguir lo que quieren- y generalmente lo que quieren es salirse con la suya.

El enojo de los coléricos es enteramente diferente a la de los sanguíneos. La explosión del colérico no es tan fuerte como las del sanguíneo ya que es menos extrovertido, pero puede ser mucho más peligrosa. El colérico puede herir a los demás con toda intención y gozarse de haberlo hecho. La esposa del colérico generalmente le tiene miedo, y éste tiende a aterrorizar a los hijos. El colérico da portazos, golpea la mesa con el puño, usa la bocina del automóvil sin discreción. Cualquier persona o cosa que se le cruce en su camino, que retarde su progreso, o que deje de funcionar en la medida de sus expectativas, no tardará en experimentar la erupción de su cólera. Y a diferencia del sanguíneo, al colérico no se le pasa el enojo fácilmente, sino que por el contrario puede arrastrar su encono durante un tiempo increíblemente largo. Tal vez sea ésta la razón de que a los cuarenta años de edad ande con úlceras estomacales.

Cruel cortante y sarcástico. Nadie pronuncia con su boca comentarios más ácidos que el colérico sarcástico, el cual está preparado con un comentario cortante que es capaz de aniquilar a los que se sienten inseguros y demoler a los menos combativos. Raras veces titubea cuando quiere cantarle las cosas claras a alguien o hacerlo papilla. En consecuencia, va dejando un reguero de casos psíquicos y de personas heridas por donde pasa.

Frío y sin afecto. De todos los temperamentos el colérico es el que evidencia menos afecto y se neutraliza ante la idea de hacer alguna demostración pública de afecto; su rigidez emocional rara vez le permite derramar lágrimas.

Insensible y desconsiderado. Similar a su natural falta de amor es la tendencia del colérico a ser insensible a las necesidades de los demás y desconsiderado acerca de sus sentimientos.

Porfiado y terco. La firmeza y la decisión natural del colérico es una característica temperamental que puede ayudarlo en el curso de su vida, pero también puede convertirlo en un hombre porfiado y terco. Como tiene un sentido intuitivo generalmente toma resoluciones rápidamente (sin consideración y análisis adecuados), y una vez que ha tomado una decisión es prácticamente imposible que cambie de parecer. El colérico se muestra neutral en muy pocas cosas y terco en todo.

Astuto y dominador. Una de las características del colérico es su inclinación a proceder con astucia a fin de lograr lo que quiere. Raras veces acepta un no como respuesta y con frecuencia recurre a cualquier medio necesario para alcanzar su meta. Si tiene que adulterar las cifras y torcer la verdad, raras veces vacila, porque para él el fin justifica los medios. Cuando necesita un favor, puede transformarse casi en un sanguíneo en su capacidad persuasiva, pero en el momento que se le da lo que busca, se olvida de que te conoció.

4.2.5.1.3. Melancólico

El melancólico tiene el temperamento más rico de todos. Es un tipo analítico, talentoso, perfeccionista, abnegado, con una naturaleza emocional muy sensible. Nadie disfruta más del arte que el melancólico. Por naturaleza tiende a ser introvertido, pero como predominan sus sentimientos, lo caracterizan una serie de disposiciones de ánimo. A veces lo elevan a las alturas del éxtasis que lo llevan a obrar en forma más extrovertida. Sin embargo, en otros momentos está triste y deprimido, y en esos momentos se vuelve escurridizo y puede incluso, volverse antagónico.

El melancólico es un amigo muy fiel, pero a diferencia del sanguíneo no hace amistad con facilidad. Pocas veces se esfuerza por conocer a la gente; más bien se limita a esperar que acudan a él. Quizás sea el de temperamento más confiable, por cuanto sus tendencias perfeccionistas no le permiten hacerse a un lado o abandonar a otros cuando cuentan con él. Su reticencia natural a tomarla delantera no es indicación de que no le guste la gente. Como a todos, no sólo le gusta la gente sino que tiene un gran deseo de ser aceptado por ellos. Las experiencias desalentadoras lo llevan a rehusar a la gente por lo que parecen; por ello tiende a sospechar cuando lo buscan o le hacen atenciones.

Su excepcional capacidad analítica lo impulsa a diagnosticar acertadamente los obstáculos y los peligros de cualquier proyecto en el que participa. Esto contrasta marcadamente con el colérico, que pocas veces ve los problemas o dificultades, pero que confía en que va a poder resolver cualquier crisis que se le presente. Estas características a menudo hacen que el melancólico no quiera iniciar algún nuevo proyecto o que se vea en conflicto con los que quieran iniciarlo. Cuando una persona ve los obstáculos en lugar de los recursos o metas, es fácil que se descorazone antes de empezar. Dicho de otra manera el melancólico es un pesimista nato.

El melancólico suele descubrir su mayor sentido de la vida entregándose al sacrificio personal. Con frecuencia elige una vocación difícil, que requiera mucho sacrificio personal. Pero una vez que ha elegido, tiende a ser sumamente metódico y persistente en el cumplimiento de la misma, y es más que probable que realice grandes cosas si su tendencia natural a quejarse del sacrificio que significa no lo deprime hasta el punto de hacerlo abandonar totalmente.

Toda vocación que requiera perfección, abnegación y creatividad es adecuada para el melancólico. La mayoría de los grandes compositores, artistas, músicos, inventores, filósofos, teóricos, teólogos, científicos y dedicados educadores del mundo han sido predominantemente melancólicos. La capacidad analítica necesaria para proyectar edificios, concebir proyectos requiere el temperamento de un melancólico. Pero también pueden ser artesanos de primera: carpinteros, albañiles, plomeros, horticultores, científicos, abogados, escritores, mecánicos, ingenieros. Pueden ser miembros de toda profesión que proporciona un servicio con sentido humanitario.

4.2.5.1.3.1. Debilidades del melancólico

Negativo, pesimista y crítico. Las admirables cualidades del perfeccionismo y la escrupulosidad conllevan con frecuencia la seria desventaja del negativismo, el pesimismo y de un espíritu de crítica. Normalmente, la primera reacción de un melancólico ante cualquier cosa va a ser negativa o pesimista. Éste sólo rasgo limita la actuación vocacional del melancólico más que ningún otro. Apenas se le presenta una nueva idea o un proyecto nuevo su habilidad analítica se enciende y comienza a imaginar toda clase de problemas y dificultades que en su opinión podrían surgir al poner el proyecto en práctica. Para la industria esto es una ventaja, porque mediante este rasgo el melancólico puede anticipar los problemas y prepararse para ellos. Pero para él mismo es una desventaja porque le impide largarse por su cuenta y sacar ventaja de su creatividad. Es raro que una persona predominantemente melancólica inicie un nuevo negocio o proyecto por su cuenta; en cambio es fácil que sea utilizado por personas menos dotadas pero de temperamento más emprendedor. El melancólico es capaz de experimentar el "arrepentimiento del comprador" antes de comprar la mercancía, y no como los otros que la experimentan tiempo después.

Los melancólicos deben luchar constantemente contra su espíritu de crítica que proyectan hacia los que lo rodean como hacia sí mismo, razón por la cual suele sentirse sumamente disconforme consigo mismo.

Egocéntrico, susceptible, y quisquilloso. El melancólico es más egocéntrico que cualquier otro temperamento, pues todo lo interpreta en relación consigo mismo. Si, por ejemplo, se anuncia en su trabajo alguna nueva disposición, inmediatamente reacciona alarmado pensando que es a él al que quieren agarrar. Tiende además a compararse con los otros en apariencia exterior, en talento, en intelecto, sintiéndose invariablemente deficiente porque jamás se le ocurre que se compara con los mejores rasgos del otro y hace a un lado sus puntos débiles.

Este rasgo de egocentrismo, juntamente con su carácter sensible, hace que el melancólico sea muy susceptible y quisquilloso por momentos. Se puede ofender aun melancólico con solo mirarlo.

Vengativo y propenso a sentirse perseguido. El talentoso cerebro del melancólico puede ser terreno fértil para conceptos creativos y positivos, o la fuente de pensamientos perjudiciales. Aun cuando no es tan expresivo como el sanguíneo o el colérico en su enojo, es perfectamente capaz de alentar un rencor de ebullición lenta y de larga duración que se manifiesta en pensamientos vengativos y en meditaciones de auto persecución. Si se alienta esto por un tiempo suficiente el resultado puede ser el que se transforme en un maniático depresivo o por lo menos que explote de ira, de un modo que resulta enteramente distinto de su naturaleza normalmente suave.

Las líneas negativas de pensamiento hacen que el melancólico tome decisiones poco realistas. El noventa y cinco por ciento de las veces su línea de pensamiento vengativa y opresiva saca el problema fuera de toda perspectiva.

Temperamental, depresivo, antisocial. Una de las características más prominentes del melancólico se refiere a los vaivenes de ánimo. En algunas ocasiones se siente transportado a tales alturas que obra como si fuese un sanguíneo y en otras, se siente tan deprimido que quisiera deslizarse por debajo de las puertas. A medida que aumenta en años aumentan los momentos de insatisfacción, amargura y depresión, a menos que haya aprendido a auto controlarse.

Legalista y rígido. Ningún temperamento es tan susceptible a ser rígido, implacable e intransigente, hasta el punto de ser totalmente irrazonable, como el melancólico.

Es el mártir natural de su causa. Es incapaz de falsear la información en los formularios de impuestos o cualquier otro. Es intolerante e impaciente con los que no ven las cosas como las ve él; en consecuencia le resulta difícil formar parte de un equipo y con frecuencia se desenvuelve sólo en el mundo comercial.

Impráctico y teórico. El melancólico es un idealista por lo que a veces tiende a ser impráctico y muy teórico por lo que le convendría someter siempre sus proyectos a la prueba de la viabilidad y le conviene asociarse con personas de otro temperamento que se complementen.

4.2.5.1.4. Flemático

El flemático es un individuo tranquilo, sereno, que nunca se alarma y casi nunca se enoja. Sin duda alguna es la persona con la cual es más fácil llevarse y es, por naturaleza, el más simpático de los temperamentos. Para él la vida es una alegre y agradable experiencia, sin emoción, en la que evita comprometerse todo lo posible. Es tan tranquilo y sereno que parece no agitarse nunca, cualesquiera que sean las circunstancias que lo rodean. Es el único tipo temperamental que es invariablemente consecuente. Bajo su personalidad tranquila el flemático experimenta más emociones de las que aparecen en la superficie, y tiene capacidad para apreciar las bellas artes y las cosas buenas de la vida.

Al flemático no le faltan amigos porque le gustan las personas y tiene un sentido del humor natural y satírico. Es del tipo de persona que puede hacer que los demás se maten de la risa mientras él permanece imperturbable. Posee una capacidad especial para descubrir el lado humorístico de los demás, y de las cosas que hacen los demás, y tiene una actitud siempre positiva hacia la vida. Tiene buena retentiva y puede ser un buen imitador. Una de sus grandes fuentes de diversión consiste en provocar a los demás o en burlarse de los otros tipos temperamentales.

El flemático tiende a ser más bien espectador, y procura no comprometerse mucho con las actividades de los demás. Más aún, cuesta mucho lograr que tome parte en alguna actividad que no sea su rutina diaria. En general el flemático es de buen corazón y compasivo, pero raras veces deja traslucir sus verdaderos sentimientos. Sin embargo, toda vez que su interés ha sido despertado, y resuelve poner manos a la obra, sus capacidades de cualidad y eficiencia se ponen de manifiesto. No se ofrece voluntariamente para ocupar la posición de líder, pero, cuando se ve obligado a ocuparla, da muestras de ser un líder sumamente capaz. Ejerce una influencia conciliadora sobre otros y es un planificador nato.

El flemático es un maestro en todo aquello que requiera de una paciencia meticulosa y la presencia de la rutina diaria.

La mayoría de los maestros de la escuela primaria son flemáticos. Esto se aplica también al nivel secundario y superior, donde tienen preferencia por las matemáticas, la física, la gramática, la literatura, etc. Otro campo que apela al flemático es la ingeniería. Le atraen los planos y los cálculos, es bueno como ingeniero civil tanto en estructuras como en sanitaria, ingeniero químico, ingeniero mecánico, dibujante, estadística, etc. Tienen además excelentes aptitudes artesanales, por lo que suelen ser buenos mecánicos, torneros, carpinteros, electricistas, relojeros, especialistas en cámaras fotográficas y otros instrumentos de precisión. Suelen también ser excelentes capataces, supervisores o dirigentes de personal pues son diplomáticos y no provocan roces.

El flemático es organizado, jamás concurre a una reunión desprevenido o tarde, tiende a trabajar bien bajo presión y es extremadamente confiable. Es frecuente que el flemático conserve el mismo trabajo toda la vida.

Como tiende a luchar con el problema de la inseguridad personal, el flemático puede preferir ocupaciones con beneficios de jubilación u otras seguridades. Por ello lo atraen los cargos en la administración pública, en las fuerzas armadas, en funciones de gobierno y otras semejantes. Es raro que el flemático inicie alguna actividad comercial por su cuenta, aún cuando está capacitado para ello.

4.2.5.1.4.1. Debilidades del flemático

Sin interés, lento y ocioso. La debilidad más evidente del flemático es su aparente falta de empuje o de ambición. Si bien pareciera que siempre hace lo que se espera de él, raras veces hace más de lo necesario. Hace pensaren que tiene un metabolismo bajo, o lento, y con frecuencia se queda dormido en el momento que se sienta. Raramente propicia alguna actividad, y en cambio busca excusas para evitar tener que comprometerse en las actividades de los demás. Incluso su ritmo tiende a disminuir con el paso de los años. El flemático generalmente se levanta temprano, se va a su trabajo o actividad diaria de buen humor, y habiendo cumplido un horario corrido, regresa "completamente agotado". Con frecuencia duerme una larga siesta, tras lo cual se sienta frente al televisor (que maneja a control remoto), y en el curso de la tarde se duerme y se despierta según

los programas. Por último, después de las noticias de la noche, su mujer lo despierta y lo ayuda a meterse en la cama, donde se duerme profundamente hasta la mañana siguiente. Y esto todos los días invariablemente.

Autoprotección. A nadie le gustan las heridas, y esto resulta particularmente cierto en el caso del flemático. Si bien no es tan sensible como el melancólico, tiene piel bastante delgada y, por lo tanto, aprende a protegerse a una edad muy temprana. Es bastante frecuente que aprenda a vivir como una tortuga, erigiendo un duro caparazón protector que lo escude de todo dolor o afrenta externos.

Mezquino y avariento. Esta es una característica de las que solo pueden dar fe las personas que viven con un flemático, pues su actitud siempre cortés y correcta para con los demás, hacen que el resto de las personas no se percaten de ella. El flemático cuida cada centavo y actúa como un avaro, excepto cuando se trata de comprar algo para sí mismo. Normalmente es el que da las propinas más pequeñas.

Terco, terco y terco Nadie es más terco que el flemático; pero es tan diplomático, hasta en eso, que a la gente le puede pasar desapercibido. Casi nunca se enfrenta con otra persona, ni se niega a hacer algo, pero de algún modo se las arregla para eludir la responsabilidad. Ante una situación familiar el flemático jamás grita o discute. Se limita a arrastrar los pies o se planta y se niega a moverse.

Indeciso y temeroso. Debajo de la amable superficie del flemático diplomático late un corazón sumamente temeroso. Esta tendencia a temer le impide, con frecuencia, aventurarse por su cuenta para sacar el mayor provecho de sus potencialidades.

Habiendo hecho un recorrido por las características de cada uno de los temperamentos, se pasará en el siguiente capítulo a comentar, tomando algunos casos, cómo influyen ellos en la conducta cotidiana de las personas.

4.2.5.2. Taller 2: Principios y valores

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

En principio, tenemos que saber que los valores de vida no están en las cosas materiales, ni en las normas éticas, sino que están íntimamente ligados a nuestra vida. Desde el momento que tenemos vida se necesita reconocer, rehabilitar y cultivarlos para que gradualmente se manifiesten en nuestra vida externa. Sin embargo, consideramos que el valor de la verdad, es el más importante, y es la fuente de los demás valores, es un valor universal, es importante recurrir a esos valores de vida ya mencionados, y es de inmenso importancia recurrir a los valores relativos por ejemplo: la honestidad, democracia y la convivencia, estos valores relativos no tienen fuerza, si comparamos con los valores de vida que son: la verdad, la justicia, la unidad, la libertad.

Estos valores de vida son los mas valioso que tenemos en nuestra vida, porque cuando empezamos a rehabilitarlos y ha cultivarlos, definitivamente cambia nuestra conducta y nuestros comportamientos se hacen mas serios y maduros, por la razón de que comenzamos a actuar con verdad y justicia. Es decir que nos volvemos más leales, justos y buscamos la unidad para vivir en paz y armonía.

4.2.5.2.1. Los valores de vida facilitan una educación altamente moral

Es importante reflexionar que los valores de vida generan conocimientos sólidos, porque sus elementos contienen normas sólidas, incorruptibles, y permanentes, porque están basados en el valor más importante que es la verdad. Por ejemplo, la verdad que es el valor superior, nos hace personas más veraces, leales y fieles a nuestro servicio, normas que son elementales para llevar una vida altamente moral. Así mismo el valor de la justicia, nos hace ser justos y equitativos en nuestros actos, que nos sirven para gobernar mejor nuestra vida, familia, institución e inclusive en el gobierno central, así tendremos mejores líderes en la sociedad.

En suma, los valores de vida ciertamente guardan una educación altamente moral, todo lo que tenemos que hacer es conocer los conceptos de todos los valores ya mencionados y cultivarlos en nuestra vida. Esto nos facilitará tener una educación de calidad.

4.2.5.2.2. Los valores de vida crean mejores oportunidades para tener metas más claras

Esto es absolutamente cierto, porque los valores de vida nos dan a conocer las potencialidades que tienen la vida del ser humano, y si conocemos lo que somos, podremos vislumbrar lo que podemos ser. ¡este es un hecho! Además, los valores ensanchan nuestra conciencia, dan mayor lucidez a nuestros razonamientos e ilumina nuestra vida. De esta manera percibimos mejor el futuro, y nos preparamos para afrontar los retos que se ha de presentar en el futuro. Porque los valores de vida son universales, fundamentales, básicos, incorruptibles, inquebrantables e insustituibles. Hay otros autores que mencionan una cantidad enorme de otros valores, analizándolos estos, son un reflejo de los valores de vida ya mencionados. Por ejemplo, los valores de vida que presenta el ministerio de educación, ellos mencionan como valores el respeto, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la democracia y la convivencia, efectivamente estos valores son un reflejo de los valores universales de vida. Muy prudente sería, manejar mejor los valores de vida que son: la verdad, la justicia, la unidad, la libertad, la paz, la armonía, la vida que los valores del ministerio de educación, que lo consideramos valores relativos por ser un reflejo de los valores universales ya mencionados.

4.2.5.2.3. Los valores de vida promueven cambios e innovación en la educación

La educación de los valores de vida aún no se ha dado como un curso especial, por falta de mayor información sobre sus elementos, pero si hacemos una investigación más profunda acerca de toda su dinámica, haciéndolos mas pertinentes a nuestra realidad, tendríamos muchas razones para convertirlo en un curso especial dentro la currícula de estudios, esto generaría grandes cambios en la educación.

Por esta razón, creemos que los valores de vida innovaran y darán mejores frutos a la educación, cuando se le dé la debida atención, por el gran valor moral e intelectual que guarda los valores. Además, los valores pueden ser ilustrados y detallados de acuerdo al nivel de la educación, es decir, que lo podrían adecuar para el nivel primario, secundario y superior.

4.2.5.3. Taller 3: Buscar en tu interior sin culpar a otros

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

El corazón del hombre es un instrumento musical, contiene una música grandiosa. Dormida, pero está allí, esperando el momento apropiado para ser interpretada, expresada, cantada, danzada. Y es a través del amor que el momento llega. Un hombre sin amor nunca conocerá qué música ha estado llevando dentro de su corazón. Es sólo a través del amor que la música comienza a tomar vida, se despierta y deja de ser un potencial para convertirse en realidad.

- Preguntas: "¿Qué es amor?" Es una profunda necesidad de ser uno con el todo, una profunda necesidad de disolver en una unidad el tú y el yo. El amor es así porque estamos separados de nuestra propia fuente. De esa separación surge el deseo de volver al Todo y de unificarse con El.
- Tu ego se ha convertido en una barrera entre tú y tu tierra: el Todo. El hombre se asfixia, no puede respirar, ha perdido sus raíces. Ya no es alimentado. El amor es un deseo de nutrición; el amor es enraizarse en la existencia.
- El amor en uno mismo es valioso: no tiene ningún propósito, no tiene ningún fin. Tiene una inmensa significación; una gran alegría; un éxtasis en sí mismo, pero estos no son fines. El amor no es un negocio donde importan los propósitos, las metas. Siempre hay una cierta locura en el amor.... El amor no tiene razón alguna. Simplemente puedes decir: "No sé. Todo lo que sé es que amar es experimentar el espacio más hermosos dentro de uno mismo." Pero

eso no es un propósito. Ese espacio no es mental. Ese espacio no puede ser convertido en una comodidad. Este espacio es como un capullo de rosa con una gota de rocío sobre sí brillando como una perla. Y con la primera brisa de la mañana y al sol, el capullo está bailando. El amor es la danza de tu vida.

- Amor es el encuentro, el encuentro orgásmico de la vida y la muerte.... Para alcanzarlo, hay cuatro pasos que deben recordarse. El primero: estar aquí y ahora, porque el amor sólo es posible en el "aquí-ahora". No puedes amar en el pasado. El segundo paso hacia el amor es: aprende a transformar tus venenos en miel... El tercer paso hacia el amor es compartir tus cosas positivas, compartir tu vida, compartir todo lo que tengas. Todo lo bello que tengas, no lo escondas. Y la cuarta: sé la nada. Una vez que comienzas a pensar que eres alguien, te estancas. Entonces el amor no fluye. El amor sólo fluye de alguien que no es nadie. El amor mora sólo en la nada. Cuando estás vacío, hay amor. Cuando estás lleno de ego, el amor desaparece. El amor y el ego no pueden converger. Es muy fácil amar a la gente en lo abstracto, el verdadero problema surge en lo concreto. Y recuérdalo, si no amas a los seres humanos concretos, reales, seres humanos, todo tu amor por los árboles y los pájaros es falso, pura habladuría.
- El amor es una flor muy frágil. Tiene que ser protegido, tiene que ser reforzado, tiene que ser regado; sólo entonces se fortalece.
- Ama como algo natural, tal y como respiras. Y cuando ames a alguien, no empieces a exigir; si no desde el principio mismo estarás cerrando las puertas. No tengas ninguna expectativa. Si algo aparece en tu camino, siente gratitud. Si nada viene, no es necesario que venga, no lo necesitas, no puedes mantener esa expectativa.
- El amor no es un negocio, así que deja de tratarlo como tal. Sino, malogrará tu vida, el amor y todo lo que hay de hermoso en ello, porque todo lo que es bello no es en absoluto negociable. El negocio es la cosa más fea del mundo, un mal necesario. Pero la existencia no sabe acerca de negocios. Los árboles florecen, no es un negocio; las estrellas brillan, no es un negocio y no tienes que pagar por ello y nadie te exige nada. Un pájaro viene y se posa en tu puerta, te canta una canción y no te pide un certificado o algo así. Ha cantado su canción y luego, muy contento se va volando, sin dejar huellas. Así es como el amor crece. Da y no esperes a ver cuánto puedes conseguir.

- Conviértete en un individuo, eso es lo primero. Lo segundo: no esperes perfección, no pidas y no exijas. Ama a la gente común. No hay nada de malo en la gente común. La gente común es extraordinaria ¡Cada ser humano es tan único! Ten respeto por ese ser único. Tercero: da y da sin ninguna condición, y sabrás qué es el amor. No lo puedo definir. Puedo enseñarte la forma en que crece. Te puedo enseñar cómo plantar un rosal, cómo regarlo, cómo fertilizarlo, cómo protegerlo. Luego un día, inesperadamente, aparece la rosa, y tu casa se llena de fragancia. Así es como ocurre el amor.
- La palabra "amor" puede tener dos significados absolutamente diferentes; no sólo diferentes, sino diametralmente opuestos. Un significado, es el amor como relación de pareja; el otro es el amor como un estado del ser. En el momento en que el amor se vuelve una relación de pareja, se convierte en esclavitud, porque hay expectativas, hay exigencias y hay frustraciones, y un esfuerzo de ambos lados para dominar. Se convierte en una lucha por el poder....
- El amor como un estado del ser es una palabra totalmente diferente. Significa que tú simplemente amas; no estás estableciendo una relación de pareja. Tu amor es como la fragancia de una flor. No crea una relación; no te pide que seas de una forma determinada, que te comportes de cierta manera, que actúes de cierta forma. No exige nada. Simplemente comparte. Y en este compartir, tampoco existe el deseo de recibir una recompensa. El mismo compartir es la recompensa. Cuando el amor se convierte para ti en una fragancia, tiene una tremenda belleza y posee algo que está muy por encima de la mal llamada humanidad. Tiene algo de divino.
- Quiero que sepas que el amor llega de improviso. No como una consecuencia de algún esfuerzo de tu parte, sino como un regalo de la naturaleza. En ese momento no lo hubieras aceptado si hubieses estado preocupado porque algún día, de pronto, pudiera terminar. Así como viene se va. Pero no hay necesidad de preocuparse, porque si una flor se ha desvanecido, otras flores llegarán. Las flores siempre seguirán naciendo, pero no te aferres a una flor, de lo contrario, pronto te encontrarás aferrado a una flor muerta. Y esa es la realidad: la gente se aferra a un amor muerto, que alguna vez estuvo vivo.
- Si tienes algo, algo que te proporciona alegría, paz, éxtasis, compártelo. Y recuerda que cuando compartes hay un motivo. No te estoy diciendo que por compartir llegarás al cielo. No

te estoy dando meta alguna. Te estoy diciendo, que con sólo compartir estarás tremendamente satisfecho. En el compartir mismo está la satisfacción, no hay ninguna meta; no está orientado hacia ningún fin. Es un fin en sí mismo.

- Cuando no tienes amor, le pides al otro que te lo dé. Eres un mendigo. Y el otro te está pidiendo que se lo des a él o a ella. Ahora bien, dos mendigos extendiendo sus manos uno al otro y ambos con la esperanza de que el otro lo tenga... Naturalmente ambos se sienten derrotados y ambos se sienten engañados. Esta es la paradoja: aquellos que se enamoran no tienen amor, por eso se enamoran. Y porque no tienen amor, no pueden darlo. Y algo más : una persona inmadura sólo se enamora de otra persona inmadura, porque sólo ellas pueden comprender el lenguaje de la otra. Una persona madura ama a una persona madura. Una persona inmadura ama a una persona inmadura. El problema básico del amor es madurar primero, entonces encontrarás una pareja madura; entonces la gente inmadura no te atraerá para nada. Es sencillamente así.
- Cuando dos personas maduras están enamoradas, ocurre una de las más grandes paradojas de la vida, uno de los fenómenos más bellos: están juntos y sin embargo tremendamente solos; están tan unidos que casi son uno. Pero su unión no destruye su individualidad, de hecho, la realza: se vuelven más individuos. Dos personas maduras enamoradas se ayudan mutuamente a ser más libres.
- Yo te amo. No puedo evitarlo. No es cuestión de que pueda amarte o no, simplemente te amo. Si no estuvieses aquí, este auditorio estaría lleno de mi amor, no habría ninguna diferencia. Estos árboles todavía recibirían mi amor, estos pájaros lo seguirían recibiendo. E incluso si todos los árboles y los pájaros desaparecieran, eso no haría ninguna diferencia: el amor seguiría fluyendo. El amor es, así que el amor fluye.
- Así como la luz rodea a la llama, el amor te rodea. Tú eres amoroso, eres amor. Entonces tiene eternidad. No está dirigido a nadie. Cualquiera que se acerque beberá de él. Cualquiera que se acerque a ti estará encantado con él, enriquecido por él. Un árbol, una roca, una persona, un animal, no importa. Incluso si estás sentado, solo... Buda, solo, sentado bajo su árbol está irradiando amor. El amor está constantemente lloviendo a su alrededor. Eso es eterno y ése es el verdadero anhelo del corazón.

4.2.5.4. Taller 4: Confianza: construirla día a día

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

La auto-confianza puede construirse con ejercicios simples que te permitirán enfrentar la vida con optimismo y seguridad.

- Construcción de la confianza en uno mismo: ¿Qué es?
- ¿Cómo, funciona?
- ¿Cuándo se usan?

4.2.5.4.1. Construcción de la confianza en uno mismo: ¿Qué es?

Cuando te sientes muy falta de confianza en ti misma, la baja autoestima y las dudas sobre tus propias capacidades pueden impactar cada aspecto de tu vida, impidiéndote disfrutar de las cosas buenas y lograr tus objetivos. La buena noticia es que el tener confianza en uno mismo es algo que se puede aprender. De hecho, es como formar un músculo: todo lo que lleva es ejercicio. Cuando practicas regularmente los ejercicios de construcción de la confianza en ti misma como por ejemplo las técnicas de visualización pueden ser un método efectivo de elevar tu autoestima y ganar confianza.

4.2.5.4.2. ¿Cómo funciona?

Muchos de los ejercicios para construir la confianza en ti misma son variaciones del mismo tema: pararte derecha, cerrar los ojos e imaginar un círculo en el cual puedas entrar y dentro del cual te sientas poderosa, capaz de hacer las cosas arriesgadas que no harías normalmente.

Puedes despedirte así de tus pensamientos negativos y tus ansiedades, tomar coraje y entrar en tu círculo mágico. Otros ejercicios incluyen aprender cómo sentir la audiencia y cómo usar técnicas respiratorias y de relajación para controlar la timidez y el miedo.

4.2.5.4.3. ¿Cuándo se usan?

Los problemas más comunes que van de la mano con la falta de confianza en uno mismo son:

- No atreverse a entablar conversación con extraños
- Ansiedad al tener que hablar en público, en una reunión o frente a un grupo de personas
- Echarte para abajo todo el tiempo
- Tener demasiadas dudas con respecto a tus capacidades, decir no puedo en lugar de sí puedo
- Dejar que la gente te menosprecie
- No ser capaz de decir ¡no!

La confianza puedes ganarla con ejercicios simples, que te permitirán enfrentar con nuevas armas situaciones difíciles para ti, cómo hablar delante de una audiencia, discutir con un superior o tomar decisiones sobre tu vida.

4.2.5.5. Taller 5: Metas: primer paso al éxito

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

Las metas son el ingrediente básico para disfrutar de una vida plena de éxitos y excelencia, en todos los niveles.

Si no tienes unas metas bien establecidas, que cada día inyecten ilusión en tus venas y en tu corazón, y que aporten orientación y sentido a tu vida, estás viviendo, lamentablemente, por debajo del 50% de tu potencial.

Y por favor, no te engañes. Si estás viviendo por debajo del 50% de tu "verdadero potencial", estás alimentando una existencia mediocre. Te estás dejando marchitar en silencio y sin saberlo.

Abre los ojos de una vez... ¡despierta, acéptalo y actúa!

No tiene nada de malo aceptar que no estás entregando lo mejor de ti, que no tienes unas metas correctamente definidas, que no tienes claro hacia donde te diriges, que no sabes lo que quieres y en que tipo de persona te quieres convertir... Lo realmente perjudicial y peligroso, es "aparentar" que ya lo sabes, o peor aún, que no necesitas saberlo.

No tienes porque conformarte con "ir tirando". Puedes y debes soñar en grande y conquistar esos sueños.

Lo creas o no, tú mereces cosechar los mismos éxitos económicos, profesionales y personales que la persona más exitosa de tu ciudad, y créeme, son muy pocas las barreras reales que podrían impedírtelo...

Sólo podría existir un obstáculo inmensamente denso y complicado de sortear, que podría impedirte que conquistes cualquier éxito sobresaliente, pero ese obstáculo es imaginario y está en tu mente. Tú eres el primer responsable de despejar tu camino hacia el éxito personal, profesional, económico, etc...

Debes asumir, de una vez por todas, que tu satisfacción o insatisfacción personal, depende sólo de ti..., y no es un secreto, que una de las principales causas de insatisfacción personal se encuentra, precisamente, en la pobre o nula definición de metas y objetivos.

Sinceramente, ¿tienes una idea lo bastante clara de las cosas que deberían suceder, para que tú experimentes un estado de satisfacción contigo mismo?

¿Tienes definida una visión personal a tres años de lo que quieres que pase con tu vida, y algún plan de cómo conseguirlo? ¿tienes bien definidas y estructuradas tus metas para el próximo año, y que éstas mantengan una coherencia con lo que quieres a dos, tres o más años?

Recuerda: no tiene nada de malo reconocer que no tienes definidos estos temas... Lo importante es aceptarlo y actuar.

Además, hoy quiero compartir contigo una guía práctica que te facilitará encontrar respuestas a estas preguntas y te ayudará, paso a paso, a "establecer tus metas", de manera profunda, coherente y efectiva...

De hecho, algunas de las personas que ya han leído esta guía práctica, creen que, debido a la profundidad y coherencia de sus ejercicios, es un material de vital importancia, incluso para aquellas personas que ya tienen escritas sus metas.

Mira lo que dicen algunos de nuestros clientes. Es sólo una representación entre los cientos de clientes satisfechos con su compra.

4.2.5.6. Taller 6: primero yo y después el resto del mundo

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

En ocasiones no somos conscientes de la escasa valoración que tenemos en un área determinada de nuestra vida o incluso en un aspecto de nosotros mismos, ya que puede ser que nunca nos lo hayamos planteado. Para poder mejorar la autoestima es necesario reflexionar sobre la puntuación que una persona tiene en diferentes áreas de la vida y de su persona:

- Aspecto físico
- Relaciones con los demás
- Personalidad
- Cómo le ven los demás
- Rendimiento profesional o académico
- Realización de tareas cotidianas
- Funcionamiento intelectual

Tras haber realizado la descripción de uno mismo, hay que tener en cuenta que cuando se tiene baja la autoestima, tiende a verse más negativamente de lo que es en realidad.

Es importante plantearse: ¿cuál es el área de tu vida a la que debes prestar más atención? y ¿cuál es el área por la que te sientes más satisfecho y por la que deseas mostrar agradecimiento?

También hay que cuestionarse otro ejercicio de reflexión : con respecto a la Salud, Sexo, Dinero, Felicidad, Vejez, Éxito, Amor, Dios, espiritualidad ¿cuáles son las creencias que tenemos en nuestro interior que nos han sido transmitidas y que nos determinan a la hora de tener un buen concepto sobre nosotros mismos?, Por ejemplo: ¿ la opinión que tenía mi madre sobre los hombres cuál era?, ¿ ha influido en mi de alguna manera?

Normalmente, las ideas sobre estos asuntos nos han sido transmitidas de padres a hijos, ya sea de una manera directa, con un mensaje claro, como de una manera indirecta, sin palabras pero con gestos, expresiones o silencios que nos indicaban si era bueno, malo o incómodo. Todas estas informaciones pesan más de lo que creemos en cada uno de nosotros, por eso, es importante que las analicemos, para saber si estamos de acuerdo y si las queremos mantener o cambiar.

4.2.5.7. Taller 7: Enfrentando miedos

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina

El miedo es, sin duda, una emoción universal. Todos hemos vivido en algún momento esa experiencia. Sin embargo es importante aclarar que el miedo no es el problema, el miedo está indicando que existe un problema. Por lo tanto nos está dando la posibilidad de poder resolverlo. Debido a que el miedo afecta nuestro desempeño, es necesario utilizar ciertas estrategias para superarlo:

Entender y/o aceptar el miedo. Se debe tomar la determinación de abordarlo, enfrentarlo y superarlo para impedir que afecte el cuerpo y el estado emocional.

El miedo es una señal, y por lo tanto debemos aprovechar la información que nos brinda. Sin embargo, a veces, no sabemos qué ante un miedo, no sabemos qué carencia señalan, ni cómo

asistirla. Es necesario realizar un aprendizaje a fin de aprovechar la emoción del miedo. Todos disponemos de diferentes recursos para enfrentar los peligros y todos estamos sometidos a la misma ley psicológica: si la amenaza (física o psicológica) supera a los recursos de los que disponemos, surgirá el miedo.

No existe la cobardía o, por el contrario, la valentía. Lo que uno observa simplemente son, personas que disponen de diferentes recursos para enfrentarse a la amenaza que se les presenta. Es importante alcanzar esta comprensión, porque quien es tachado de cobarde, queda injustamente estigmatizado, se daña la valoración de sí mismo y perturba la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás.

No sentir vergüenza por experimentar esa emoción. Puede ocurrir, que si por sentir miedo, uno ha sido rechazado, descalificado, tildado de cobarde, etcétera, poco a poco vaya anestesiando la percepción de su miedo; ya no lo registrará y puede desembocar en el: “¡No tengo miedo!”. Y al no contar con esa señal, arremeterá contra el desafío que tiene adelante sin reconocer qué recursos son necesarios para hacerlo.

“Escuchar el miedo”. A veces escuchamos repetidos consejos: “¡Olvídate del miedo!”, “¡El miedo es mal consejero!”. Mientras nos hallamos en ese contexto funcionamos en lucha con nosotros mismos, cargando sobre nuestros hombros nuestro propio aspecto temeroso, tratando de mantenerlo “dormido” para que moleste lo menos posible. El aspecto miedoso se calma cuando es escuchado con respeto y cuando se siente que lo que dice es realmente tenido en cuenta.

La tendencia a sobredimensionar o magnificar situaciones hace que no se tomen decisiones o no se realicen las acciones requeridas para solucionar determinada situación, ocasionando bloqueo o limitación de la capacidad para discriminar.

Una reacción adecuada es aquella que escucha y respeta el aspecto temeroso, aquella que manifiesta un equilibrio entre la amenaza que enfrentamos y los recursos con que contamos. No siempre basta con tener los recursos, sino que es importante saber que uno los tiene.

Cuando los miedos alcanzan determinada magnitud obstaculizando nuestro desempeño y nuestras tentativas de resolución, no son suficientes. Entonces es cuando se recomienda la consulta con un profesional.

4.2.5.8. Taller 8: La autoestima

Dirigido a:

- Médico
- Estudiantes de medicina
- Catedráticos

La autoestima la podríamos definir como la valoración que hacemos sobre la valía que tenemos y que está basada en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida.

Cuando realizamos algún hecho o actuamos de una manera que creemos que es la correcta, automáticamente el nivel de autoestima aumenta y cuando sentimos que nos hemos comportado de una manera incorrecta, nuestra autoestima se queda dañada. Todo esto nos indica que la persona no nace con un concepto fijo y estático de lo que es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente en función de muchas variables como son: rasgos de personalidad, necesidades psicológicas, educación familiar.....

Según una persona va creciendo, va desarrollando una serie de normas o fórmulas que le ayudan a dar un sentido a sí mismo, al mundo y a lo que le rodea. Éstas fórmulas determinan cómo va a clasificar lo que la persona percibe y observa y con el paso del tiempo y por el aprendizaje, acaba asociando casi automáticamente ciertas situaciones a unas características concretas. Por ejemplo: olor a café, momento de tranquilidad; ya sea porque es la hora del desayuno o de después de comer o de descanso en el trabajo, pero en la mayoría de las ocasiones cuando hemos oído café, hemos tenido a continuación un periodo breve de descanso o tranquilidad. Esta asociación se ha

producido tantas veces, que al final simplemente con mencionar la palabra café ya se asocia un momento de bienestar.

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, existen unas necesidades psicológicas universales en todas las personas, que necesitamos cubrir para tener una buena salud psicológica y que pueden marcar decisivamente las normas por las que clasificamos la información.

Necesidades psicológicas: ¿Cuáles son las necesidades psicológicas por las que nos movemos y que nos impulsan a actuar?

- Necesidad de afecto, necesidad de amar, de ser y sentirse amado y aprobado. Esta necesidad de amor y aprobación que todos tenemos, puede llegar a desvirtuarse tanto que llegue a crear patologías basadas en la necesidad obligada de sentirse apoyado y aprobado por los demás incluso hasta el extremo de mantener relaciones íntimas (y no querer romperlas) dañinas
- Necesidad de tener cierta confianza en sí mismo, es decir, seguridad de sentirse útil, de valer, producir. Si no queda satisfecha puede generar en Adicción al trabajo, por ejemplo. Necesidad de realización personal o de comprender, basada en la seguridad de ir encontrando un sentido a las cosas, al mundo y a uno mismo.

Estas 3 necesidades psicológicas pueden ir cubriéndose desde la infancia, principalmente por las personas que se hacen cargo de esos menores. Pero cuando esto no se produce así, en la edad adulta una persona puede desarrollar trastornos psicológicos, como depresión o ansiedad o trastornos relacionados más concretamente con la necesidad psicológica que no fue cubierta.

4.3. Programa de elaboración de proyecto de salud mental

4.3.1. Logros

- Asistieron más de cien personas en la aldea que se atendió, se logro dar las capacitaciones y atender varios casos individuales, tanto en el salón municipal de. Sumpango como en la aldea el Rejón del mismo.

4.3.2. Limitaciones

- La limitante que se encontró fue en la aldea el Rejón, por el motivo de que fue al aire libre y las personas se tuvieron que sentar en el suelo, esto ocasiono un poco de incomodidad por lo que tenían que estar moviéndose y por lo mismo se realizaron dinámicas en las cuales participaron y se evitó que se quedaran mucho tiempo sentadas.

4.3.3. Conclusiones

- El realizar este tipo de proyectos es muy productivo, porque se cubre una de las necesidades de las personas que por falta de información están pasando situaciones que les ocasiona problemas emocionales.
- Es importante que las personas de área rural reciban información y sean motivadas, para contrarrestar la violencia intrafamiliar y esta no se siga cultivando.

4.3.4. Recomendaciones

- Buscar la forma de apoyar a estas personas o las que se tengan al alcance, informándolas para que puedan buscar ayuda cuando lo necesiten.
- Dar charlas que apoyen a las mujeres que son la mayoría, sobre como contrarrestar la violencia intrafamiliar.

4.3.5. Presentación de proyecto de salud mental, contenido

4.3.5.1. Personalidad codependiente

Los orígenes de los temas sobre "codependencia", se remontan a los años de 1950, cuando en la literatura sobre alcoholismo se hacía referencia a las esposas de estos enfermos, como "co-alcohólicas". Posteriormente, en los setentas, con la proliferación de las "dependencias a sustancias químicas" el término se transforma y a las personas vinculadas en el plano emocional; a dichos adictos se les comenzó a nombrar "codependientes". (Crothers y Warren; 1996).

4.3.5.2. ¿Qué es codependencia?

La codependencia se define como el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional. La codependencia es el resultado del impacto de la adicción en la familia. Esta codependencia se manifiesta a través de patrones de conducta y relación que son disfuncionales y que facilitan el desarrollo de la adicción

Este concepto, se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias. Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente, sí existen ciertas características identificativas de estas personas:

4.3.5.3. Características de la personalidad codependiente

1. Se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias generalmente alcoholismo y toxicomanías que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento, se descuidan o auto anulan, tienen baja auto confianza y autoestima, y se involucran continuamente en relaciones de pareja dañinas y abusivas.

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además existen otros desórdenes de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y las neurosis. Toda persona expuesta a estos desórdenes, puede desarrollar codependencia.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en una ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión consciente.

4.3.5.4. Síntomas de la codependencia

- La codependencia se caracteriza por una serie de síntomas tales como:
Dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas sanas
- Congelamiento emocional.
- Perfeccionismo.
- Necesidad obsesiva de controlar la conducta de otros.
- Conductas compulsivas.
- Sentirse sobre responsables por las conductas de otros.
- Profundos sentimientos de incapacidad.
- Vergüenza tóxica.
- Auto imagen negativa.
- Dependencia de la aprobación externa.
- Dolores de cabeza y espalda crónicos.
- Gastritis y diarrea crónicas.
- Depresión.

Estos síntomas se presentan primero en la relación enferma que produce la tensión, pero luego se transfiere a las demás relaciones del codependiente.

4.3.5.5. ¿Quiénes desarrollan codependencia?

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además existen otros desordenes de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y las neurosis. Toda persona expuesta a estos desórdenes, puede desarrollar codependencia.

Muchas veces alguien que ha desarrollado codependencia por crecer en una ambiente disfuncional adictivo, no manifiesta grandes síntomas hasta que se casa o forma una relación de pareja. Por otro lado, con mucha regularidad las hijas de adictos, terminan casándose con otros adictos, aún sin que esto sea una decisión conciente.

4.3.5.6. Facilitación

La conducta codependiente es una respuesta enferma al proceso adictivo, pero además se convierte en un factor clave en la evolución de la adicción. O sea que la codependencia promueve el avance del proceso adictivo. A este concepto le llamamos "facilitación". Existen diversas formas que toma la facilitación que oscilan entre la colaboración y la agresión. Los codependientes no pueden darse cuenta de que están facilitando el problema, en parte por la negación y en parte porque están convencidos que su conducta esta justificada, debido a que están "ayudando" a que el adicto no se deteriore más, y a que la familia no se desintegre.

4.3.5.7. Mal-diagnóstico

Es más frecuente de lo que pensamos, que las personas codependientes acudan en busca de ayuda médica, pero sin mencionar el problema que les aqueja en el seno familiar, por lo que los profesionales de salud encargados de hacer el diagnóstico, terminan etiquetándolo como "depresión" o simplemente "estres". A pesar de que la codependencia cursa con sentimientos depresivos, es importante tener en cuenta de que la depresión en este caso, es un síntoma de la codependencia, y esta a su vez es causada por el proceso adictivo que ocurre en la familia. Si se

logra hacer el diagnóstico correcto, es más probable que la familia reciba la ayuda apropiada para resolver la codependencia y la adicción.

4.3.5.8. Disfunción familiar

Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos. Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles de cada miembro familiar *que* se van distorsionando a lo largo del proceso de avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí, donde los niños van formando su carácter codependiente, que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro.

4.3.5.9. Recuperación de la codependencia

Así como la adicción es una enfermedad tratable, la codependencia también lo es. El tratamiento de la codependencia puede consistir en una mezcla de psicoterapia y asistencia a grupos de autoayuda, hasta sesiones estructuradas de terapia familiar. Muchas veces la recuperación de una familia afectada por la adicción, comienza con la recuperación de los codependientes, sin embargo es necesario que el codependiente ponga el foco en su propia recuperación y cuidado personal, para que esto ocurra.

Los grupos de autoayuda para familiares de adictos, tales como: Familias Anónimas, Alanon y Codependientes Anónimos, Alcohólicos Anónimos, son de gran utilidad en el proceso de recuperación familiar y de la codependencia.

La codependencia es tratable y la recuperación es posible. La familia como sistema recibe de manera frontal el impacto de una adicción, de modo que no existe familia que no se afecte y

muestre síntomas de disfunción, cuando uno de sus miembros se enferma de adicción. Paradójicamente además, la familia afectada por la adicción, termina produciendo un sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción.

Al respecto, poco se ha escrito en relación a la codependencia en hombres, haciéndose siempre el énfasis de este padecimiento en las mujeres. Ahora bien, tanto a nivel de los tratamientos individuales como en los grupales, la atención a los hombres es menor debido a que el malestar psicológico en los hombres no está validado por cuestiones socioculturales y de género, y justamente, cuando estos se presentan a consulta, sufren por lo general, en algunas de sus facetas de lo que se ha dado en llamar "codependencia".

Según la literatura especializada sobresalen en las personas codependientes:

- La presencia de disturbios emocionales expresados en fragilidad yoica, dependencia emocional y sentimientos de ansiedad, enojo y tristeza.
- Daño narcisístico reflejado en baja autoestima, sentimiento persistente de vacío, temor al abandono y fuerte necesidad de reconocimiento externo.
- Dificultades en las relaciones interpersonales por la dificultad en marcar límites, la aceptación de conductas destructivas y de maltrato físico y psicológico y por ser aferrados(as), celosos(as) y controladores(as). (Beattie, 1990; Cantú, 1995; Kalina, 1995; Crothers y Warren, 1996).

4.3.5.10. El maltrato emocional en cualquier edad

El maltrato emocional es más sutil, pero no menos doloroso, su característica principal es provocar malestar (dolor) emocional

4.3.5.11. Existen dos modalidades fundamentales

Activa: Humilla y degrada al individuo, produciéndole sentimientos de desesperanza, inseguridad, y pobre autoestima, esta se manifiesta por insultos o apodos desagradables,

nuevamente en la mayoría de los casos la finalidad manifiesta es "motivar" al individuo a que modifique una conducta indeseable.

Pasiva: Es el desamor, la indiferencia el desinterés por el individuo, esta, aún que poco reconocida como maltrato, puede, provocar hasta la muerte por una patología llamada depresión cíclica

4.3.5.12. Maltrato sexual

Se reconoce por el uso de la fuerza y el no respeto de la opinión de la otra persona al usar a la otra persona como instrumento de satisfacción, dañando el autoestima así como denigrando la autoimagen de la persona comercializando con la sexualidad de esta, puede ser a cualquier edad

Se ha definido que un familia o pareja (con menos de 5 años de convivencia) que ha vivido más de tres agresiones en la historia de la relación puede estar viviendo maltrato o violencia intrafamiliar

Lo fundamental para saber si se trata de un caso de maltrato o violencia intrafamiliar o no, es descubrir si la pareja o familia usa la violencia como mecanismo para enfrentar y resolver las diferencias de opinión.

- Un ejemplo general de violencia es el caso de una familia en que cada vez que hay dos personas que tienen diferencias de opinión, uno le grita o pega al otro para lograr que "le haga caso" (sea niño, adulto o adulto mayor, el que resulte agredido).
- Según quien sea el agredido y la forma de manifestación de la agresión se puede tipificar la violencia en Maltrato Infantil, Violencia conyugal y Maltrato a ancianos. Cada una de ellas tiene subdivisiones en cuanto a la forma en que se produce el daño hacia el otro. Esta agresión puede ser pasiva o activa y ser de distintos tipos (psicológico, sexual, físico o económico).
- Cabe destacar que se considera maltrato infantil (violencia pasiva) cuando los niños son testigos de violencia, ya que el daño que sufren los niños es a nivel psicológico y no se los daña directamente sino en forma indirecta.

- En el caso de la violencia en la pareja o violencia conyugal se la clasifica de acuerdo a quien tiene el rol de abusador y abusado en la relación.
- Es cruzada cuando ambos se agreden mutuamente, es violencia hacia la mujer cuando el que maltrata y tiene el poder en la pareja es el hombre, y se trata de violencia hacia el hombre cuando la mujer ejerce la violencia hacia el hombre. En todos los casos la violencia puede ser psicológica, física, sexual o económica

4.3.5.13. Maltrato o violencia intrafamiliar

- Maltrato infantil
- Formas activas
- Abuso físico
- Abuso Emocional
- Abuso sexual
- Formas pasivas
- Abandono físico
- Abandono Emocional
- Niños testigos de violencia

4.3.5.14. Maltrato conyugal

- Violencia conyugal
- Maltrato hacia la mujer
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Abuso sexual

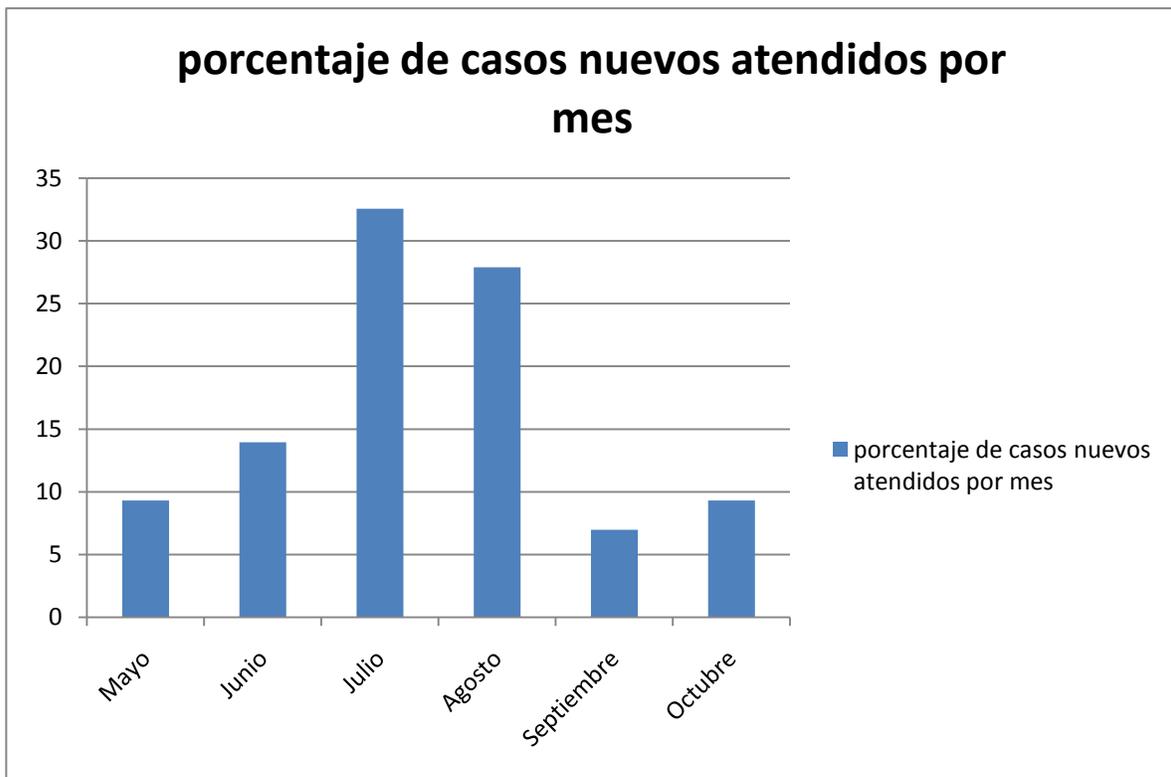
4.3.5.15. Maltrato hacia los ancianos

- Maltrato a ancianos
- Formas activas

- Maltrato físico
- Maltrato Emocional
- Abuso financiero
- Formas pasivas
- Abandono físico
- Abandono Emocional

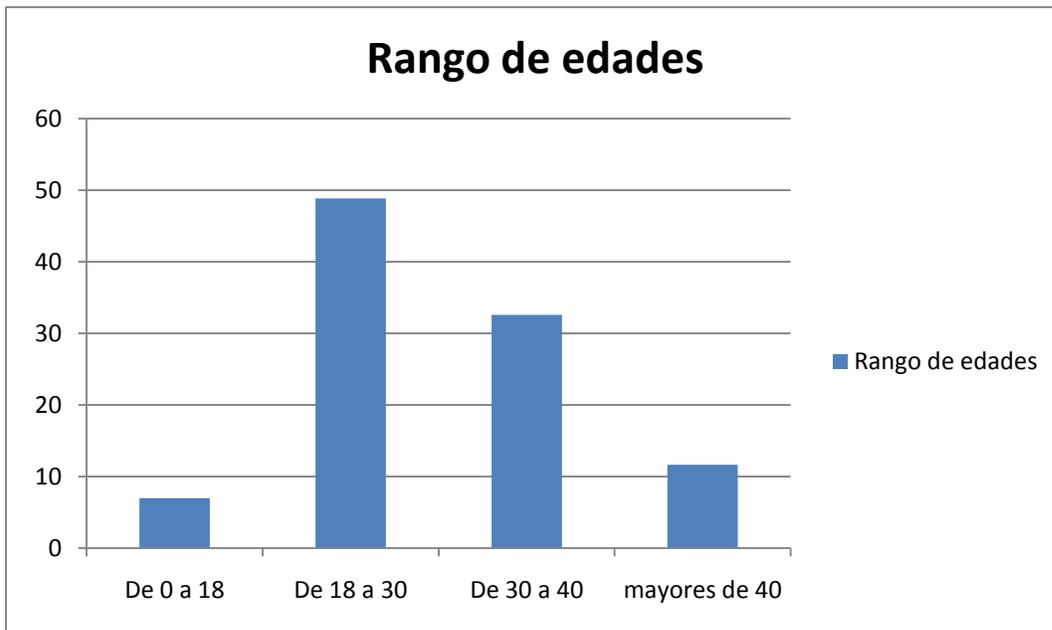
4.4. Presentación de gráficas y análisis de datos

Gráfica 1



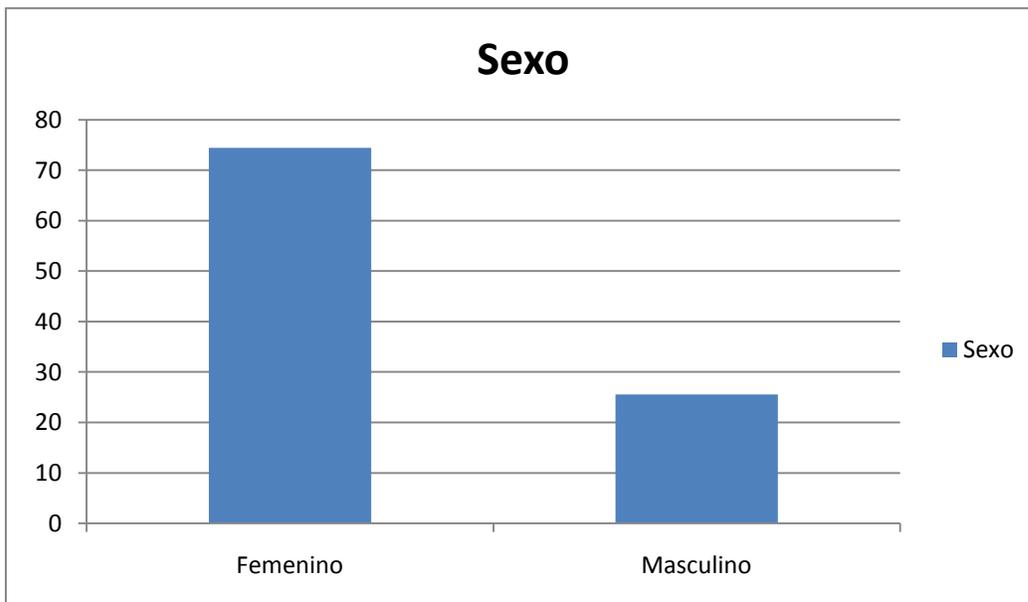
Fuente: propia

Gráfica 2



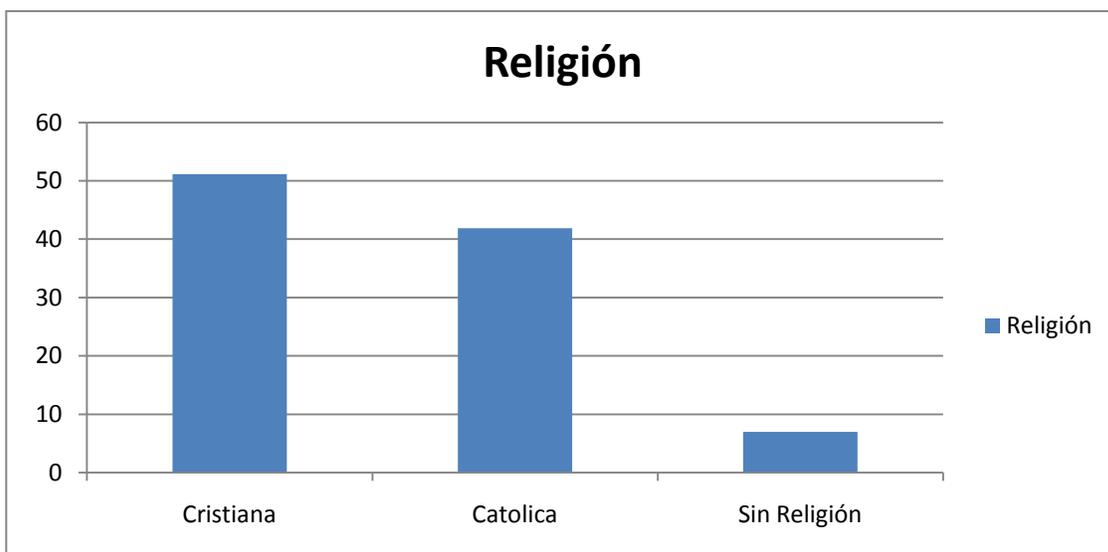
Fuente: propia

Gráfica 3



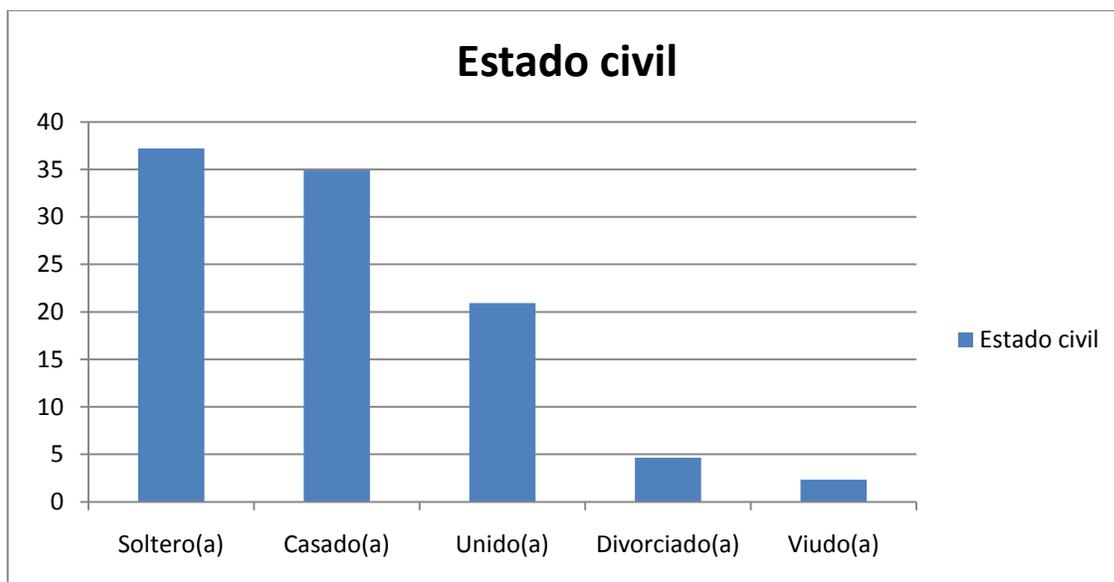
Fuente: propia

Gráfica 4



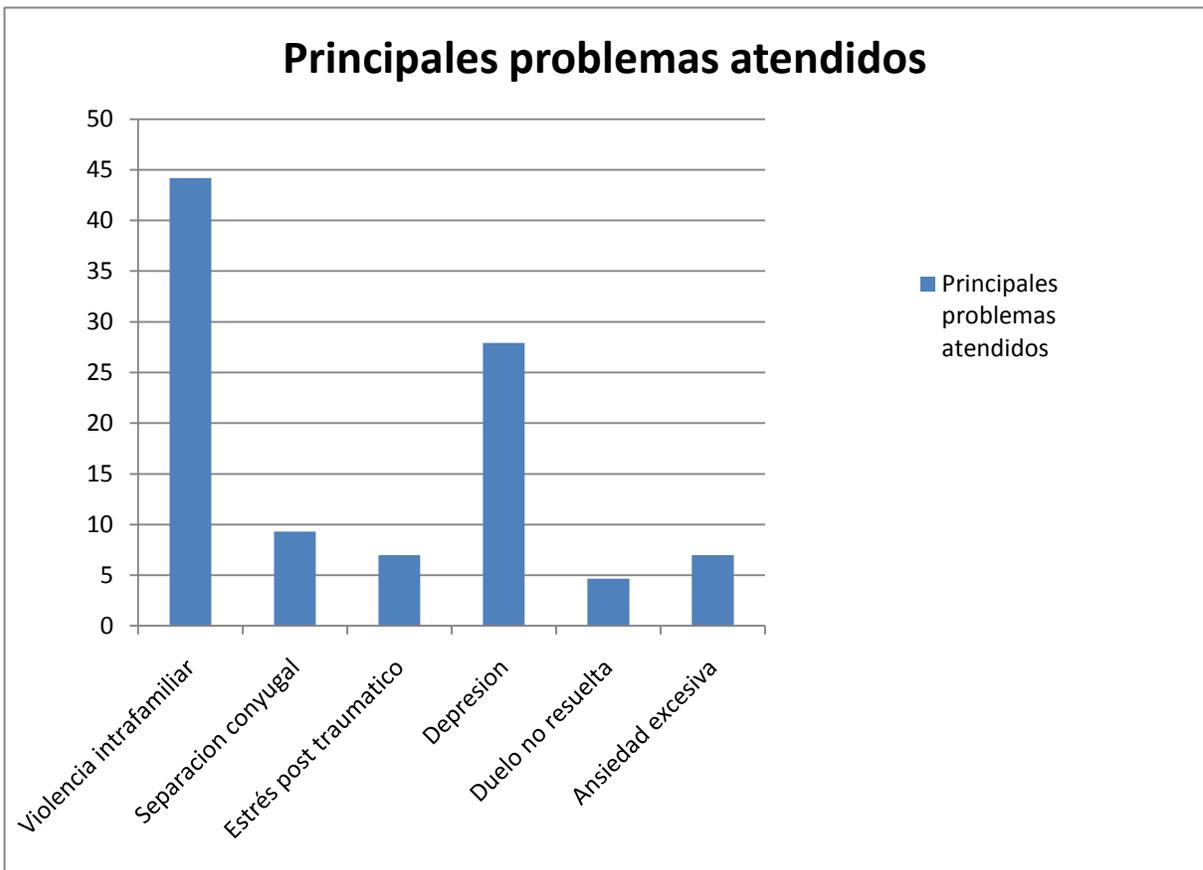
Fuente: propia

Gráfica 5



Fuente. Propia

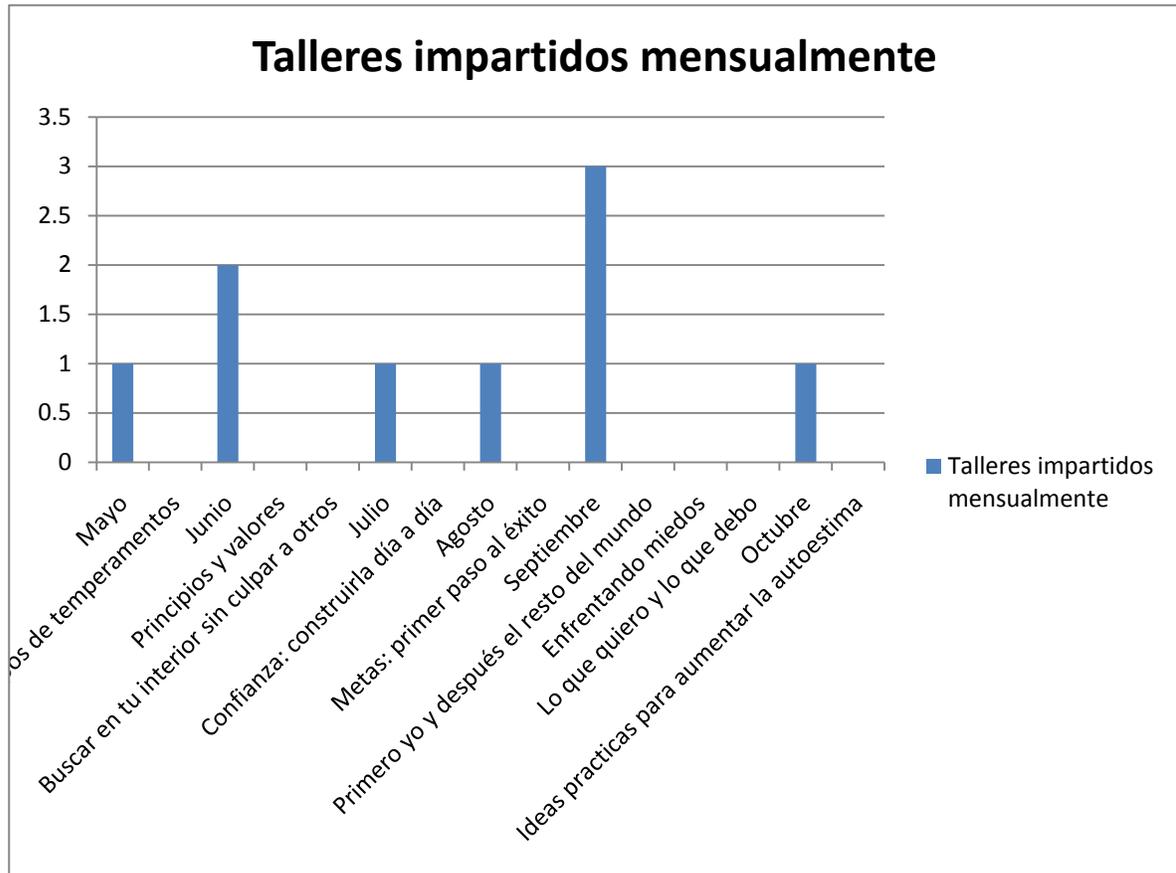
Gráfica 6



Fuente: propia

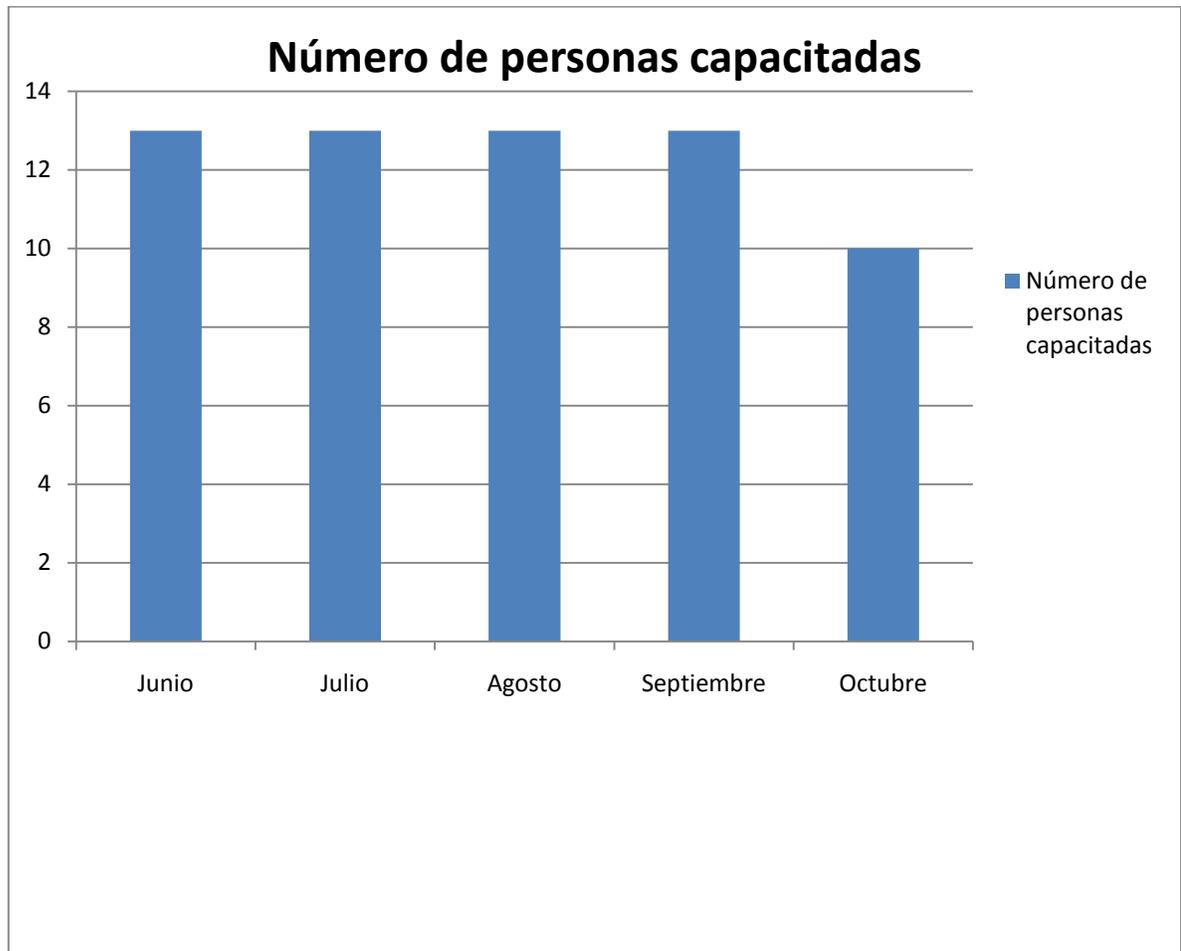
4.5. Programa de capacitación

Gráfica 7



Fuente: propia

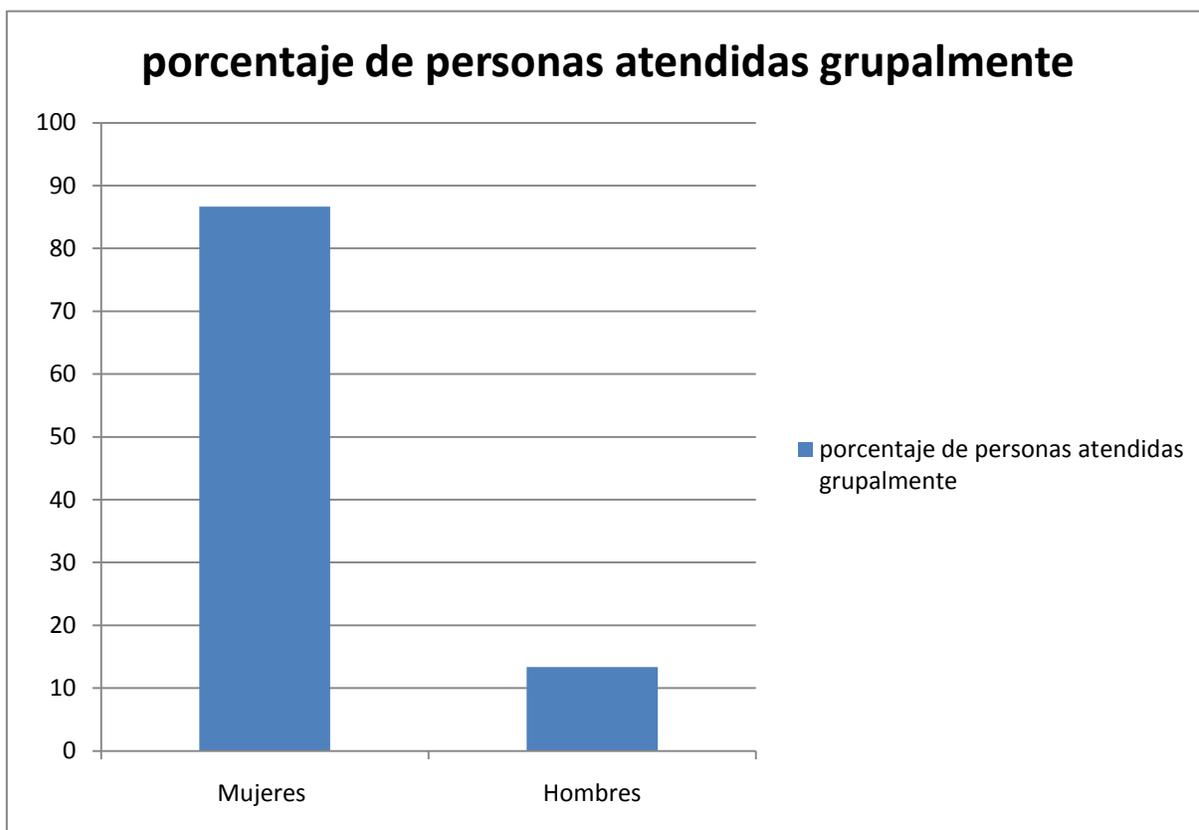
Gráfica 8



Fuente: propia

4.6. Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Gráfica 9

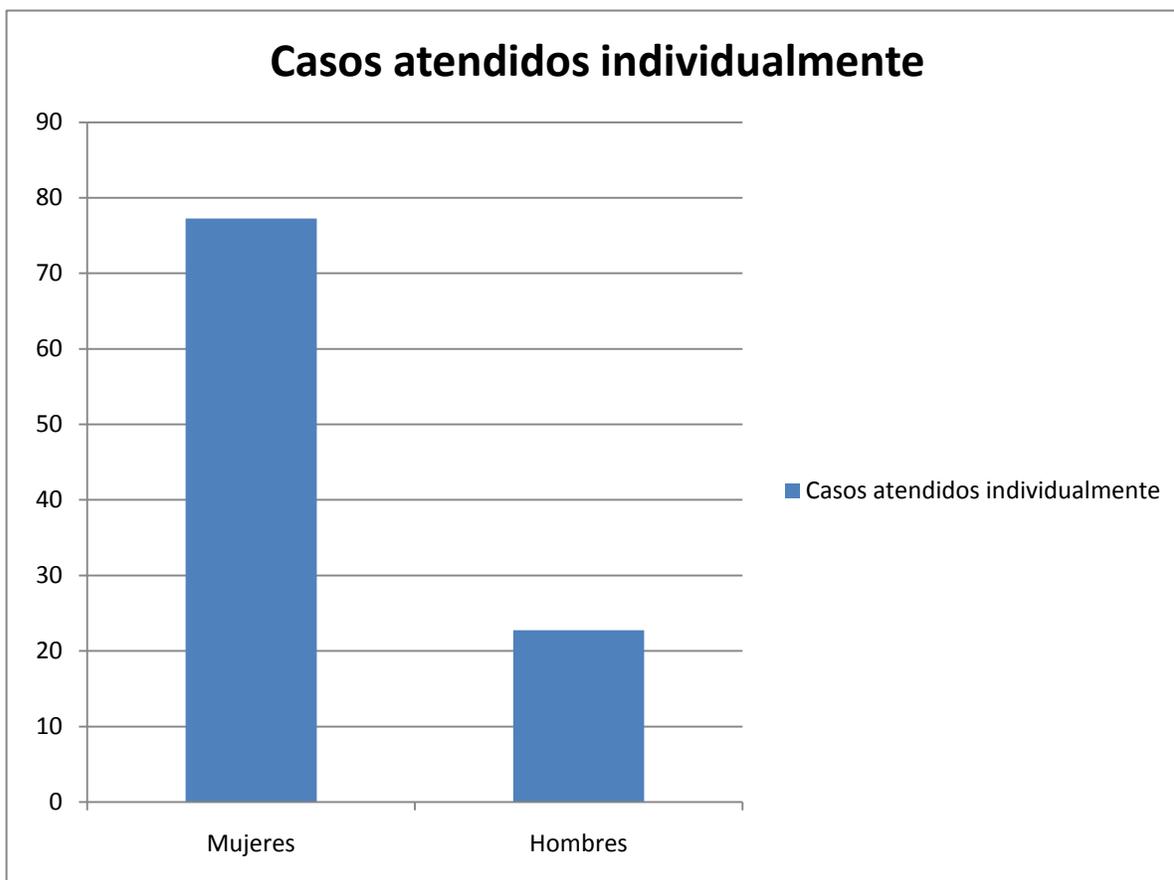


Fuente: propia

Número de personas atendidas grupalmente

Sexo	Número de personas atendidas grupalmente	Porcentaje
Mujeres	117	87 %
Hombres	18	13 %
Total	135	

Gráfica 10



Fuente: propia

Número de personas atendidas individualmente

Sexo	Número de personas atendidas grupalmente	Porcentaje
Mujeres	17	77 %
Hombres	5	23 %
Total	22	

4.7. Análisis de datos

- En la gráfica 1 se puede observar un incremento en los casos atendidos en los meses de julio y agosto debido a que las referencias médicas aumentaron.
- La gráfica 2 muestra una clara tendencia de búsqueda psicológica entre los 18 y los 40 años de edad, lo que refleja un inicio de los problemas atendidos antes de los 18 años en su mayoría, ya que por las historias clínicas se conoce que los problemas tienen al menos 5 años de evolución.
- Gráfica 3, esta gráfica muestra claramente que el elevado porcentaje de los consultantes de género femenino, lo que da la pauta para pensar que es el hombre quien contribuye en gran parte a los problemas atendidos y aunque en una minoría pero también hay hombres consultantes.
- La gráfica 4 muestra claramente que la mayoría de los pacientes eran de religión cristiana seguido de la religión católica y por último están las personas que no tienen religión, es curioso que solo estas tres fueron las respuestas obtenidas.
- En la gráfica 5 podemos observar muy llamativamente que la mayoría de los consultantes son solteros, después están los casados y muy cerca de esto están los que sólo están unidos y es llamativo este detalle porque muestra el porqué de tantos abandonos en los hogares ya que no hay un documento que avale la unión simplemente si nos les gusta cómo va todo se puede simplemente ir y listo lo que también refleja la falta de compromiso de las personas.
- Gráfica 6 esta muestra claramente cuáles son los problemas más comunes encontrados en los pacientes porque es marcada la grafica en mostrar como el principal problema a la violencia intrafamiliar y en segundo lugar a la depresión, lo que nos da un parámetro para evaluar a el resto de la población tomando esta medición como muestra estadística.
- La gráfica 7 muestra la distribución de talleres impartidos durante los meses de practica mostrando el pico más alto en septiembre el mes en el que se atendieron menos casos nuevos en el transcurso de la práctica profesional dirigida.
- En la gráfica 8 se observa una constante en el número de personas capacitadas durante los talleres impartidos teniendo como una constante de participación de 13 personas por capacitación.

- Gráfica 9 Los datos obtenidos refleja una mayor apertura por parte de las mujeres de la comunidad hacia los servicios psicológicos, no obstante a esto, también había presencia de hombres de esta comunidad pero en una menor escala. En las estadísticas mostradas en la gráfica nueve se hace más notable la poca asistencia por parte del género masculino a la actividad que era, tanto para hombres como para mujeres.
- Gráfica 10 esta muestra los datos obtenidos después de las charlas grupales en donde se hizo una invitación general para que las personas que quisieran atención psicológica de forma personal se quedaran, en esta atención psicoterapéutica hubo participación muy activa por parte de ambos sexos, en donde lo que hizo falta fue tiempo para poder atender a cada uno de los asistentes que lo solicitaba.

Conclusiones generales

- A través de la experiencia obtenida en la práctica profesional dirigida y de las investigaciones complementarias, se ha obtenido base bibliográfica teórica y práctica de los verdaderos problemas que vive la población guatemalteca, más allá de lo que pueda decir un libro.
- Los datos obtenidos clarifican las necesidades los principales problemas atendidos y muestran que en Guatemala el sexo que más busca ayuda es el femenino y muestra como principal causante de agresiones tanto verbales como físicas al hombre de la sociedad guatemalteca, y muestra como la principal víctima a los hijos que son quienes presencian el maltrato y que muchas veces son víctimas físicas de estos abusos lo que a su vez forma a nuevos agresores en su mayoría de casos, creando así un círculo vicioso en la violencia intrafamiliar en Guatemala.
- La conclusión más importante a la que se ha llegado con esta investigación es que la población guatemalteca necesita de los profesionales en psicología y necesita crear programas de apoyo en los cuales se fomente la búsqueda de ayuda psicológica.

Recomendaciones

- Desarrollar proyectos de educación psicológica que abarquen diversos sectores de la población para fomentar la búsqueda de ayuda psicológica, de forma que se poco a poco se familiaricen con la psicoterapia y al momento de esta ser requerida la educación y cultura no se convierta en un obstáculo para la búsqueda de ayuda.
- Crear instituciones patrocinadas por el estado específicamente de atención psicológica las cuales tengan alianza y contacto con las instituciones públicas, de forma que estas puedan referir a todas personas que necesiten de psicoterapia y a su vez estas instituciones de atención psicológica puedan prestar servicios de atención primaria, secundaria y terciaria de forma gratuita a la población que no tiene acceso a ella.
- Estimular en las universidades la creación de áreas específicas de investigación, estudio y desarrollo de estadísticas y recursos psicológicos estandarizados para el país y la población tan diversa que tiene Guatemala

Referencias

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM4-TR*. México: Editorial Masson.
- Barlow D. Y Durand. M. Thomson Learning. *Psicología Anormal*. 2a. edición. México.
- Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. *Manual de Psicopatología*, primera edición. México: Editorial McGraw Hill.
- Moderna. Kolb. *Psiquiatría Clínica*. Prensa Médica Mexicana.
- De la Fuente Ramón. *La Patología Mental y su Terapéutica*. Fondo de Cultura Económico.
- Sullivan, Harry Stack. *La Entrevista Psiquiátrica*. Editorial: Psique.
- González Nuñez, José de Jesús. *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno.
- Bellak y Small. *Psicoterapia breve y de Emergencia*. Editorial: Pax.
- Rogers, Carl. *Terapia Centrada en el Cliente*.
- Ellis, Albert. *Terapia Racional Emotiva*.
- Moreno. *El Psicodrama*.
- Craig, Grace. *Desarrollo Psicológico*. Editorial: Prentice Hall
- Dorch, F. *Diccionario de Psicología*. Editorial: 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
- Psicología popular. Recuperado: 19.10.06 <http://www.psicologiapopular.com>
- Psicología comportamental. Recuperado: 19.10.06 <http://www.comportamental.com>
- Directorio psicológico .Recuperado: 01.10.06 <http://www.psicodirectorio.com>
- Portal de psicología. Recuperado: 21.10.06 <http://www.psicologia-online.com>
- Psicología de Chile Recuperado: 11.10.06 <http://www.paginaschile.cl/fest.htm>
- Psicología on line. Recuperado: 09.10.06 <http://www.clinicas/ansiedad.com>

Anexos

Fotografías























Constancias de horas de práctica

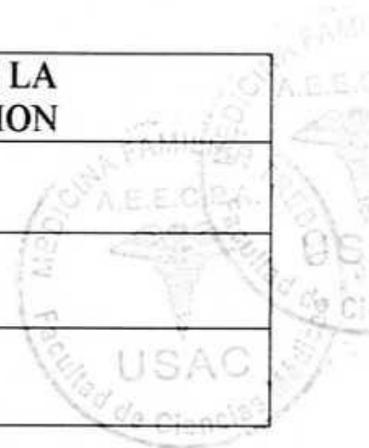


INFORME MENSUAL DE HORAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Fecha: Mayo

Nombre del alumno practicante: Juan José Reyes Rodríguez.

FECHA	TOTAL DE HORAS	SELLO DE LA INSTITUCION
19/05/08 al 23/05/08	20	
26/05/08 al 30/05/08	20	
TOTAL HORAS	40	



Encargado (a) de la institución
Firma



INFORME MENSUAL DE HORAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Fecha: Junio

Nombre del alumno practicante: Juan José Reyes Rodríguez.

FECHA	TOTAL DE HORAS	SELLO DE LA INSTITUCION
02/06/08 al 06/06/08	20	
09/06/08 al 13/06/08	20	
16/06/08 al 20/06/08	20	
23/06/08 al 27/06/08	20	
30/06/08	4	
TOTAL HORAS	84	

Encargado (a) de la institución
Firma



INFORME MENSUAL DE HORAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Fecha: Julio

Nombre del alumno practicante: Juan José Reyes Rodríguez.

FECHA	TOTAL DE HORAS	SELLO DE LA INSTITUCION
01/07/08 al 04/07/08	16	
07/07/08 al 11/07/08	20	
14/07/08 al 18/07/08	20	
21/07/08 al 25/07/08	20	
28/07/08 al 31/07/08	16	
TOTAL HORAS	92	



Encargado (a) de la institución
Firma



INFORME MENSUAL DE HORAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Fecha: Agosto

Nombre del alumno practicante: Juan José Reyes Rodríguez.

FECHA	TOTAL DE HORAS	SELLO DE LA INSTITUCION
01/08/08	4	
04/08/08 al 08/08/08	20	
11/08/08 al 15/08/08	20	
18/08/08 al 22/08/08	20	
25/08/08 al 29/08/08	20	
TOTAL HORAS	84	

Encargado (a) de la institución
Firma



INFORME MENSUAL DE HORAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Fecha: Septiembre

Nombre del alumno practicante: Juan José Reyes Rodríguez.

FECHA	TOTAL DE HORAS	SELLO DE LA INSTITUCION
01/09/08 al 05/09/08	20	
08/09/08 al 12/09/08	20	
15/09/08 al 19/09/08	20	
22/09/08 al 26/09/08	20	
29/09/08 al 30/09/08	8	
TOTAL HORAS	88	

Encargado (a) de la institución
Firma



INFORME MENSUAL DE HORAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

Fecha: Octubre

Nombre del alumno practicante: Juan José Reyes Rodríguez.

FECHA	TOTAL DE HORAS	SELLO DE LA INSTITUCION
01/10/08 al 03/09/08	12	
06/10/08 al 10/10/08	20	
13/10/08 al 17/10/08	20	
20/10/08 al 24/10/08	20	
27/10/08 al 31/10/08	20	
TOTAL HORAS	92	

Encargado (a) de la institución
Firma

Cartas firmadas y selladas



Sabiduría Ante Todo,

Adquiere Sabiduría

Guatemala 03 de marzo de 2,008.

Ref.F.E. 066

Para
Juan José Reyes Rodríguez
Presente

Estimada Estudiante:

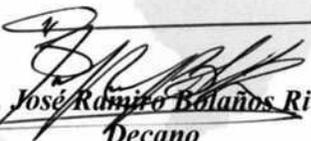
En atención a su nota emitida en la cual solicita autorización para realizar su Práctica Profesional Dirigida esta Decanatura resuelve:

Aprobar su Solicitud

Quedando aprobada a partir del mes de febrero del año 2,008.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente.


M.A. José Ramiro Bolaños Rivera
Decano

Facultad de Ciencias de la Educación



C.c. Archivo



Sabiduría Ante Todo,

Adquiere Sabiduría

PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, febrero de 2008.

Director General
Del Hospital General de Antigua

Respetable Licenciado:

Respetable Licenciada:

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

Dicha práctica dura de febrero a agosto, considerando que en este período el alumno cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica

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



Constancias

Municipalidad de Sumpango Sacatepéquez



Sumpango, 22 de octubre de 2008.

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que Juan José Reyes R, Carolina Vásquez, Mildred Nava y Katia Carreto, realizaron los días 21 y 22 de octubre del presente año el proyecto de salud mental comunitario, el cual se realizó en aldeas el Rejón Sumpango Sacatepéquez los días antes mencionados en horario de la mañana y en el salón municipal de Sumpango en horario de la tarde.

En ambos horarios se impartieron charlas motivacionales donde se trataron temas de interés comunitario posteriormente a estas se estuvo dando atención psicológica a casos individuales en terapia breve y de emergencia.

Para los usos que a los interesados les convengan sello y firma la presente. Atentamente.

p
Sr. Santos Cúbur Escobar
Alcalde Municipal de Sumpango





COLEGIO MIXTO SAN ANTONIO DE PADUA
PIEDRA PARADA CRISTO REY, SANTA
CATARINA PINULA, GUATEMALA.

A QUIEN INTERESE:

La dirección y comisión de evaluación del colegio Mixto San Antonio de Padua le envían un cordial saludo.

El motivo de la presente es hacer constar que el señor Juan José Reyes, disertó el tema " AUTOESTIMA" a maestros de dicho establecimiento. Logrando con ello una gran motivación, reflexión y deseos de mejorar la calidad como persona y realizar una mejor labor docente. Los maestros y maestras quedaron satisfechas con la charla motivacional.

Desde ya agradecemos al señor Reyes por su apoyo incondicional, su dedicación, responsabilidad y le exhortamos a continuar con su servicio a la humanidad.

Se extiende la presente a los 27 días del mes de octubre del año 2008, y que de el uso que al interesado convenga.

Atentamente

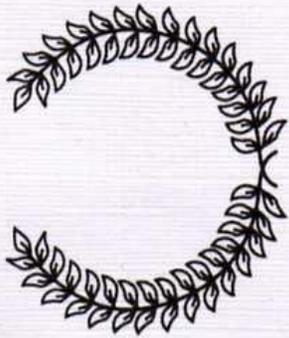

Licda. Antonieta García de Ordoñez
Directora Técnica


Lic. Marco Fulio Ordoñez
Director Administrativo




MEPU Yanira . Joque M.
Comisión de Evaluación





Colegio Mixto San Antonio de Padua

Otorga el presente

DIPLOMA

A: JUAN JOSE REYES

Por: DISERTAR EL TEMA DE AUTOESTIMA A PERSONAL DOCENTE

*Guarda hijo mio, el mandamiento de tu padre
y no dejes la enseñanza de tu madre.*

Proverbios 6.20

Piedra Parada, Cristo Rey, veintisiete de octubre de 2008

Comisión de Cultura



o.Bo. Dirección



Comisión de Deportes

IGSS

Centro de Atención Integral de Salud Mental
Asociación De Residentes De Psiquiatría

XI CONGRESO

ADICCIONES

ALGO MÁS QUE DROGAS.....

OTORGA EL SIGUIENTE DIPLOMA A:

Juan J. Reyes



POR SU PARTICIPACIÓN COMO
ASISTENTE

DR. ISMAEL SALAZAR GUTIÉRREZ
DIRECTOR CAISM

DR. CLAUDIA DÍAZ CAMPOS
VICE- PRESIDENTA

DR. PAULA MÉNDEZ BONILLA
PRESIDENTA

DR. JENSY MONTERROSO
SECRETARIO



GUATEMALA 28 Y 29 DE AGOSTO 2008



Por la Presente, el Maestro Ignacio González "Fenix",
con la Licencia N°1 y en Representación Legal de la
Corporación Fenix otorga el Presente:

DIPLOMA

Concediendo a

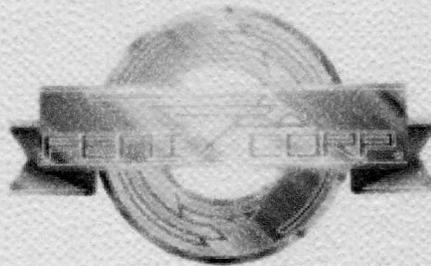
Juan J. Reyes

El Título de:

Auxiliar en BioProgramación

Por haber superado **CON HONORES**
el ***Curso Básico de BioProgramación***
impartido por el Maestro Ignacio González "Fenix"

Y otorgándole la Licencia de Auxiliar N° 610923
para que pueda realizar los cargos, trabajos y tareas
para cuya capacitación certifica este título.



Corporación Fenix - Formación Internacional en BioProgramación



Fenix Corp S.L. - Calle Alvarez Garaya N°8 7ºC - 33206 Gijón España
CIF: B-33.883.794 - Fax: (34) 985 172 611
Copyright © 2000-2006 Todos los derechos reservados