

ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL
ORIENTADO A POBLACIÓN DEL CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE
PIEDECUESTA

Trabajo de Grado
En modalidad de pasantía para optar por el título de Psicóloga

Lady Andrea Galvis Moreno

Psicóloga Bertha María Latorre Gómez

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FLORIDABLANCA, 2008

ATENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL
ORIENTADO A POBLACIÓN DEL CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE
PIEDECUESTA

Trabajo de Grado

En modalidad de pasantía para optar por el título de Psicóloga

Lady Andrea Galvis Moreno
Pasante de Psicología

Directora

Psicóloga Bertha María Latorre Gómez

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA, 2008

Nota de
aceptación-----

Presidente del Jurado-----

Jurado 1-----

Jurado 2-----

Floridablanca, -----
Tabla de Contenido

RESUMEN	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	12
Objetivo General	
12	
Objetivos Específicos	12
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	
13	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	16
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	
16	
Terapia Racional Emotiva de Ellis (TRE)	
18	
Principios de la TCC (Beck)	26
Técnicas desde la TCC	30
REFERENTE CONCEPTUAL	33
Psicología Clínica	
33	
Salud mental	35
Depresión	38
Factores de la Depresión	44
Depresión infantil	
51	
Trastorno del aprendizaje	
55	

Psicoterapia infantil	
57	
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO	
62	
RESULTADOS	65
DISCUSIÓN	
75	
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	
90	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
94	
A N E X O S	
96	

Índice de Anexos

- Anexo 1: Grupos de apoyos con docentes
- Anexo 2: Gráficas de resultados
- Anexo 3: Formato de informe psicológico
- Anexo 4: Propuesta sala de juegos.
- Anexo 5: Relación de pacientes atendidos
- Anexo 6: Formato de historias clínicas

Agradecimientos

*A DIOS por iluminar mis senderos y llenar mi vida de entendimiento, sabiduría y
paciencia;*

A mis abuelos por ser los pilares sobre los cuales se fundamenta mi existencia.

A mi padre por hacer parte de mi vida,

*A mi madre por ser mi principal motivo, por llenarme con su nobleza y
serenidad, por apoyarme en aquellos momentos en los cuales sentí desfallecer,
por ser mi fuerza y mi luz,*

A mis hermanos por ser mi soporte y mayor ejemplo

A mi familia por ser la mayor bendición con la cual Dios ha llenado mi vida

*A mis maestros por ser mi guía en el camino que emprendí hace 5 años, y por
premiarme con miles de enseñanzas y consejos.*

*A mis amigos por ser el apoyo en todo momento y por contagiarme con su
curiosidad hacia el conocimiento*

*A todos los que han hecho de esta experiencia una gran realidad y porque me
han acompañado en mi largo caminar*

Gracias

*“Una persona es un caminante solitario, dos son compañía y tres son multitud”
(Bruner, 1983)*

RESUMEN

En el Centro de proyección social de Piedecuesta (CPS) de la Universidad Pontificia Bolivariana se realizó a través de la pasantía clínica atención psicológica enmarcada en el enfoque cognitivo-comportamental a 54 personas, 32 varones y 22 mujeres, predominando consultantes de estrato 3 con un 23%, seguida del estrato 2 con un 14% y 11% de pobladores de estrato 1 y veredas. Se ubicó procesos de evaluación, diagnóstico e intervención individual, asesoría psicológica, aplicación de pruebas (inteligencia), y valoraciones psicológicas remitidas por instituciones que tienen convenio con (CPS). El 79% de la población que acudió al CPS estuvo conformado por menores de ambos géneros, de este porcentaje el 42% hace referencia a niños entre los 4 y 11 años, lo cual es un indicador importante para continuar fortaleciendo en el CPS los recursos necesarios para los procesos de prevención e intervención en dicha población. El principio psicoeducativo del enfoque cognitivo-comportamental, se orientó hacia la promoción de la salud mental infantil desde el trabajo con 40 docentes de primaria del colegio Balbino García y acudientes de los menores del Hogar Padre Finet;

Los principales motivos de consulta encontrados fueron la falta de motivación hacia actividades escolares, y las conductas agresivas en los menores; en cuanto a las impresiones diagnósticas la depresión infantil puntuó con un 24%; seguida de un 16% por problemas de conducta infantil. De acuerdo a estos resultados, se enfatiza la importancia de fortalecer la promoción de la salud mental en los niños. De igual forma, queda manifiesta la necesidad del proceso de pasantía fundamentada en la atención e intervención clínica con proyección social; que propenda hacia la promoción de la salud mental de la población y en consecuencia hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la misma.

PALABRAS CLAVES: psicología clínica, enfoque cognitivo conductual, psicoeducación, salud mental, depresión infantil.

AUTOR: Lady Andrea Galvis Moreno

DIRECTOR(A): Bertha María Latorre Gómez

FACULTAD: Psicología

ABSTRACT

In the Center of Social Projection of Piedecuesta (CPS) of the Pontificia Bolivariana University, was realized from the process of clinical internship psychological attention guided in the cognitive-behavioral focus, to 54 people, 32 males and 22 women, prevailing stratum 3 with 23%, followed by the stratum 2 with 14% and 11% of stratum residents 1 and sidewalks. It was developed evaluation processes, diagnostic and individual intervention, psychological consultant ship, application of tests (intelligence), and psychological valuations remitted by institutions that have agreement with the CPS. The 79% of population that went to the CPS of Piedecuesta was conformed for smaller than both goods; of this percentage 42% makes reference to children between the 4 and 11 years, which is an important indicator to keep on strengthening in the CPS, the resources necessary for the processes of prevention and intervention in the population. The principle psycho-educative of the pattern cognitive-behavioral, guided toward the promotion of the infantile mental health from the work with 40 educational of primary of the school Balbino Garcia and tutors of

those children from the Home Father Finet.

The main consultation reasons were the lack of motivation in scholastic areas, and the aggressive behaviors in the minors; as for the diagnostic impressions the infantile depression punctuated with 24%; followed by 16% for problems of infantile behavior. According to these results, the importance is emphasized of strengthening the promotion of the mental health in the children. Of equal it forms, it is apparent the necessity of the internship process based in the attention and clinical intervention with social projection; that points toward the promotion of the population's mental health and in consequence toward the improvement of the quality of life of the same one.

KEYS WORDS: clinical psychology, cognitive - behavioral approach, psycho-educational, mental health, infantile or childhood depression

AUTHOR: Lady Andrea Galvis Moreno

DIRECTOR(A): Bertha María Latorre Gómez

FACULTY: Psychology

Justificación

La psicología es ante todo una intención de comprender y mejorar al hombre y su comportamiento. Se entiende al hombre como arquitecto de sí mismo y proyecto de sus esperanzas, en continua evolución en busca de su plenitud y su completa realización. Acorde con la filosofía de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), se concibe la psicología como una ciencia que busca descubrir y actuar sobre aquello que es propio del hombre, para ello toma al ser humano como punto de partida, orientándose hacia una psicología que apunte a la verdadera humanidad del individuo. El psicólogo bolivariano

no sólo debe caracterizarse por su excelencia académica y, por su gran sentido humano necesidades identificadas en la comunidad como lineamiento estratégico, responde a los campos de la proyección que se refieren a las prácticas estudiantiles, asesorías, programas de formación continuada, desarrollo humano y fortalecimiento institucional, a través de los diferentes procesos que realiza el Centro de Proyección Social de la UPB.

Desde la psicología clínica y de la salud, se propende por el mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos, a través del reconocimiento de las diversas problemáticas que se presentan en las situaciones que atraviesan los individuos y el grupo social que lo conforman. No obstante, la labor del psicólogo no solamente fortalecido en la ética, sino que además debe fundamentarse en la proyección social. Prestar servicios de atención psicológica de acuerdo con las está dirigida únicamente a los aspectos anómalos o patológicos de las personas, sino que también abarca los procesos de salud y bienestar inherentes del ser humano; es la búsqueda constante de lograr un bienestar en los individuos reflejado en un bienestar colectivo. Razón por la cual el nivel de abordaje conceptual propuesto es a partir del enfoque cognitivo conductual con el cual se busca la modificación de las cogniciones erróneas que el individuo tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea, con el propósito de posibilitar una mejor adaptación y asimilación de la realidad por parte de estos sujetos. Así mismo, por medio de la evaluación, diagnóstico, intervención y posible tratamiento, se enfatiza en la necesidad de que el paciente o cliente tome conciencia de sí mismo y de su existencia para que sea participe de la construcción de su nueva realidad, a partir del reconocimiento que haga de las cogniciones equívocas que posee. Esta labor se fundamenta en la relación positiva entre el terapeuta y el cliente.

La relevancia social del abordaje radica en la urgencia de identificar los múltiples factores que subyacen en las problemáticas que afectan el bienestar integral de cada individuo y del grupo que lo conforma; así como la importancia de evaluación e intervención por parte del psicólogo en las principales

situaciones problemáticas que alteran la población, especialmente la más vulnerable. Con el fin de generar alternativas de mejoramiento para el paciente o consultante; logrando en él; avances en las explicaciones de los procesos psicológicos que influyen en su comportamiento, malestar y/o sufrimiento y así poder contemplar factores sociales e individuales inherentes e influyentes al desarrollo evolutivo.

El Centro de Proyección Social (CPS) tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad a quien presta sus servicios; especializándose en atención psicológica, ofreciendo desde el área clínica y de la salud atención individual, familiar, pareja, valoraciones especiales y, pruebas psicotécnicas; desde el área organizacional la oferta de procesos integrales de selección de personal, medición del clima organizacional, programas de capacitación, asesoría y consultoría; desde el área educativa, orientación profesional y vocacional, capacitación a docentes, escuela de padres, talleres reflexivos y acompañamiento a convivencias. (Muñoz. 2006). Este centro cuenta actualmente con sedes en Bucaramanga (Barrio, Sotomayor) y Piedecuesta, siendo este último una zona de alto riesgo en asentamientos de desplazados, presencia de violencia intrafamiliar, abuso sexual, entre otros.

La intervención que se busca llevar a cabo, se orienta hacia el fortalecimiento de los procesos que hasta ahora se han ido adelantando en los Centros de Proyección Social de la U.P.B; con el propósito de brindar mayor cobertura a nivel de la población más vulnerable, como niños, adolescentes, y adultos que no cuentan con los recursos necesarios para tener acceso a un programa de atención óptimo en relación con el área de la psicología. Es la búsqueda de dar continuidad a los procesos anteriormente iniciados, y a la creación de nuevas estrategias de intervención que favorezcan el bienestar de la comunidad. Intervenciones que posibiliten en los individuos la modificación de sus cogniciones distorsionadas, a través del reconocimiento que elabore de su realidad, y de la existencia de múltiples posibilidades. De esta forma se

pretende generar un impacto en la salud mental de los individuos tomando como referente su núcleo familiar y social; así como aquellos factores que pueden influir en la ausencia del bienestar en los usuarios, y la presencia de malestar asociados a procesos psicológicos en los mismos. Dichas intervenciones están direccionadas a promover en estos individuos la identificación de sí mismos como un “Yo Personal” fortalecido por la autonomía, autocontrol y autoconcepto; y a su vez, como un “Yo Social” creador de redes de relaciones, y miembro de una familia y una sociedad. Es la implementación de intervenciones que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y que a su vez favorezcan los diversos procesos psicológicos por los cuales atraviesan en las diferentes situaciones a las que están expuestas. Así mismo, se propende hacia el posicionamiento de los CPS de la UPB a nivel departamental, fundamentado en las diferentes labores e intervenciones que desde allí se llevan a cabo.

Objetivos

GENERAL

- Prestar servicios de atención psicológica con enfoque cognitivo conductual a pacientes o usuarios del Centro de Proyección Social (Piedecuesta), con el propósito de mejorar la calidad de vida de la

población, a través de una evaluación, diagnóstico e intervención acertados.

ESPECÍFICOS

- Identificación de agentes causales y factores generadores de las diversas problemáticas que se observan en la población.
- Aplicación de técnicas cognitivo conductuales relacionadas con problemáticas específicas en la población.
- Fortalecimiento y acompañamiento en actividades de capacitación propuestas desde el C.P.S; orientadas a apoyar a los docentes de las diferentes instituciones educativas con las cuales se tiene convenio.
- Sistematización de los datos y resultados obtenidos durante el proceso.

Contextualización de la institución

El centro de proyección Social (C.P.S) de Piedecuesta, conforma uno de los centros de servicios que ofrece la UPB a la comunidad con el objetivo de brindar un apoyo dentro de la formación integral de todos los Bolivarianos en aras de crear un buen desarrollo tanto en el ámbito social como profesional.

Desde el CPS se fomenta una atención integral a la comunidad Piedecuestana y de sus alrededores, orientada hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la misma. Este centro se crea bajo la Resolución Rectoral No 038-06 el día 28 de junio de 2006, coordinado por el Ingeniero Rodrigo Suárez Jaimes y ubicado en el centro del municipio de Piedecuesta, en la Calle 7ma No. 10-40; cuenta con el programa de auditoría para el mejoramiento de calidad (PAMEC), el cual tiene como fundamento guiar todos los procesos, actividades e intervenciones realizadas; donde su fin último es garantizar la calidad del servicio y el bienestar de los clientes, promoviendo así mejores niveles de desarrollo.

La labor del Centro de Proyección Social de Piedecuesta se fundamenta en los diferentes proyectos con carácter social que desde allí desarrollan las diversas facultades que constituyen el trabajo interdisciplinario; dentro de las cuales se pueden mencionar psicología, comunicación social, derecho, ingeniería industrial e ingeniería civil; cuyas actividades están encaminadas al bienestar de la comunidad a la cual prestan sus servicios.

Las acciones del CPS de Piedecuesta tienen como misión la orientación y ejecución de procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad piedecuestana y sus alrededores, con el fiel propósito de ser participes en procesos de desarrollo y bienestar del municipio. Así mismo tiene como visión, ser un punto de referencia donde converja la comunidad piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando diferentes campos profesionales de la universidad para que participen en la ejecución de diferentes proyectos sociales, económicos y productivos que buscan mejorar la calidad de vida de las familias del municipio.

Dentro de los principales proyectos que se han llevado a cabo y que actualmente se están desarrollando en este centro es posible mencionar los siguientes; el proyecto pionero del C.P.S “Reconstrucción del tejido social de las familias de los asentamientos humanos que sufren desplazamiento forzado y se encuentra ubicadas en los municipios de Piedecuesta y Floridablanca”, el

cual está siendo financiado por la comunidad Episcopal Italiana y se encuentra en la etapa de acompañamiento de las señoras seleccionadas en el proceso; en la parte productiva del proyecto participa la facultad de ingeniería industrial. También, puede mencionarse el Programa de intervención de problemáticas psico-sociales detectada en adolescentes escolarizados en el municipio de Piedecuesta; el proyecto de psicología de tránsito y seguridad vial en unión con la inspección de tránsito de la alcaldía del municipio, el cual se encuentra en etapa de desarrollo. Otro de los proyectos que desde la facultad de psicología se está llevando a cabo es el de la caracterización de la estructura y dinámica familiar de sistemas familiares que se encuentran en condición de desplazamiento por violencia en Piedecuesta.

Ahora bien la facultad de Ingeniería Civil se vincula desde el proyecto de “Construcción de vivienda para los beneficiarios del subsidio de gobierno del municipio de Piedecuesta”.

Actualmente también la facultad de Comunicación Social apoya el proceso desde la modalidad de pasantía para efectuar la “Estructuración de la oficina de prensa del C.P.S” y la creación de un programa de televisión en el cual se informe las diversas actividades que desde el centro se llevan a cabo.

También la escuela de formación humanista se vincula en aporte con las capacitaciones a docentes de los diferentes colegios bajo la propuesta “Ético-Humanista”; actividad realizada por el docente Gustavo Quintero. De igual forma, la facultad de Derecho, hace presencia con sus estudiantes en el consultorio jurídico.

Estos son los principales proyectos y acciones en los cuales se fundamenta el fortalece el carácter social del centro de proyección, las cuales se orientan hacia la integración e interdisciplinariedad en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población vulnerable y menos favorecida del municipio de Piedecuesta y sus alrededores.

Fundamentación Teórica

Bajo el rubro de terapia cognitivo-conductual se hace referencia a

diversas intervenciones terapéuticas que difieren entre sí por el grado en el que enfatizan intervenciones cognitivas sobre conductuales o viceversa. Según Clark (1995) citado por Caro (1999) entiende la terapia cognitiva como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las variables defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos. Los enfoques cognitivos de terapia tienen como objetivo la modificación de las cogniciones equívocas que presentan las personas con relación al mundo y a sí mismas. La diferencia que hay con los terapeutas conductuales tradicionales, los cuales se concentran en la modificación del comportamiento externo, es que los terapeutas cognitivos también tratan de cambiar el modo en que piensan las personas. Debido a que con frecuencia emplean los principios del aprendizaje, los métodos que utilizan se denominan enfoque cognitivo conductual (Feldman, 2001). Así mismo Clark (1995) plantea que el terapeuta y el paciente colaboran en identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad.

Los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de la conducta. Esta orientación se desarrolló como resultado de varias líneas de investigación que han demostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta, ignorado por muchos años por el conductismo tradicional bajo la representación de Watson. Otra razón para reconocer la importancia de los procesos de aprendizaje en el cambio de la conducta es que muchos de los problemas que requieren intervención terapéutica tienen ellos mismos un fundamento cognoscitivo. Las conductas manifiestas por las que recurre una persona a tratamiento no siempre son el problema, sino que pueden ser experiencias internas que pueden estar relacionadas con la forma de pensar, sentir y auto-verbalizar del individuo. La Terapia Cognitivo Conductual se focaliza más en los significados conscientes,

le interesan más los *Cómo* y los *Para qué* que los *Por qué*. Es una terapia que se orienta al análisis de los pensamientos automáticos, los supuestos o creencias y la organización de sus percepciones, como en el análisis minucioso de las conductas y actitudes sintomáticas. Es una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva y en la que el terapeuta y paciente/cliente trabajan de forma conjunta. Su objetivo es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional, comprueben en la realidad su pensamiento y conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonales. La meta está en curar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo. La terapia cognitiva fue desarrollada como un tratamiento para la depresión estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 1964), citado por (Beck, J, 2000). El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos.

Esta permanente mejoría resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes; y de los pensamientos automáticos; en resumen es la modificación de los esquemas cognitivos distorsionados del individuo. El modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación a menudo expresada en pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y las respuesta fisiológica subsiguiente. Las personas con trastornos psicológicos a menudo perciben mal situaciones neutras o hasta positivas y deforman sus pensamientos automáticos. Al examinar críticamente estos pensamientos y corregir los errores, en muchos casos se sienten mejor.

Para corregir las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y

específicos en el proceso de pensamientos, la Terapia Cognitivo Conductual es una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el “aquí y el ahora” de los problemas tanto situacionales como psicológicos se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en la conducta. Las técnicas más importantes son: la Terapia Racional Emotiva, el Entrenamiento en Auto instrucción, Terapia Cognitiva de Beck y Solución de Problemas. Todas estas formas de terapia, están basadas en la noción de que los pensamientos tienen que ver con la etiología y el mantenimiento de ciertos trastornos. Sus intervenciones terapéuticas buscan reducir la cantidad de estrés en los pacientes, así como aumentar su capacidad de adaptación intercambiando conductas y pensamientos problemáticos y adquiriendo nuevas formas de procesar información.

Por su parte, la Terapia Racional Emotiva fue desarrollada por Albert Ellis (1990), y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento equivocados o irracionales. Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden.

La RET es un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conducta autoderrotista y realizarse a sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante. Se trata de enseñar a las personas cómo sus actitudes y creencias son directos responsables de su malestar emocional y de sus problemas interpersonales. Ofrece a las personas un método científico de pensamiento racional que le permita ver la forma de conseguir un autocontrol emocional que favorezca la consecución de metas personales. La aceptación de sí mismo y de los otros también lleva a alcanzar una mayor autorrealización.

por prácticamente cada persona significativa de la sociedad". "Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles". "Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad". "Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen". "La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones" "Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra". "Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida". "Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar". "La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual, y algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente". "Las personas deberán sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás". "Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe".

Estas creencias básicas fueron sintetizadas por Ellis en (1977):

"Debo ser increíblemente competente, o de lo contrario no valgo nada".

"Los demás deben considerarme; o son absolutamente estúpidos".

"El mundo siempre debe proveerme de felicidad, o me moriré".

En la literatura actual, el malestar emocional suele describirse mediante un modelo unitario: los niveles altos de malestar emocional se conceptualizan como niveles altos de afecto, mientras que los niveles bajos de malestar emocional suelen conceptualizarse como niveles bajos de afecto. No obstante, recientemente Albert Ellis (1990) y algunos de sus colegas que trabajan con terapias racional emotivas y cognitivo-conductuales han descrito el malestar emocional como un constructo binario compuesto por dos componentes

distintos: sentimientos negativos funcionales (ejm. Tristeza) y sentimientos negativos disfuncionales (ejm. Sentirse inútil). Los resultados en estudios aplicados de este modelo han revelado que en una situación de estrés los niveles elevados de pensamientos irracionales se asociaban con un mayor nivel de sentimientos negativos tanto funcionales como disfuncionales, mientras que los niveles bajos de pensamientos irracionales se asociaban con bajos niveles de sentimientos negativos funcionales pero con niveles altos de sentimientos negativos disfuncionales.

Según Timothy (2003), la TRE es un buen ejemplo de reestructuración racional porque pretende cambiar el comportamiento alterando la forma en que el paciente piensa en las cosas. La sabiduría convencional a menudo sugiere que los acontecimientos causan (conducen en forma directa a) problema emocionales y conductuales. De acuerdo con Ellis, todo comportamiento sea desadaptativo o de otro modo, no está determinado por los acontecimientos, sino por la interpretación de la persona de dichos acontecimientos. En el ABC de la TRE Ellis afirma que son las creencias (B), sobre las situaciones activadoras (A) las que determinan las consecuencias conductuales o emocionales (C); considerando así que el origen de los pensamientos irracionales no son tan importantes como los mensajes que se dan las personas. En cierto sentido la meta básica de la TRE es que las personas enfrenten su pensamiento ilógico; Ellis trata de hacer que el cliente utilice el sentido común, convirtiendo al terapeuta en un maestro activo y directivo (Timothy, 2003).

El terapeuta utiliza su pericia para argumentar en contra de estas ideas irracionales en la terapia o, incluso mejor, conduce a su paciente a que se haga él mismo estos argumentos. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar: ¿Hay alguna evidencia que sustenten estas creencias? ¿Cuál es la evidencia para enfrentarnos a esta creencia? ¿Qué es lo peor que puede ocurrirle si abandona esta creencia? ¿Y qué es lo mejor que puede sucederle? Además de la argumentación, el

terapeuta TRE se asiste de cualquier otra técnica que ayude al paciente a cambiar sus creencias. Se podría usar terapia de grupo, refuerzo positivo incondicional, proveer de actividades de riesgo-recompensa, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en empatía, quizás utilizando técnicas de juego de roles para lograrlo, impulsar el auto-control a través de técnicas de modificación de conducta, desensibilización sistemática y así sucesivamente.

El terapeuta cognitivo-conductual debe ayudar a los pacientes a aprender a etiquetar las situaciones de forma más realista. Para facilitar esta reestructuración racional de circunstancias, el terapeuta puede utilizar en ocasiones razonamientos o discusiones en un intento por lograr que los pacientes vean la irracionalidad de sus creencias. Además de ofrecer un análisis racional de las creencias, el terapeuta puede intentar enseñar a modificar sus enunciados internos; es decir, se les puede enseñar que cuando comiencen a sentirse mal en situaciones reales, deben hacer una pausa para preguntarse qué se están diciendo en esas circunstancias. En otros casos también se puede hacer uso de las imágenes mentales (Timothy, 2003). El terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas; sirviéndose de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje. (Caro 1999). Dentro de esta técnica se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones: controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados (Beck, 1987).

Por su parte, Beck (2000) propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en las conductas de los pacientes. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las

personas interpretan estas situaciones. La interpretación de una situación expresada a menudo en forma de pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente. En la terapia cognitiva se parte de una evaluación realista, y la consiguiente modificación del pensamiento, lo que produce una mejoría en estados de ánimo y comportamiento. Dentro de este proceso de evaluación es importante la identificación de los pensamientos automáticos entendidos éstos como aquellos pensamientos que distorsionan la realidad, que son emocionalmente perturbadores, y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos. Los pensamientos disfuncionales son casi siempre negativos y la emoción que experimenta el paciente está conectada de manera lógica con el contenido del pensamiento Beck (2000). Los pensamientos automáticos son breves y fugaces y pueden aparecer en forma verbal y en forma de imágenes, las personas suelen aceptar dichos pensamientos como si fueran verdaderos sin reflexionar sobre ellos ni evaluarlos. Contrario a lo anterior evaluar la validez y utilidad de estos pensamientos y responder a ellos de una manera adaptativa generalmente produce un cambio positivo en los sentimientos.

La identificación de las emociones tiene una importancia fundamental en la terapia cognitiva, en donde las emociones negativas pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción. En otro sentido operan las creencias, según Beck (2000), creencias son aquellos conceptos más profundos, a menudo no expresados, que los pacientes tienen de ellos, de los demás, y el mundo. Así, las creencias dan lugar a los pensamientos automáticos. Pueden clasificarse en dos categorías: las creencias intermedias compuestas por reglas, actitudes y presunciones y las creencias centrales compuestas por ideas globales rígidas y absolutas acerca de uno mismo y de los demás. Las creencias centrales negativas se pueden clasificar en dos categorías: las que se asocian con el desamparo y las que se asocian con la imposibilidad de ser amado.

Las distorsiones cognitivas y pensamiento automáticos se consideran como errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979). Dentro de los cuales pueden mencionarse:

Inferencia Arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

Abstracción Selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia con base a ese detalle.

Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.

Maximización y Minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado con base a la evidencia real.

Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva del individuo a atribuir acontecimientos externos como referidos a sí mismo, sin que exista evidencia para ello.

Pensamiento Dicotómico o Polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios. Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados.

Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y supuestos personales. (Mckay, 1981 citado por Ruiz & Caro 2005). De esta forma la terapia cognitivo

conductual está orientada a la modificación de dichas distorsiones fundamentándose en una serie de principios mencionados a continuación:

Principios de la terapia cognitiva planteadas por Beck

Aunque la terapia debe planearse a medida para cada individuo, de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda aplicación de la terapia cognitivo-conductual:

- 1 Esta terapia se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos. Según Riso (2006), el terapeuta abarca el estudio del paciente en tres niveles: el primero hace referencia al de las interacciones entre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas motoras y sus relaciones con el ambiente; en segundo nivel los autoesquemas implicados y las estrategias de autopropagación asociados a ellos; y por último los esquemas de segundo orden (la visión del mundo del paciente) y sus relaciones con las demás estructuras cognitivas.
- 1.2 Requiere de una sólida alianza terapéutica, la relación paciente-terapeuta; está basada en la empatía, autenticidad, calidez y competencia.
- 3 Enfatiza la colaboración y participación activa, se considera el trabajo como un trabajo en equipo en donde el paciente va integrándose en cada sesión.
- 4 Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados en donde se evalúa la validez de los pensamientos a través de la evidencia, corrigiendo la distorsión del pensamiento.
- 5 La TCC inicialmente destaca el presente. El tratamiento de la mayor parte de los pacientes implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente. La resolución o el abordaje más realista de las situaciones

perturbadoras muchas veces lleva al alivio de los síntomas. Por lo tanto, el terapeuta cognitivo por lo general, suele comenzar la terapia con un examen del aquí y ahora, independientemente de cuál sea el diagnóstico.

- 6 La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
- 7 Tiende a ser limitada en el tiempo; en la terapia se ayuda a resolver los problemas prioritarios dando las herramientas necesarias.
- 8 Las sesiones de la terapia son estructuradas, no importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida para cada sesión.
- 9 Esta terapia ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
- 10 La TCC se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Así mismo, en parte de su trabajo sobre la depresión, observa que en este y otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta. Este concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "supuestos personales"(Beck, 1979). Estas asunciones o supuestos son adquiridas en etapas tempranas de la vida y permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados(distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales.

Los datos básicos de la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos

automáticos (Beck, 1979). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. El terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos-afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los supuestos personales subyacentes, haciendo esto último con base a las distorsiones cognitivas más frecuentes.

Para (Beck, 1979), el modelo cognitivo conductual postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: a) la triada cognitiva, b) los esquemas cognitivos, y c) los errores en el procesamiento de la información. La triada cognitiva, que en el caso del depresivo se encuentra caracterizada por un estilo cognitivo negativo; es decir, una forma pesimista automática (inconsciente) de interpretar las experiencias, incluye: a) el concepto disfuncional de sí mismo -baja autoestima-, b) percepción negativa de sus relaciones interpersonales, y c) pronósticos fatalistas. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr

la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en interpretar, en el caso del depresivo, sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro; espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los esquemas cognitivos o sistema de creencias del individuo incluyen recuerdos, valores, deseos, expectativas, reglas, etcétera. Forman un filtro a través del cual la persona matiza la percepción de sí misma, su realidad y el futuro. En la depresión se distorsionan las creencias, y se altera en consecuencia la percepción del individuo. Es importante discernir entre conocimiento y creencia: el primero responde a la razón, a la lógica, a lo objetivo, mientras que la creencia, asociada a los afectos y a la emoción, es irracional y subjetiva.

La Terapia Cognitiva (TC) parte de un modelo diathesis-estrés, el cual sostiene que para que la patología tenga lugar deben confluir tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva. El acontecimiento estresante no

es suficiente por sí mismo para que el trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información; la alteración se produce en la confluencia de ambos factores. Así mismo, es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción), y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos (Riso, 1992).

La terapia cognoscitiva es sin lugar a dudas una de las corrientes que más se ha desarrollado en los últimos años, tanto a nivel teórico e investigativo, como aplicado. Los descubrimientos en lo que se conoce como ciencias cognitivas en general y procesamiento de la información en humanos en particular, ha permitido el desarrollo de modelos de evaluación e intervención clínica cada vez más fructíferos y eficientes.

La TC enfatiza la modificación cognitiva de esquemas, procesos y productos, y las relaciones que el pensamiento automático o controlado y las distorsiones cognoscitivas establecen con la conducta motora y las emociones. Básicamente, el tratamiento se focaliza en la identificación y corrección sistemática de aquellas estructuras informacionales cognitivo/afectivas, así como aquellos aspectos relacionados con la filosofía de vida, los valores, los esquemas motivacionales y el sistema general de creencia del paciente. El modelo cognitivo reconoce la interdependencia entre emoción, comportamiento motor y cognición, pero utiliza ésta última como vía principal para la transformación terapéutica (Riso, 2000).

Lo que define la esencia de un modelo psicológico no son las técnicas que emplean, sino el objetivo terapéutico que persigue y al cual se adecuan las técnicas. Algunos objetivos en función de las técnicas utilizadas son: instruir acerca de las imágenes mentales que tenga el paciente frente a alguna situación específica; combatir las imágenes espontáneas por otras, seguir la imagen hasta su conclusión puede llevar al terapeuta y al paciente a

conceptualizar mejor el problema a la reestructuración cognitiva de la imagen y al alivio de la situación. Guiar al paciente para que imagine que está tolerando mejor la situación, ayudar al paciente a identificar una imagen, evocarla y cambiar el final. Al hacerlo habitualmente alivia su estrés.

Algunas técnicas utilizadas desde el modelo cognitivo-conductual son:

La técnica de distracción y refocalización: útil en aquellos casos en los que se necesita la concentración para lo que se está llevando a cabo. El terapeuta enseña al paciente a concentrarse en lo que está diciendo su interlocutor. La distracción cognitiva puede ser un recurso útil cuando el paciente se siente abrumado por enfrentar una situación específica.

La técnica de relajación: en la cual los ejercicios se deben enseñar y practicar en la sesión para resolver las dificultades que se puedan presentar y poder evaluar su eficacia.

Autoinstrucciones: imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas que se estén llevando a cabo o se deseen ejecutar. Esta técnica acostumbra a utilizarse con niños impulsivos, algunos pacientes esquizofrénicos, para combatir la ansiedad (en especial ante exámenes, temor a hablar en público y miedo a los animales) y para controlar la ira y el dolor.

Autorregistro: Instrumento diseñado para que el cliente lo complete. Se realiza en situaciones de la vida diaria, es decir, en el mismo instante en el que ocurren. Algunos de los aspectos que se pueden desear registrar en un autorregistro son estados emocionales (contenido de los sentimientos e intensidad), pensamientos, conductas realizadas y estrategias llevadas a cabo por parte del cliente. Los objetivos del autorregistro son la evaluación de los problemas del cliente antes de la intervención y durante ésta, además de la facilitación de los efectos de las técnicas terapéuticas empleadas y toma de conciencia de los problemas y de las estrategias llevadas a cabo por el cliente

para solucionar su problema

Biblioterapia: Proporcionar bibliografía sobre una problemática, para que la persona que la solicita pueda comprender su problema y conocerlo mejor, con el objetivo de poder solucionarlo o mejorarlo.

Cuestionario: Consiste en una serie de preguntas (de número variable) normalmente acompañadas de varias opciones de respuesta donde el cliente debe contestar generalmente sólo una. Los cuestionarios pueden medir infinidad de conceptos, como por ejemplo características de personalidad, estados emocionales, estilos de afrontamiento de problemas, estilos de pensamiento, importancia de ciertos problemas en la vida diaria, etc.

Estrategias de afrontamiento: Todas aquellas acciones que ejecutamos al encontrarnos delante de un problema, con el objetivo de solucionarlo, eliminarlo o minimizar sus efectos.

Exposición en imaginación: Técnica de exposición en la cual el cliente se expone en su imaginación (es decir, imaginando) a los estímulos y situaciones que le producen ansiedad.

Exposición en vivo: Técnica de exposición en la cual el cliente se expone en la vida real a aquellos estímulos y situaciones que producen ansiedad, miedo y/o pánico. Acostumbra a ser la más efectiva de las técnicas de exposición.

Habilidades Sociales: Conjunto de habilidades necesarias para una correcta interacción con otras personas en casa, trabajo, escuela, etc. Incluye habilidades de conversación, alabanza, resolución de problemas, ayuda a los otros, agradecimiento, etc.

Programa de economía de fichas: Procedimiento usado en caso de trastornos de conducta en niños/as y jóvenes. Se utilizan una serie de fichas, pegatinas, puntos, etc. asociados a algún premio que se irán dando o quitando al niño/a en función de si lleva a cabo la conducta deseada, o no hace aquello que no queremos que haga.

Reestructuración cognitiva: Técnicas que se encaminan a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados del cliente que están incidiendo en

sus emociones y conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados.

Refuerzo negativo: Acción, consecuencia o suceso, que al producirse disminuye la probabilidad de que una conducta vuelva a repetirse. Cuando a un niño que no cumple con los compromisos escolares los padres reducen las horas en las que puede ver televisión.

Refuerzo positivo: Por ejemplo, la alabanza de una madre a su hijo cuando se ha lavado las manos antes de comer, es un refuerzo positivo ya que aumenta la probabilidad de que el hijo vuelva a lavarse las manos antes de la siguiente comida.

Solución de problemas: Procedimiento de carácter cognitivo y conductual que persigue dos objetivos: a) la generación de múltiples posibilidades de actuación ante la ocurrencia de un problema y b) el incremento de la probabilidad de elección de aquella alternativa más eficaz

ABORDAJE CONCEPTUAL

Según el colegio oficial de psicología (2006), la psicología clínica se define como la rama de la psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico, y su aplicación, desde la ciencia psicológica en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos. El nivel fundamental de la psicología clínica comparte un conocimiento básico común a toda la psicología; el conocimiento básico obtenido en 100 años de investigación sobre el comportamiento, la biología, la cognición y las emociones del hombre (Compas, 2003). Según el Colegio Oficial de Psicología (2006) La psicología clínica y de la salud, se define como una disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro

comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. Así mismo plantea que el psicólogo clínico es el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse. En este mismo sentido la psicología clínica y de la salud no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de restaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud, desarrolladas por esta área de la psicología. Dados los requerimientos que se tienen desde la psicología clínica y de la salud se enfatiza en la necesidad que tiene el psicólogo de poseer una formación fundamentada en la eficacia y especialización, con el propósito de lograr resultados positivos y cambios plausibles con respecto al paciente, a través de la terapia que se brinda a los mismos. Teniendo en cuenta estos requerimientos la propuesta actual se basa en el enfoque cognitivo-conductual y en las diversas posibilidades de técnicas propuestas a partir de la misma; que propendan a la prevención de la enfermedad mental y a la promoción de la salud mental.

Costa y López (1992) citado por Oblitas (2003), consideran que la educación para la salud constituye un instrumento más para lograr los objetivos de su promoción y que no es posible definir en qué consiste ésta última, si previamente no tenemos una idea clara aquella a la que conceptualizan como “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de

riesgo". Por su parte, la promoción de la salud es considerada como cualquier combinación de educación para la salud y apoyos que faciliten las prácticas saludables, es decir, un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud. Stokols (1992) citado por Oblitas (2003), hace hincapié no tanto en programas centrados en las personas o grupos sino en estrategias de carácter ambiental que proporcionen los recursos necesarios para promover la salud y bienestar de la población. A partir de esto, se lleva a cabo un modelo psicoeducativo desde el enfoque cognitivo conductual, por medio de grupos de apoyo que propenden a la promoción de la salud mental. Estos grupos se denominan también "reunión de grupo" o "discusión de grupo". Se basa en el grupo como unidad representativa (célula social) que expresa unas determinadas ideas: valores, opiniones, porque tienen ciertas características en común que les relacionan con el tema objeto de la discusión. Puede definirse, como "aquel grupo cuyo objetivo es hacer una confrontación de opiniones, de ideas o de sentimientos con el fin de llegar a unas conclusiones, un acuerdo o unas decisiones" actitudes, dominantes en un determinado estrato social. Los participantes se seleccionan. De acuerdo a lo anterior se hace importante ubicar el concepto de salud mental.

Salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. En

cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental.

Para la OMS (2001) la salud mental "es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social". La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Oblitas (2003) la salud, entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Es el sustrato básico para la autorrealización del ser humano, un recurso para la vida (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995). Según Brenner y Wrubel (1989) citado por Oblitas (2003), el bienestar como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que el organismo funciona de manera congruente e integrada. Por su parte, Dubos (1975) citado por Oblitas (2003), sostiene que la salud "es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio"

Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental-emocional, consciente o inconsciente, e inversamente, cada cambio en el estado mental-emocional, consciente o inconsciente es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico Green y Green (1979) citado por Oblitas (2003). El ser humano constituye una unidad como sistema individual y también en relación con el mundo que lo rodea, ya que forma parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social. A través de los comportamientos, las personas interactúan con el entorno, y éste comportamiento está en función tanto de variables personales y ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí (Oblitas, 2003). La salud es un estado, y al mismo tiempo un proceso dinámico y cambiante. Continuamente las personas sufren alteraciones en el medio interno, físico y psicológico; así como en las relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de los esquemas internos.

Oblitas (2003), en estos últimos años se ha generado un cambio radical en la concepción de la salud y la enfermedad; el modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente de los hábitos de vida. Lo cual significa, que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, el comportamiento; constituyen aspectos centrales de esta problemática humana.

En los últimos 3 o 4 decenios, los tratamientos basados en el modelo cognitivo han evolucionado desde una intervención para la depresión y se ha expandido hasta incluir tratamientos para muchos problemas y trastornos psicológicos. El campo de la psicología cognitiva continua multiplicándose en la investigación científica y, más que permanecer inmóvil, continúa evolucionando (Lyddon, 2000). La TCC (Terapia Cognitivo Conductual) se ha ido fortaleciendo en el campo de la salud mental, en el cual en los últimos años

se reporta un incremento de trastornos mentales en la población a nivel general. Según informe de salud y enfermedad mental desarrollado en el año 2003 por el Ministerio de Salud en Colombia se encontró que los trastornos con mayor prevalencia en el país son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Así mismo, se ha identificado que a nivel mundial 5 de las primeras causas de discapacidad son psiquiátricas. Razón por la cual la terapia cognitiva se constituye en uno de los tratamientos pioneros que aporta a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental.

Según informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la enfermedad depresiva continúa siendo el trastorno mental más común y cada día se reporta un incremento en ella. Se informa que la presencia de depresión mayor a lo largo de un período de 12 meses es de 10.3% (hombres 7.7% y mujeres 12.9%) (Kessler, 1994), se estima que hasta un tercio de la población sufre de un episodio de depresión leve en algún momento de su vida (Paykel y Priest, 1992). La depresión es una enfermedad costosa en términos de días no trabajados, ocupación de camas en hospitales, tratamientos, prestaciones del estado y grados de angustia para quienes la padecen y para sus familias. Para el año 2020 es probable que la depresión clínica se coloque en segundo lugar-solo después de las cardiopatías crónicas-entre las cargas internacionales para los servicios de salud, medida según causa de mortandad, discapacidad, incapacidad para laborar y recursos médicos utilizados (Hartlet, 1998; OMS, 1998) citado por (Lyddon, 2002).

Dentro de los criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV (2002) se pueden mencionar los siguientes:

A Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indica el propio individuo o por observaciones hechas por otro. Nota. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Interés o placer notablemente disminuido en todas, o casi todas, las actividades, durante la mayor parte del día casi todos los días.
3. Pérdida significativa de peso cuando no se está a régimen o alza de peso, o disminución o incremento de apetito.
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de minusvalía o culpa inapropiados o excesivos casi todos los días (que pueden ser delirantes, no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o intento de suicidio o plan específico para cometerlo.

B Los síntomas no satisfacen los criterios de un episodio mixto.

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica (ej. Hipotiroidismo).

E Los síntomas no se explican mejor debido a un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento

psicomotor.

De acuerdo a la afectación negativa que los estados de ánimo específicamente la depresión, generan en los individuos, desde la terapia cognitiva se busca modificar la interpretación desadaptativa que el sujeto elabora de sí mismo, del mundo y de su futuro, y que generan sentimientos de minusvalía y pérdida de autoestima y motivación; cuyo tratamiento se fundamenta en la triada cognitiva. A continuación se hace una descripción de los inicios y avances de la terapia cognitivo conductual para la depresión propuesta en un principio por Aaron Beck.

Terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión

Según Beck (1964), citado por (Lyddon, 2002); desde las primeras descripciones de una teoría cognitiva de la depresión por parte de Beck (1963, 1964, 1967), se han propuesto varias modificaciones y avances teóricos, la mayoría respaldados por estudios experimentales. La teoría original, basada principalmente en la observación clínica cuidadosa y astuta, se ha enriquecido por una asociación más estrecha con la ciencia cognitiva básica que en sí misma ha presentado un agudo desarrollo en los últimos 10 a 15 años (Steing y Young, 1992), citado por (Lyddon y Jones, 2002). La descripción cognitiva original de Beck para el desarrollo y mantenimiento de la depresión fue un modelo relativamente directo, donde se consideraba que todos los síntomas de la depresión eran mantenidos por un contenido de pensamiento generalmente negativo en relación con el sí mismo, el ambiente y el futuro. Este contenido negativo de pensamiento era el resultado de un estilo de tendencia negativa en el procesamiento de la información, como la magnificación de los aspectos negativos de la información y la minimización de los rasgos positivos. El contenido negativo de pensamiento y el procesamiento tendencioso de la información se consideraban comprensibles en términos de las estructuras cognitivas estables subyacentes, o esquemas que representan el historial

pasado de aprendizaje del individuo. Estas podrían ser reglas de la conducta (“Debo hacer todo a la perfección”), suposiciones básicas (“Si cometo un error, la gente me perderá el respeto”) o creencia nucleares (“Soy incompetente”). Los esquemas quizá estén silenciosos por largos períodos, pero se podrían activar por acontecimientos desencadenantes particulares, como la pérdida real o percibida de un ser amado o la pérdida de estatus. Una vez desencadenados, los esquemas subyacentes se aplicarían cada vez a más situaciones y sucesos, además el ánimo depresivo escalaría hasta un síndrome depresivo completo.

Existen avances recientes en la terapia cognitiva de la depresión, como la teoría de la red asociativa propuesta por Bower (1981), con la cual busca explicar las relaciones entre las cogniciones y el estado de ánimo. Esta teoría postula que las cogniciones, emociones y sucesos se representan en el cerebro a través de núdulos o unidades discretas que se interrelacionan en una red. Por tanto, una emoción puede desencadenarse debido a un estímulo externo apropiado, o por la activación de otro nódulo vinculado en la red asociativa, por ejemplo, un recuerdo triste, una sensación interna o una información sensorial. Una vez activado, un estado de ánimo deprimido influye en el procesamiento de la información mediante la diseminación de la activación a través de la red asociativa, de modo que es más probable que las situaciones se interpreten de manera negativa. Esta relación recíproca entre ánimo y cognición explica la recuperación dependiente del estado de ánimo y recuperación congruente con el ánimo (Lyddon, 2002). En la perspectiva de Subsistemas Cognitivos Interactúantes (SCI) se intenta tomar en cuenta todos los aspectos del procesamiento de información, la depresión es considerada como un cambio de modelos esquemáticos.

Los modelos esquemáticos disfuncionales en la depresión codifican un mayor número de perspectivas negativas globales acerca del sí mismo e implican una estrecha dependencia de la valía personal en la aprobación o el éxito.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica. El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente.

Para finalizar, es necesario tener presente la existencia de diferencias individuales que se hallan presentes en la multiplicidad de seres humanos que existen en la naturaleza; cada individuo es poseedor de un sin número de cualidades, actitudes, habilidades y pautas de comportamiento que lo diferencian de los demás. Razón por la cual el mayor reto de la Psicología debe propender hacia la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de cada una de las personas sin dejar de lado la singularidad que los caracteriza.

Según Florido (2007), la depresión es una enfermedad que a menudo no es percibida por la persona que la padece y que suele ser ignorada por las que la rodean, llegando a ser catalogada como una debilidad de carácter para enfrentar la vida por la gran mayoría de las personas que desde afuera observan a aquellos individuos que tienen depresión. Existe una tendencia generalizada a que se presente una falta de conciencia de la enfermedad, debido fundamentalmente a la manera popular de ver este tipo de trastornos y a la creencia estigmatizante que existe alrededor de las enfermedades psíquicas y emocionales, lo que dificulta la aceptación de la enfermedad tanto del sujeto como de su familia. Sin embargo, es importante anotar que todas las personas pueden presentar en algún momento de su vida un episodio depresivo. Se ha descrito la posibilidad de que a los 70 años un 27% de los hombres y un 40% de las mujeres hayan presentado un episodio depresivo. Según encuestas realizadas en los Estados Unidos, el 6.4% de la población adulta ha presentado un episodio depresivo en el último año y un 12.5% lo

presentara a lo largo de su vida.

En el caso de Colombia se ha encontrado entre un 15% y un 19.6% de la población ha presentado alguna vez en su vida algún tipo de trastorno depresivo (tomado del informe realizado por el Ministerio de Salud de Colombia, 2003). Las manifestaciones iniciales que suelen interpretarse como de origen físico, son las que llevan al paciente a la consulta médica; se calcula que solamente una tercera parte de los pacientes a quienes se les ha diagnosticado depresión, han consultado justamente por el síntoma depresión. En el estudio de salud mental realizado en Colombia en el año 2003, se encontró que un 98% de pacientes con enfermedades mentales había tenido alguna consulta en el sector salud con médicos generales o con médicos no psiquiatras y que solamente 1 de cada 10 de estos pacientes había recibido una atención adecuada.

Tomado del informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

"La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo".

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), por su parte, ha indicado que cerca del 90% de las personas que padecen algún trastorno de tipo emocional, consultó al médico en algún momento de su vida pero que muchos de ellos no fueron diagnosticados o tratados adecuadamente. En este punto, es necesario comprender que convivir con una persona que sufre de depresión significa compartir con un enfermo, que así no se presente ningún

signo externo evidente de incapacidad física o de enfermedad, necesita de condiciones especiales para su cuidado. Dentro de estas condiciones especiales, además de un adecuado apoyo médico y un apropiado manejo farmacológico, se requiere un constante acompañamiento de la familia, los amigos y los compañeros cercanos.

El significado de la enfermedad a lo largo de la historia ha evolucionado como construcción social y cultural. El conocimiento se construye y reconstruye a través de la interacción y comunicación de la vida cotidiana, así se establecen realidades comunes sobre lo que sería estar sano o enfermo. Estos procesos de significación son aceptados por la comunidad e influenciados por el desarrollo de las ciencias médicas, la historia económica y política, el concepto del cuerpo y los avances científicos y técnicos de otras disciplinas. Por este motivo, cuando se abordan temas relacionados con la salud, hablar de causas puede ser inadecuado, ya que las enfermedades no aparecen directamente relacionadas con una sola causa, sino que suelen ser el resultado de un conjunto de factores que traen como consecuencia la manifestación o manifestaciones de alguna determinada enfermedad. Este aspecto es aún más relevante cuando se habla de la salud mental, sobre todo en lo que tiene que ver con la alteración de las emociones.

Los nuevos enfoque en el estudio del proceso salud-enfermedad, se centran en las relaciones entre los factores sociales, económicos, psicológicos y biológicos que rodean al individuo y que influyen directamente en la aparición y en la manifestación de la enfermedad. Dentro de estos factores se pueden mencionar los factores individuales, sociales, demográficos, familiares y genéticos descritos a continuación:

Factores individuales

La edad, el sexo, la herencia genética, los factores biológicos, y la personalidad; son considerados con frecuencia factores de riesgo importantes para el desarrollo depresivo. En cuanto a la edad, se ha descrito que la

depresión puede presentarse en todas las etapas de la vida, desde la niñez hasta la fase del adulto mayor. Sin embargo, se presente mayor incidencia entre los 25 y 40 años (Florido y Urrego, 2007). Se han observado como períodos de alto riesgo para el inicio de los síntomas la adolescencia y el convertirse en adulto mayor, edad que coincide con la aparición de enfermedades crónicas. Es necesario tener en cuenta que los síntomas depresivos son los mismos para los diferentes grupos de edad, lo que varía es la intensidad de cada uno de ellos. En la adolescencia y la niñez, predominan los síntomas físicos, la irritabilidad y el aislamiento social; mientras que en el adulto es más frecuente encontrar alteraciones en los patrones de sueño, lentitud motora e ideas de minusvalía.

El sexo parece ser un factor de vulnerabilidad debido a características constitucionales inherentes a uno y a otro. Por ejemplo, las mujeres presentan una mayor susceptibilidad para presentar episodios depresivos, puede hablarse que por cada 2 mujeres con la enfermedad, se encuentra solamente 1 hombre con el trastorno. Estas diferencias se han tratado de explicar mediante diversas teorías entre las que se encuentran: los cambios hormonales propios de las mujeres, algunas alteraciones fisiológicas y mayores responsabilidades cotidianas que se convierten en factores de estrés.

La herencia puede predisponer a la presencia de depresión. Las personas que tienen un antecedente de depresión en sus familias tienen mayores posibilidades de desarrollar un episodio que las que no lo tienen. Al mismo tiempo, el tipo de personalidad previa a la enfermedad predispone a la presencia de depresión, por ejemplo los obsesivos compulsivos, los dependientes y los histéricos son más vulnerables a la enfermedad. A esta situación se le denomina personalidad premórbida. Dentro de los factores biológicos se han descrito alteraciones bioquímicas en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la dopamina, la noradrenalina y la acetilcolina entre otros; también alteraciones del sistema endocrino (constituido por las glándulas de secreción interna), y otras alteraciones fisiológicas producidas por

enfermedades generales. Los neurotransmisores son sustancias que transfieren información dentro del cerebro. Se ha observado que existe relación entre el origen de la depresión y la alteración de los receptores, la producción bioquímica y la acción de estas sustancias.

Desde tiempos antiguos Hipócrates defendió una teoría que relacionaba el balance de los humores del cuerpo y el temperamento; Galeno propuso que el adecuado equilibrio entre las pasiones y el cuerpo era necesario para hablar de salud física; y dentro de las teorías anatómicas; Robert Burton desarrolló el tratado de la anatomía de la melancolía. Sin embargo, con el surgimiento de la medicina moderna, todos estos conceptos fueron relegados a un segundo plano centrando todo el proceso de la enfermedad en la unicausalidad del agente, es decir, en la teoría de que una enfermedad tenía una sola causa. A principio de los años noventa se retomó el estudio de la neurociencia del comportamiento y se desarrollaron teorías del efecto de las emociones en el proceso de enfermedad determinando las vías fisiológicas que la producen. Dentro de los mecanismos descritos se encuentran las alteraciones del sistema inmune y endocrino que determinan el nivel de vulnerabilidad del individuo a la enfermedad. Estas interacciones pueden evidenciarse al confirmar que existe una relación entre los aspectos cognitivos, comportamentales, afectivos y psicológicos del individuo, a través de la integración del sistema nervioso que implicarían el impacto de la depresión en la salud.

Estructuralmente, las vías de la regulación autónoma del sistema nervioso, de la regulación del afecto y de la atención, están relacionadas entre sí e incluyen circuitos inhibitorios entre la corteza cerebral de la región frontal, que evolucionaron desde estructuras que regulan la actividad rítmica del sistema cardiovascular. La falta de equilibrio de comportamientos negativos como los que se presentan en la depresión, están asociados con circuitos, procesos y mecanismos inhibitorios del sistema nervioso autónomo. Se ha propuesto también que las emociones constituyen un tipo de patrón de acción

fijo, que influye de diversas maneras en los mecanismos que regulan las acciones motoras. Otros aspectos importantes en la aparición de la depresión son aquellos que constituyen los denominados factores sociales.

Factores sociales

Entre estos factores se encuentran el estado civil, la cultura, el nivel socio-económico, y la presencia de eventos vitales, estresantes o traumáticos. El estado civil se ha convertido en uno de los factores de riesgo más comunes para presentar síntomas depresivos. Se ha descrito que el matrimonio es un factor de riesgo en las mujeres pero se constituyen en un factor protector en el hombre. Esta diferencia se ha tratado de explicar con diferentes teorías, dentro de las que tiene una vital importancia la presencia de violencia de género hacia la mujer, en la medida en que se la somete a maltrato físico y con mayor frecuencia a maltrato psicológico silencioso desencadenando una depresión. Es importante anotar que las personas que no tienen vínculo afectivo alguno presentan mayor riesgo de depresión que aquellas que mantienen una relación.

La cultura tiene un rol importante para la enfermedad depresiva. Existen patrones culturales que influyen la forma de presentación de los síntomas de una depresión. En aquellos casos donde el comportamiento general es de aislamiento e introversión, es decir, más individualista, es más difícil realizar un diagnóstico ya que predominará la somatización sobre los síntomas psicológicos. Lo contrario sucede con culturas más sociables y cooperativas, donde la detección de los casos y la expresión de los síntomas serán más evidentes. Al mismo tiempo los roles y patrones de conducta determinados dentro de la sociedad se convertirán en factores de riesgo de acuerdo con el grado de exigencia para cada uno de los individuos que la conforman.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables predisponen a la depresión. Se han realizado estudios que demuestran que si se tiene un grupo de sujetos sometido a condiciones económicas desfavorables y con malas condiciones de calidad de vida, se genera un conjunto de alteraciones

negativas que afecta la respuesta de los sistemas inmunes, endocrino y nervioso, que predisponen a la manifestación de enfermedades como la depresión, sin excluir otros factores como la herencia y los hábitos. Se establece entonces un mecanismo doble a manera de círculo vicioso alrededor de la enfermedad: por un lado, las condiciones socioeconómicas desfavorables tales como baja educación, pocos ingresos y desempleo, favorecen emociones negativas generando cambios fisiológicos y patológicos y, por otro lado el estilo de vida y comportamiento que subyacen a un grupo poblacional en condiciones de pobreza que está expuesto a más factores de riesgo negativos, inciden en la disminución de la capacidad de respuesta y motivación para superarlos, generando así como resultado, la enfermedad.

Se consideran eventos vitales aquellos acontecimientos en la vida de las personas que generan niveles altos de estrés y condiciones difíciles en un momento determinado. El matrimonio, la pérdida de empleo, la separación, el divorcio, un nuevo trabajo, la muerte de un ser querido, el nacimiento de un hijo o el diagnóstico de una enfermedad crónica, se consideran eventos vitales. Es necesario aclarar que cada individuo responde de una manera distinta ante eventos vitales iguales y por lo tanto pueden afectarlo en diferentes grados según su capacidad de adaptación, generando en un momento determinado una depresión.

La prevalencia de la depresión es mayor en mujeres que en hombres; también es mayor en pacientes que sufren enfermedades crónicas o graves, y en ancianos. Llama mucho la atención el hecho de que últimamente se ha presentado un aumento en la detección de casos de trastornos depresivos en niños y en adolescentes.

Al igual que los adultos, los niños y adolescentes pueden sufrir episodios depresivos; a pesar de que el cuadro clínico comparte características similares, se pueden identificar diferencias en las manifestaciones sintomáticas; los niños suelen manifestar ansiedad, dificultad para separarse de sus padres y variados problemas de conducta, mientras que los

adolescentes mayores sufren alteraciones en el sueño y en el apetito, y muchísima mayor dificultad en el funcionamiento general y en su respuesta social. En estas edades la depresión también se presenta de diferentes formas, intensidades y duraciones y puede ser recurrente y asociada a otras psicopatologías y dificultades interpersonales.

Se ha observado un incremento en los casos de trastornos afectivos en niños y adolescentes, con tendencias a desarrollarse cada vez a edades más tempranas, y con más frecuencia en niñas que en niños. Estudios hechos en los Estados Unidos indican que alrededor del 5% de los niños y 8.3% de los adolescentes de la población general padecen depresión en algún momento.

Teniendo claro que la depresión es una enfermedad curable, se hace necesario identificar las manifestaciones sintomáticas que permitan una detección precoz, que haga posible la instauración de un tratamiento oportuno y la adopción de medidas preventivas.

Los síntomas depresivos en los niños y en los adolescentes hay que diferenciarlos de los sentimientos de tristeza o de pena provenientes de eventos vividos, como una pérdida mayor (muerte de un familiar) o de los correspondientes a debilidades de la personalidad o problemas del carácter. Luego de muchos estudios, se ha concluido que no existe un factor único que pueda identificarse como detonante en la depresión en los niños y los adolescentes, y por el contrario se han identificado diferentes factores que intervienen en el surgimiento y mantenimiento de estos trastornos. Según algunos expertos estos factores son: demográficos, genéticos y familiares.

Factores demográficos

Después de la pubertad, el riesgo de un trastorno depresivo mayor aumenta entre dos y cuatro veces, especialmente en las niñas. La edad temprana parece conferir un mayor riesgo de recurrencia.

Factores genéticos

Los niños y adolescentes que tengan antecedentes genéticos de

trastornos depresivos son más susceptibles a influencias ambientales adversas, lo que quiere decir que su capacidad de respuesta es más limitada que aquellos que no presentan antecedentes de tipo genético. De la misma manera, se ha evidenciado que los hijos de padres deprimidos suelen tener un mayor riesgo de desarrollar depresión y otros trastornos de conducta y ansiedad.

Factores familiares

La familia es el primer sistema de relación y generador de vínculos afectivos y formas de interacción; su influencia es determinante en el desarrollo cognitivo, afectivo y social de niños y adolescentes. Lo fundamental en esta función se define más por la capacidad que la organización familiar tenga para responder efectivamente a las diferentes necesidades en el desarrollo de los niños, que por su propia conformación: nuclear, extensa, madre soltera, padres separados, etcétera. Situaciones no favorables a este propósito formador como violencia, maltrato y abandono, ejercidas o toleradas entre los adultos, o de los adultos hacia los menores, ejercerán un efecto más perjudicial si se mantienen que si se resuelven en la configuración de otro tipo de construcciones familiares. Existe una relación directa entre el maltrato intrafamiliar y las conductas depresivas que muchas veces llevan hasta el suicidio, especialmente en el grupo de adolescentes (Florido, C y Zulima, D; 2007).

Riso (2006), considerando el fuerte impacto del ambiente inmediato del niño, principalmente el parental, en la construcción de su propia identidad y la del mundo exterior, es evidente la importancia que adquiere el estudio del apego. Reconociendo el apego como un repertorio relativamente móvil y flexible, que progresa evolutivamente desde conductas simples y estereotipadas de búsqueda de contacto y protección hasta modelos representacionales internalizados y estables. El apego además de constituirse, en el principal vínculo emocional-afectivo para el niño, también cumple una función de seguridad según (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988) citados por Riso (2006). Existen diversas formas de apego: el apego seguro, que hace

referencia a aquellos padres sensibles y responsivos que generan un equilibrio en el niño; y el apego inseguro, el cual hace referencia a padres indiferentes que se muestran distantes, y que suelen ignorar a sus hijos afectivamente. Un conjunto significativo y sustentado de datos, muestra que los niños que han establecido apegos seguros obtienen resultados más positivos en el desarrollo posterior, que aquellos niños que han sido criados con apegos inseguros (Shulman, Elicker y Sroufe, 1994; y Bera 1998) citado por Riso (2006). Por ejemplo, los bebés con un apego (attachment) seguro en la etapa preescolar tendrán más habilidades en la solución de problemas, serán más creativos y más sociables. Los bebés que sufren de apego inseguro en la etapa escolar muestran altos índices de hostilidad y agresividad en comparación con los bebés con apego seguro. Según Riso (2006), las investigaciones de Bost y cols (1998), Elicker, Egeland y Sroufe (1992) y Carlson (1998), revelan de manera consistente que:

- 1 Los bebés que habían tenido apego seguro eran más tarde líderes sociales en la etapa preescolar, eran autónomos y curiosos y especialmente sensibles a las necesidades de otros niños, mostraban mejores habilidades sociales y mayor cantidad de amigos íntimos diez años después.
- 2 Los bebés que habían sido criados con apego inseguro no les gustaba compartir, eran poco curiosos, menos interesados en aprender, con poca perseverancia para obtener sus metas y pocas habilidades sociales. Había mayor tendencia a mostrar conductas desviadas y problemas en la adolescencia.

En general, desde la perspectiva de la psicopatología cognitiva, las investigaciones muestran una fuerte evidencia empírica entre apego y vulnerabilidad cognitiva (Ingram, 2003) citado por Riso (2006). El apego inseguro ha sido asociado con: elevada autocrítica, atribuciones disfuncionales,

alta vulnerabilidad a la depresión, pasividad y evitación social; baja autorregulación emocional, baja autoestima, trastorno disociativo, ansiedad por separación y trastornos de la personalidad límite.

DeWolff y Ijzendoorn (1997) citado por Riso (2006), los buenos cuidadores que generan apego seguro debe ser sensibles y responsivos a las necesidades del niño; tener una actitud positiva y expresar afecto, deben ser recíprocos con los menores, y deben tener mutualidad, apoyo y estimulación.

Según un estudio presentado al Senado de la República de Colombia:

“Los actos de violencia contribuyen a deteriorar los lazos de afecto al interior de la familia y el espacio del hogar se puede convertir en el lugar mas inseguro para presentar estados de depresión y falta de motivación para emprender nuevas tareas; se vuelve vulnerable pues pierde su habilidad y capacidad para vivir. Un ser humano violentado en su casa, puede sufrir alteraciones en su salud física, se llena de temores, inseguridades, en sus decisiones.”

Según el Instituto de Medicina Legal de Colombia, entre el primero de enero y el 15 de marzo del 2006 se registraron 50 casos de suicidios de niños y adolescentes.

Síntomas depresivos en niños y en adolescentes

Según Florido; C y Urrego, D (2007), los cambios en las conductas de los menores deben alertar sobre el desarrollo de un trastorno depresivo en niños y adolescentes. Los adultos responsables y los maestros pueden darse cuenta de que el niño o adolescente deprimido presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo.
- Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.
- Desesperanza.
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Perdida de interés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas.

- Alteración notoria en los patrones de comer y dormir.
- Quemadas frecuentes de enfermedades físicas, por ejemplo dolor de cabeza o de estomago.
- Concentración deficiente.
- Deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela.
- Aislamiento social, comunicación pobre.
- Problemas para relacionarse acrecentados.
- Tratar de escaparse de la casa o hablar frecuentemente de querer hacerlo.
- Ataques de rabia u hostilidad persistente.
- Baja autoestima y sentimientos de culpabilidad.
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.

De tal manera que cualquier cambio en el modo de ser habitual puede estar expresando un estado de depresión. Cuando, por ejemplo, un niño o adolescente dejan de agradaarle las cosas que normalmente disfrutaba, o habla de estar muerto o incluso de querer suicidarse, o tratando de sentirse mejor, recurre al alcohol u otras drogas, es momento de ponerse en alerta y buscar la atención y ayuda necesarias.

A pesar de contar con la identificación de las anteriores manifestaciones sintomáticas, hay que tener en cuenta que los niños y adolescentes, dependiendo de las características socio ambientales, del carácter propio y de las habilidades de comunicación que hayan adquirido, pueden tener comportamientos diferentes en la escuela y en la casa. Muchas veces pueden ser buena fuente de información para adultos y maestros, las personas más allegadas al niño o adolescente, como los amigos, los compañeros y en algunos casos miembros de la familia (hermanos, tíos, etcétera).

El diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta; esto se debe en gran parte, a que el niño presenta mayor dificultad para describir su sintomatología. Entre los síntomas que se

han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, pueden señalarse: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva frente al estudio, quejas hipocondríacas como cefaleas, dolor abdominal y de garganta. Hasta hace poco los psiquiatras infantiles se resistían a creer que la depresión infantil presentara características semejantes a la de los adultos, fue hasta 1971 que se presentó un cambio de actitud debido a que en el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos que se efectuó en Estocolmo, se dedicó a la discusión de puntos de vista y de ideas relacionadas con el tratamiento de los estados depresivos de niños y adolescentes (Calderón, 1996).

A partir del momento en que se hayan caracterizado los síntomas de un evento depresivo en un niño o en un adolescente, hay que tener presente que una atención oportuna y adecuada garantiza su recuperación. Es importante identificar en cada caso la relación entre los síntomas presentados y eventos detonantes que estén presentes en el ambiente de un niño o adolescente; resulta importante recordar que niños que han experimentado una pérdida importante, tanto de seres queridos como de mascotas, objetos y situaciones esenciales para ellos, tienen un alto riesgo de sufrir depresión. Otro factor a tener en cuenta cuando se trata de este tipo de pacientes, son las situaciones de alta presión o el maltrato.

Es igualmente necesario resaltar como un factor de riesgo importante el que el pequeño sea miembro de una familia en la que haya predisposición a la depresión. Lo anterior tiene relación con la incidencia en este cuadro de los factores genéticos.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que aparte de las pérdidas significativas mencionadas, es la pérdida de la seguridad por respaldo social o su erosión derivada de una baja autoestima, el factor que más se ha relacionado como desencadenante de depresión en los menores. Por lo tanto, el papel que jueguen los adultos responsables de los niños y adolescentes en

esta etapa del trastorno depresivo se constituye en algo fundamental hacia el logro de buenos resultados en la recuperación.

Cytryn y Mc New citados por (Calderón, 1996), clasifican la depresión infantil en tres categorías: crónica, aguda y enmascarada. Los dos primeros cuadros presentan síntomas semejantes; mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteraciones de los patrones del sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, retardo psicomotor, y en ocasiones, intentos e ideas suicidas. Con frecuencia pueden intercalarse períodos de agitación y de ansiedad. Lo que diferencia a estos dos cuadros, es que en el agudo puede haber un trauma severo y reciente relacionado a menudo, con la pérdida de un objeto. En tanto, que el cuadro de la depresión enmascarada no se presenta en forma claramente reconocible, más bien aparece una gran variedad de alteraciones emocionales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia. La depresión subyacente debe inferirse por la presencia de fantasías con fondo depresivo y manifestaciones periódicas de síntomas depresivos evidentes.

Una medida de respuesta inmediata consiste en controlar o modificar hasta donde sea posible los factores que han desatado la situación; por ejemplo, apartar al menor afectado de los ambientes de violencia o de maltrato, o establecer una comunicación eficiente entre las personas responsables en sus diferentes ambientes (familiar, escolar), pero fundamentalmente entender y aceptar que la situación por la que atraviesa el menor es ante todo un periodo doloroso, de difícil manejo y que su recuperación va mucho más allá de expresiones verbales de aliento, o de involucrar al menor deprimido en actividades que muchas veces los adultos responsables consideran, de manera ingenua, como opciones salvadoras pero en realidad no lo son (enviar a los chicos a vacaciones, cursos, campamentos, brindarles supuestos medios de distracción, video-juegos, películas, regalos, etcétera).

Ahora bien, si quiere ser más efectivo en esta fase del proceso, el adulto, además de la comprensión y la aceptación a la que se hizo referencia,

deberá acompañar con eficacia al menor afectado (manifestarle sentimientos de afecto y comprensión, permitir el espacio para que el niño exteriorice sus emociones: llanto, ira, dolor, etcétera) y tomar decisiones acertadas acerca de su tratamiento. Es necesario, tener presente que los sentimientos de depresión son reales y no es justo esperar que los niños o adolescentes se pongan felices de un momento a otro. Estos niños necesitan ser tratados eficaz y eficientemente, y esto es posible.

Así mismo, durante el proceso de pasantía se logran evidenciar síntomas asociados a otros trastornos de la infancia, como el trastorno del aprendizaje que a su vez se constituye en uno de los principales trastornos que afecta a los menores en edad escolar.

Trastornos del aprendizaje

Trastorno de la lectura

A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Trastorno del cálculo

A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

Trastorno de la expresión escrita

A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).

C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

Trastorno del aprendizaje no especificado

Incluye trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico. Esta categoría puede referirse a deficiencias observadas en las tres áreas (lectura, cálculo y expresión escrita) que interfiera significativamente el rendimiento académico aunque el rendimiento en las pruebas que evalúan cada una de estas habilidades individuales no se sitúe sustancialmente por debajo dado la edad cronológica de la persona, su coeficiente de inteligencia evaluada y la enseñanza propia de su edad.

Con base en los trastornos que se identificaron en la población infantil

surge la necesidad de direccionar las técnicas psicoterapéuticas que se emplean con la población adulta, debido a que sus problemáticas difieren de la de los menores. Además, es necesario resaltar que en la mayoría de casos es difícil identificar las cogniciones de los niños, debido a que los procesos de verbalización y expresión de sentimientos tienden a enmascarse en los comportamientos que los caracterizan; razón por la cual se hace uso de técnicas de juego, y de dibujo que conforman la denominada psicoterapia infantil.

Psicoterapia infantil

A través de la psicoterapia infantil se busca el diagnóstico y tratamiento de pensamientos, emociones y comportamientos de niños y adolescentes que encuentran dificultades para desenvolverse en la vida cotidiana. La labor del terapeuta se centra especialmente en los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos evidentes para el desarrollo; la terapia cognitivo conductual se orienta hacia la identificación de cogniciones disfuncionales presentes en el menor, las cuales se originan y fortalecen en los diversos ambientes en los que se desenvuelve; tales como el ambiente familiar, escolar, y social; y que afectan las emociones y comportamientos del niño. Desde la psicoterapia infantil se busca generar en el niño formas de pensamiento funcionales que posibiliten la reestructuración cognitiva y afecten de manera positiva la vida del menor, favoreciendo la salud mental del mismo.

Es necesario tener en cuenta que al hablar de un niño enfermo, se está hablando de una familia, de una escuela y de un ambiente social enfermo. Razón por la cual la intervención individual con el menor debe acompañarse de sesiones psicoeducativas con los padres y docentes quienes se constituyen en figuras representativas del niño con los cuales suele identificarse.

Al dar inicio al proceso terapéutico con el niño es necesario tener en cuenta que el proceso es diferente al que se lleva a cabo con los adultos; porque en esta terapia la conversación se cambia por el juego con el fin de

alcanzar resultados eficaces, y reconociendo la dificultad que presentan la mayoría de los menores en cuanto a la verbalización de sentimientos.

Terapia de Juego

Según Winnicott (1988), es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia. Conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia inmediata y universal, e incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego. Cuando los niños juegan tiene que haber personas responsables cerca; pero ello ni significa que deban intervenir en el juego. “El juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida”. Su precariedad se debe a que siempre se desarrolla en el límite teórico entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva. El juego del niño lo contiene todo, aunque el psicoterapeuta trabaje con el material, con el contenido de aquel. “Es claro que en una hora prefijada o profesional se presenta una constelación más precisa, que en una experiencia sin horario, en el piso de una habitación” (Winnicott, 1941). Esta observación permite entender cómo puede efectuarse una psicoterapia de tipo profundo sin necesidad de una interpretación. El juego tiene que ser espontáneo no de acatamiento, si se desea avanzar en la psicoterapia.

En el juego lo que interesa es el estado de casi alejamiento, afín a la concentración de los niños mayores y los adultos. El niño que juega habita en una región que no es posible abandonar con facilidad y en la que no se admiten intrusos. Esa zona de juego no es una realidad psíquica interna, se encuentra fuera del individuo, pero no es el mundo exterior. En ella el niño reúne objeto o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra derivada de la realidad interna o personal. Sin necesidad de alucinaciones, emite una muestra de capacidad potencial para soñar, porque el juego implica confianza.

De acuerdo con Bruner (1983), el juego cumple con ciertas funciones en la actividad de los niños: en primer lugar en el juego se reduce la gravedad de

las consecuencias de los errores y los fracasos. En el fondo, el juego es una actividad seria que no tiene consecuencias frustrantes para el niño. Se trata, en suma, de una actividad que se justifica por sí misma. En consecuencia el juego es un excelente medio de exploración que de por sí infunde estímulo. Se caracteriza por una conexión bastante débil entre los medios y los fines. No es que los niños no busquen una finalidad y no empleen medios para obtenerla en el juego, sino que a menudo cambian de objetivos cuando ya están actuando para adaptarse a los nuevos medios o viceversa; el juego sirve como medio de exploración y de invención. El juego rara vez es aleatorio o casual, siempre parece obedecer a un plan. Se dice que el juego es una proyección de la vida interior hacia el mundo, en contraste con el aprendizaje mediante el cual se interioriza el mundo externo para hacerlo parte de cada quien. En el juego se transforma el mundo de acuerdo a los propios deseos, mientras que en el aprendizaje el individuo se transforma para conformarse mejor a la estructura del mundo.

Lo que permite a un niño desarrollar todo su poder combinatorio no es el aprendizaje de la lengua o de la forma de razonar, sino las oportunidades que tenga de jugar con el lenguaje y el pensamiento. El juego libre ofrece al niño la oportunidad inicial y más importante de atreverse a pensar, a hablar, y quizás de ser él mismo.

Es necesario recordar que los niños que juegan no están solos, y que solos no es como están mejor; por mucho que necesiten momentos de soledad. Pero, tanto como necesitan la soledad, necesitan también combinar las propias ideas que conciben solos con las ideas que se les ocurren a los compañeros. La escuela no debe cultivar únicamente la espontaneidad del individuo, ya que los seres humanos necesitan diálogos, porque es el diálogo el que le brinda la niño los modelos y las técnicas que le permitirán ser autónomo. Una persona es un caminante solitario, dos son compañía y tres son multitud (Bruner, 1983).

Las reglas básicas del juego según Axlina (1947), citado por Schaefer

(1988), son las siguientes:

- 1 El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño. Debe establecer el rapport tan pronto como sea posible.
- 2 El terapeuta acepta al niño tal como es.
- 3 El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación, para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.
- 4 El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño, y éstos los devuelve de tal manera que el niño obtiene (insight), dentro de su conducta.
- 5 El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad.
- 6 El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.
- 7 El terapeuta no intenta apresurar la terapia. Debe entender que se trata de un proceso gradual.
- 8 El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concientizar al niño de su responsabilidad en la relación.

En la psicoterapia infantil se emplean herramientas que favorezcan la intervención con el menor, se hace uso de puzzles, plastilina, se emplea la técnica del dibujo con el fin de incentivar la expresión de emociones y pensamientos, y se hace uso de los cuentos; los cuales se utilizan como elemento terapéutico y motivador de la psicoterapia. Se puede afirmar que mediante el cuento el niño puede desencadenar la imaginación, la fantasía y la creatividad: el narrador sugiere, el niño imagina. El cuento desarrolla las aptitudes y capacidades, motiva sentimientos y emociones a partir de la identificación que se establece con los personajes y las situaciones que se tratan en él. También se señala que es un auxiliar en la educación, ya que los

más inquietos e indisciplinados quedan fascinados y adquieren hábitos de concentración y atención cuando se pronuncian las diferentes frases mágicas de acondicionamiento introductorias. Los niños habituados a escuchar cuentos, con frecuencia adquieren un lenguaje enriquecido, desenvoltura y dominio de nuevas palabras, nada común en los primeros años de vida, así como una mayor fuerza de expresión y disposición para enfatizar y dar vida a sus propias conversaciones. Es necesario señalar que mediante la narración de cuentos, se crean vínculos de confianza del niño hacia el terapeuta o narrador (Nuñez, 1994).

El arte de narrar consiste en infundirle vida propia al cuento por medio de la expresión, el poder de sugerencias, los gestos, ofrecer imágenes vividas y un vocabulario rico. En el cuento encuentra sus orígenes la biblioterapia considerada como parte de la terapia de grupo, en la modalidad de cuentos terapéuticos, la cual contribuye a una disminución considerable de los síntomas de las alteraciones psíquicas en los niños. Cuyo objetivo es realizar una labor educativa terapéutica a niños que tengan afectado su normal desarrollo psicosocial, despertando en ellos su interés por el arte, la lectura y la cultura.

Desde la pasantía las intervenciones realizadas con las diferentes poblaciones estaban orientadas hacia la búsqueda de bienestar en los individuos, a partir de la modificación de distorsiones cognitivas o interpretaciones disfuncionales de la realidad; con el propósito de brindar un mejoramiento de la calidad de vida de los mismos. Razón por la cual, es necesario tener en cuenta las diferencias individuales que se hallan presentes en la multiplicidad de seres humanos que existen en la naturaleza. Cada individuo es poseedor de un sin número de cualidades, actitudes, habilidades y pautas de comportamiento que lo diferencian de los demás. Por esto, el mayor reto de la Psicología debe propender hacia la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de cada una de las personas, sin dejar de lado la singularidad

que los caracteriza.

Programa de Intervención

La atención propuesta desde el área clínica con enfoque cognitivo comportamental, estuvo dirigida a los usuarios del Centro de Proyección Social Piedecuesta de la U.P.B, y se constituyó de las siguientes intervenciones:

En la población Infantil y adolescente:

Asesoría y atención psicológica individual orientada desde el enfoque cognitivo conductual. En cuanto a la población infantil la atención clínica se orientó desde la terapia de juego, el dibujo, los cuentos (biblioterapia) y el rol playing; fortalecida desde el principio psicoeducativo del enfoque cognitivo conductual, brindando acompañamiento a los padres de los menores con el propósito de favorecer los procesos individuales del infante, a través del trabajo integral entre el profesional en psicología, los padres y los docentes, propendiendo hacia la consecución de resultados eficaces y permanentes. Durante el acompañamiento psicoeducativo individual que se desarrolló con los padres de los consultantes se dio información sobre los principales síntomas asociados a los trastornos de la infancia, y se orientó sobre la necesidad e importancia de empezar a trabajar sobre la promoción de la salud mental de la población infantil, con el propósito de prevenir posibles metástasis en la personalidad del adolescente y del adulto del futuro. Así mismo, se ofrecieron recomendaciones y estrategias tendientes

a la orientación de comportamientos adaptativos en los niños a través de la modificación de posibles distorsiones e interpretaciones de la realidad.

En cuanto a los adolescentes la atención psicológica desde la parte clínica se enfocó en la identificación de intereses y establecimiento de estrategias, que promuevan el fortalecimiento de la autoestima y de la motivación; con el fin de mejorar el bajo rendimiento académico que en ésta población se detectó debido a la pérdida de interés en el ámbito escolar. Además, se emplean técnicas como entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.

Valoraciones y orientaciones especializadas en dificultades académicas; para lo cual se utilizó básicamente la batería de medición WISC-R

En la población Adulta:

Asesoría e intervención psicológica individual a través de la terapia cognitivo conductual, la cual se fundamentó en la triada cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva TRE de Ellis, y los autorregistros con el objetivo de alcanzar los objetivos propuestos durante la intervención, y de lograr la modificación de las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que orientaban el comportamiento desadaptativo de estas personas. La atención clínica se basó en los principios de la terapia cognitivo conductual como son la psicoeducación que permite al individuo tener mayor conocimiento sobre sus síntomas y dirigir de forma adaptativa sus conductas y pensamientos; así como la buena relación entre el consultante y el terapeuta que se fortalece en el compromiso, la colaboración, el respeto, la empatía y la confidencialidad.

Plan de Intervención y Seguimiento Grupal:

La intervención se dirige primordialmente al grupo primario y secundario de socialización; aplicando un modelo psico- educativo; por medio de grupos de apoyo a docentes del colegio Balbino García específicamente, y padres

de los menores que habitan en el Hogar Padre Finet de la comunidad Foyer de Charité. Estos grupos de apoyo se justifican en la necesidad de fortalecer los procesos individuales que se llevan con los menores, tendiendo al favorecimiento del mejoramiento de la calidad de vida de la población infantil a partir de la promoción de la salud mental en la misma. Dentro de las principales temáticas que se trabajaron se pueden mencionar los trastornos del aprendizaje, la depresión infantil, las conductas disruptivas, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, y el abuso y maltrato infantil; en los cuales se brindó mayor información sobre los mismos y se orientó sobre estrategias y recomendaciones a tener en cuenta cuando se detecta la presencia de algunos síntomas en la población escolar infantil.

Sistematización de datos obtenidos: registro de los resultados y análisis de resultados, diagnósticos y discusión de los datos obtenidos durante la evaluación, diagnóstico e intervención de la población del Centro de Proyección social de Piedecuesta. La sistematización favorece una mirada prospectiva frente a la ubicación de programas preventivos y de proyección social en salud mental, que posibiliten contrarrestar los principales trastornos mentales que se manifiestan en la población del municipio de Piedecuesta, en donde prima la Depresión infantil, las conductas disruptivas, la baja motivación relacionada con las actividades escolares y problemas relacionados con la autoestima. Así mismo la sistematización permite dar inicio a la elaboración de la impresión diagnóstica de la población piedecuestana y en efecto, posibilita la implementación de programas de prevención y promoción orientados a la consecución del bienestar de las personas y al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

RESULTADOS

Resultados de la población atendida en CPS según estrato socioeconómico (abril 7 a octubre 7 de 2008)

ESTRATO	DATOS	%
UNO	7	13
DOS	14	26
TRES	23	42
CUATRO	3	5
CINCO	3	5
VEREDA	4	7
TOTAL	54	100

Teniendo en cuenta los resultados, es posible observarse que la población que reporta mayor asistencia al CPS de Piedecuesta es la de estrato 3 con un 42%, seguida de estrato 2 con un 26%, estrato 1 con un 13%, y las veredas reportan un 7%; que en suma alcanzan el 90% de población atendida desde el centro; lo cual corrobora la labor social que desde la institución se promueve. Desde el CPS se propende hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que se encuentran en entornos vulnerables y menos favorecidos, razón por la cual día tras día se gestan convenios con diversas instituciones que tiendan al favorecimiento de la población en general. Sin embargo, no se desconoce el 10% restante que hace referencia a los estratos 4 y 5 con un 5% de asistencia cada uno, que se traduce en el acercamiento que desde el Centro de Proyección Social se está desarrollando con diferentes poblaciones que también requieren de los servicios que desde allí se ofrecen.

Resultados de la población atendida en CPS según género (7 abril-7 octubre 2008)

GENERO	DATOS	%
MASCULINO	32	59
FEMENINO	22	41
TOTAL	54	100

Se observa que la mayor parte de la población que asiste al CPS pertenece al género masculino que reporta un 59%; en donde la mayoría de consultantes pertenece a la edad infantil o adolescencia, quedando reducido el número de hombres adultos que asisten a consulta. De los 32 consultantes de género

masculino 28 pertenecen a las edades que oscilan entre los 4 y 18 años, y 4 pertenecen a edades que oscilan entre los 23 y 45 años. De la misma manera se puede decir que en lo relacionado al género femenino las mujeres menores de 18 años también reportan mayor asistencia a consulta psicológica que las mujeres adultas; en el caso del género femenino 14 consultantes tienen edades que oscilan entre los 7 y 18 años, y 7 consultantes pertenecen al grupo de edad que oscila entre los 24 y 52 años. A partir de eso, se puede resaltar que el número de mujeres adultas que asiste a recibir atención psicológica en donde los principales motivos de consulta se refieren a dificultades en la relación de pareja; es mayor a la cantidad de hombres adultos que asisten a recibir los servicios psicológicos; a diferencia de los menores, en donde priman los sujetos del género masculino y cuyos principales motivos de consulta se relacionan con conductas disruptivas y bajo rendimiento académico. Teniendo en cuenta que el 79% de la población que acude al CPS de Piedecuesta se haya conformada por niños y adolescentes de ambos géneros, y que de este porcentaje el 42% hace referencia a menores entre los 4 y 11 años surge la necesidad de acompañar y fortalecer las intervenciones individuales que se desarrollan fundamentadas en la terapia de juego, a través de un modelo psicoeducativo (orientado hacia la promoción de la salud mental de los menores) con 40 docentes de primaria aproximadamente, pertenecientes al colegio Balbino García y con los padres de los menores del Hogar Padre Finet; la razón por la cual se dio inicio con estas instituciones es debido a las situaciones problémicas que desde allí se suscitan

Resultados de la población atendida en CPS según edad de los consultantes (abril 7 2008/octubre 7 de 2008)

EDAD	DATOS	%

NIÑOS		
4-7 años	12	22
8-11 años	11	20
ADOLESCENTES		
12-15	12	22
16-19	7	13
ADULTOS		
20-23	1	2
24-27	2	4
28-31	1	2
32-35	3	6
Mayores de 35	5	9
TOTAL	54	100

Los niños y adolescentes en edades que oscilan entre los 4 y 7 años, y entre los 12 y 15 años respectivamente, son los principales consultantes que asisten a servicios de atención psicológica al CPS los cuales reportan un 12% cada uno; seguido de población infantil entre los 8 y 11 años con un porcentaje del 11% y adolescentes entre los 16 y 19 años con un 7%. Esto refleja que el 77% de la población que acude al CPS son menores de edad; 42% niños entre los 4

y 11 años, y 35% adolescentes entre los 12 y 19 años. El 23% restante pertenece a adultos de los dos géneros.

Resultados de la población atendida en CPS según remisiones (abril 7 de 2008/octubre 7 de 2008)

REMISIONES	DATOS	%
Colegio Balbino García	11	20
Colegio Humberto Gómez Nigrinis	7	13
Colegio Víctor Félix	1	2
Colegio La Normal de Piedecuesta	4	7
Colegio Luis Carlos Galán	2	4
CEDECO	1	2
Hogar Padre Finet	5	9
Colegio Yareguí	1	2
Colegio Isidro Caballero	1	2
Colegio Vicente Azuero	1	2
Colegio Escuela Taller para Ciegos	1	2
Colegio San Pedro Claver	1	2
AVAC	2	4
Comisaría	2	4
San Camilo Hospital Psiquiátrico	4	7

Particular	10	18
TOTAL	54	100

El 67% hace referencia a las remisiones realizadas desde las diversas instituciones educativas con las cuales el Centro de Proyección Social tiene convenio, destacándose el Colegio Balbino García el cual refiere un 20% de estas remisiones, seguido del Colegio Humberto Gómez Nigrinis, el Hogar Padre Finet de la comunidad Foyer de Charité. Así mismo, es de destacar la cantidad de personas particulares que asisten a servicios psicológicos, que refleja el reconocimiento que la institución se ha ido ganando poco a poco en el municipio, no sólo a nivel particular sino a nivel de entidades reconocidas como la comisaría, San Camilo Hospital Psiquiátrico y AVAC.

Resultados de la población atendida en CPS según Escolaridad (abril 7 de 2008/octubre 7 de 2008)

ESCOLARIDAD	DATOS	%
PRIMARIA		
Preescolar-2	16	29
Tercero a Quinto Primaria	10	19
BACHILLERATO		
Sexto a Octavo	9	17
Noveno a Undécimo	8	15

UNIVERSITARIOS	5	9
SIN ESCOLARIDAD	6	11
TOTAL	54	100

Se puede corroborar nuevamente con los datos arrojados de acuerdo al grado de escolaridad que la mayoría de asistentes a consulta psicológica se hallan en el rango de la edad infantil, describiéndose así; 29% para menores en nivel pre-escolar, 19% para niños en niveles de tercero y quinto primaria, seguida de un 17% pertenecientes al primer nivel de bachillerato que va desde sexto hasta octavo, luego estudiantes de noveno a undécimo con un porcentaje del 15%. Es de resaltar que el 11% de consultantes son personas sin escolaridad, y tan sólo el 9% han realizado estudios universitarios.

Resultados de la población atendida en CPS según impresión diagnóstica (abril 7 de 2008/octubre 7 de 2008)

IMPRESIONES DIAGNÓSTICA	DATOS	%
Episodios Depresión Mayor, Trastornos Estado de ánimo.	3	5
Desajustes en la autoestima	3	5

Episodios depresivos asociados a enfermedad médica	2	4
Bajo Rendimiento Académico asociado a la pérdida de motivación.	8	15
Dificultades en la relación de pareja	7	3
Síntomas asociados al abuso sexual y maltrato infantil	2	4
Problemas de conducta infantil, relacionados con el desconocimiento de la norma	9	16
Trastorno relacionado con consumo dependencia Cannabis	2	4
Trastorno relacionado con consumo dependencia Alcohol	1	2
Trastorno de ansiedad fobia social	1	2
Retraso mental leve	1	2
Trastorno aprendizaje asociado a enfermedad médica	2	4
Depresión infantil por ausencia o separación de los padres.	13	24
TOTAL	54	100

De acuerdo al cuadro 1.8 se percibe que las impresiones diagnósticas que reportan mayor porcentaje son aquellas relacionadas con la población infantil, ocupando el primer lugar la Depresión infantil asociada a la ausencia o separación de los padres con un 24%, seguida problemas de conducta infantil, relacionados con el desconocimiento de normas con un 16%, y con problemas de Bajo Rendimiento Académico asociado a la pérdida de motivación con un 15%; que en suma acumulan 55%; sin desconocer un 19% que hace referencia a otros síntomas asociados a trastornos que afectan la población infantil y adolescente: 5% desajustes en la autoestima, trastornos de aprendizaje asociado a enfermedad médica, trastorno relacionado con el consumo dependencia de cannabis, y síntomas asociados al abuso sexual y maltrato cada uno reportando un 4%, y por último retraso mental leve con un 2%. Se puede concluir que el 74% de las impresiones diagnósticas hacen referencia a la población menor de 18 años; en donde la Depresión infantil es el trastorno que prima sobre los demás.

Resultados de la población atendida en CPS según motivo de consulta (abril 7 de 2008/octubre 7 de 2008)

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA	DATOS	%
Problemas de autoestima (autoimagen, autoconfianza, autoafirmación, autocontrol, autorrealización)	5	9
Dificultades de pareja	8	15
Conducta agresiva en menores	9	17

Falta motivación área escolar (bajo rendimiento académico)	12	23
Consumo de SPA (marihuana-alcohol)	3	5
Valoración requerida por Hospital Psiquiátrico San Camilo	4	7
Valoración requerida por comisaría por maltrato infantil.	2	4
Problemas de atención	3	5
Episodios depresivos asociados a enfermedad crónica	2	4
Problemas de aprendizaje	2	4
Problemas crianza disfuncional, falta de normas y límites	3	5
Dificultad relaciones interpersonales	1	2
TOTAL	54	100

Los principales motivos de consulta por los cuales los niños son remitidos al CPS se relacionan con la falta de motivación en el área escolar y el bajo rendimiento académico (BRA) el cual reporta un 23%, seguido de conductas agresivas principalmente en menores de género masculino que reporta un 17% y las dificultades de pareja con un 15%, cuyas consultantes por lo general son mujeres. En cuanto a los dos primeros motivos de consulta se logra observar que se relacionan con remisiones realizadas desde el colegio de los menores, lo cual deja de manifiesto la importancia de los convenios que desde el CPS se establecen con las instituciones educativas. También cabe resaltar la presencia de otros motivos de consulta que hacen referencia a la afectación directa en el ambiente escolar del menor, como es el caso de las remisiones por problemas de aprendizaje, problemas de atención en el aula de clases y problemas de autoestima>; que deja al descubierto la necesidad de implementar estrategias de aprendizaje que tiendan y favorezcan la construcción de conocimiento más que la memorización de información; debido a que en ocasiones los “supuestos problemas de aprendizaje, la falta de autoestima y motivación, y los denominados problemas de atención manifiestan la ausencia de estrategias que potencialicen un proceso de aprendizaje óptimo y enriquecedor. Se hace visible la forma como el CPS ha logrado ganar espacio en la región, porque se evidencia el reconocimiento que poco a poco se ha ido generando a partir de instituciones tan consolidadas como San Camilo Hospital Psiquiátrico, que utiliza al Centro de Proyección como una nueva herramienta a través de la cual se puede fomentar un trabajo interdisciplinario (el 7% de los motivos de consulta hace referencia a valoraciones que desde esta institución se solicitan, con el propósito de alcanzar resultados más eficientes que generen resultados óptimos en la población).

Resultados de la población atendida en CPS según Tipos de Consulta (abril 7 de 2008/octubre 7 de 2008)

TIPO DE CONSULTA	DATOS	%
Proceso individual	45	83
Proceso de Pareja	1	2
Asesoría Psicológica	8	15
TOTAL	54	100

Los procesos individuales son los que se llevan a cabo en mayor cantidad en el CPS reportando un 83%; de los cuales se puede decir que en su mayoría llegaron hasta el final de las intervenciones las cuales oscilaban entre 4 y 8 sesiones programadas semanalmente, de acuerdo a la impresión diagnóstica y a las características del consultante. En el caso de algunos pacientes el proceso no llegó a la etapa final debido a deserción e inasistencia de los consultantes a las citas programadas (en algunos casos se debe a la falta de recursos económico para cubrir los gastos de las consultas, y en otros casos especialmente cuando se trata de niños, se debe a la falta de interés por parte de los padres en relación con la salud mental de los menores, y al desconocimiento de la importancia que ésta ejerce en la calidad de vida de los menores).

Discusión

A partir de los resultados obtenidos durante la experiencia de pasantía, se evidencian aspectos relevantes que orientan y fortalecen la atención psicológica en el área clínica desde el enfoque cognitivo-conductual. Factores como el estrato socioeconómico, el nivel educativo, el género, la edad de los consultantes entre otros, ejercen influencia sobre los principales motivos de consulta y las impresiones diagnósticas que durante la consulta logran especificarse.

En relación con el género y la edad de la población que asiste a recibir los servicios psicológicos en el Centro de Proyección Social (CPS), en el desarrollo de la pasantía se observa que el 59% de la población que asiste al CPS pertenece al género masculino, en donde la mayoría de consultantes se encuentran en la etapa infantil o de adolescencia, quedando reducido el número de hombres adultos que asisten a consulta. De los 32 consultantes de género masculino 28 pertenecen a las edades que oscilan entre los 4 y 18 años, y 4 pertenecen a edades que oscilan entre los 23 y 45 años. De la misma manera se puede decir que en lo relacionado al género femenino las mujeres menores de 18 años reportan mayor asistencia a consulta psicológica que las mujeres adultas; en este caso, 14 consultantes tienen edades que oscilan entre los 7 y 18 años, y 7 consultantes pertenecen al grupo de edad que oscila entre los 24 y 52 años. De acuerdo a los resultados no se evidencia una diferencia significativa entre los adultos de ambos géneros que asisten a consulta psicológica, en los cuales se observa que el principal motivo de consulta se refiere a estados depresivos relacionados con dificultades en la relación de pareja y fobia social en términos generales; esto puede sustentarse con los datos obtenidos en el informe que sobre salud mental realizó el Ministerio de Salud de Colombia en el año de 2003, en el cual los trastornos de ansiedad y los trastornos de estado de ánimo, se ubican como los trastornos que afectan en mayor porcentaje a la población adulta del país.

La diferencia entre los adultos y menores que asisten al CPS es

significativa; esto posiblemente sugiere que existe una mayor preocupación e interés por parte de padres, y docentes en cuanto a la salud mental de los niños, esto evidencia en cierta medida un mayor compromiso de la familia, y la sociedad en cuanto al bienestar de los menores; esto refleja que en los últimos tiempos se ha logrado reconocer la importancia de la atención psicológica en la población infantil y la afectación que la salud mental genera en la calidad de vida del menor. Contrastado con los resultados obtenidos en el informe anterior es posible corroborar que los menores en edades que oscilan entre los 4 y 18 años se constituyen en la principal población a la cual se ofrecen los servicios psicológicos desde el Centro de Proyección Social de Piedecuesta. De igual forma, se observa que el número de consultantes del género masculino es mayor que las del género femenino. Contrarrestado con datos de la pasantía anterior se corrobora que los menores entre los 4 y 11 es la población a la cual se le brinda mayor atención desde el CPS de Piedecuesta, en la que se impone un 42% sobre el 39% de población adulta y el 19% de adolescentes atendidos. Este hecho puede explicarse en gran parte a los convenios que el Centro de Proyección ha establecido con instituciones educativas de Piedecuesta y de municipios aledaños, que se confirma con los datos obtenidos en donde el 67% de consultantes es remitido por los colegios seguido de un 18% por remisiones particulares, y un 17% de instituciones como AVAC, la comisaría y San Camilo Hospital Psiquiátrico (que por lo general remite para valoraciones psicológicas a partir de la aplicación de pruebas como el WISC.R).

Estos porcentajes sirven como referente para explicar en cierta medida la poca asistencia de los adultos a consulta psicológica, porque aunque no se desconoce el posicionamiento que el Centro de Proyección Social tiene en las instituciones educativas del municipio de Piedecuesta y de otros municipios, cabe resaltar que se evidencia la falta de divulgación de los servicios que se brindan desde el área psicológica para la población en general, no sólo para los estudiantes. De igual forma, es importante tener en cuenta la actitud

indiferente que los adultos asumen en cuanto a los trastornos psicológicos y la falta de información frente a los mismos; que en gran parte se debe a los medios de comunicación y a la sociedad que tiende a la estigmatización de las personas que padecen algún trastorno o enfermedad mental, a su vez las diferentes esferas sociales se han encargado de etiquetar a las personas que acuden al psicólogo como “locos”, lo cual genera poca receptividad de los individuos hacia los profesionales de la salud específicamente los psicólogos y psiquiatras.

Ésta actitud de indiferencia suele ser la consecuencia de la falta de conciencia y sensibilización respecto a la importancia de la salud mental de los individuos; quedando la Salud, reducida a un simple término que define la ausencia de enfermedad física. En fin, la salud mental hasta el momento no está siendo considerada como una necesidad y una problemática inherente a los seres humanos, sino como un aspecto propio de aquellos a quienes son considerados como “enfermos mentales” o “locos”, esto se refleja en los resultados obtenidos en el proceso de pasantía en el que se brindó atención psicológica sólo a 12 adultos, sumando el 23% de la población atendida. Estos temores suelen desembocar en falta de verbalización de sentimientos, en abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, en el establecimiento de relaciones enfermas caracterizadas por el maltrato, los celos, la dependencia emocional y pérdida de autonomía, estados de ansiedad y estados depresivos; que requieren de la atención e intervención de profesionales competentes que propicien espacios en los que se haga posible la expresión de sentimientos y emociones, y la identificación de agentes activadores que causan las molestias a nivel psicológico; profesionales que promuevan estilos de vida saludable a partir de la modificación de las distorsiones cognitivas que cada sujeto hace de los acontecimientos que se generan en su entorno. La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento

está en tratamiento.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos cabe resaltar el gran porcentaje de menores que acuden a consulta psicológica remitidos por bajo rendimiento académico, pérdida de motivación, desinterés en las actividades relacionadas con el área escolar, y conductas disruptivas en el ámbito familiar y educativo; que en su mayoría logran reflejar un Trastorno del Estado de Animo relacionado con el proceso de separación por el cual atraviesan los padres, o en su defecto, por la ausencia de alguno de ellos en el núcleo familiar; a su vez, los Trastornos de la Conducta Infantil relacionado con el desconocimiento de normas, hace parte de las principales impresiones diagnósticas de los menores lo que lleva a plantear posiblemente que la disfuncionalidad en el sistema familiar y la ausencia de pautas de crianza, así como el establecimiento desadaptativo de relaciones interpersonales en el ámbito escolar se constituyen en factores relevantes que inciden en las conducta, cogniciones y emociones de los menores. Desde el proceso de la pasantía se logró evidenciar la presencia de síntomas asociados a otros trastornos de la infancia, pero de manera indirecta se relacionaban con el trastorno de depresión infantil (conductas agresivas, bajo rendimiento académico, labilidad atencional, baja autoestima y pérdida de motivación en áreas escolares); síntomas que se fortalecen con el entorno socio-económico y familiar que rodea a los menores, en el que se evidencia maltrato infantil, escasos recursos económicos, desnutrición, pobreza y disfuncionalidad a nivel de estructura y dinámica familiar. Esto evidencia la gran influencia que ejercen los ambientes sociales, familiares y educativos en los procesos individuales por los que está atravesando el menor a nivel cognitivo, comportamental y emocional; por esta razón, cuando en el menor se observan síntomas asociados con un trastorno psicológico no se habla de un niño o adolescente “enfermo”, sino de una familia, una sociedad y un ambiente escolar “enfermo”; porque las cogniciones, emociones y comportamientos del menor reflejan la interpretación que esta

haciendo del entorno familiar, social y educativo que lo rodea.

En este punto es relevante hacer énfasis en la relación que existe entre los trastornos mentales y los vínculos afectivos (sanos e insanos) que los niños establecen con sus cuidadores; identificados éstos como los padres, maestros, o particulares que estén al cuidado del menor. El establecimiento de vínculos afectivos adaptativos desde los primeros años de vida del ser humano repercute en la formación de la personalidad del individuo y en las relaciones que el sujeto establezca a lo largo de su existencia; a su vez, la presencia de vínculos afectivos disfuncionales caracterizados de abandono psicológico, carencia de caricias y de afecto, y la despreocupación y maltrato de los cuidadores hacia los menores afecta de manera global la integridad de la persona, no sólo el desarrollo del menor en el presente, sino el bienestar del adolescente y adulto en el futuro. Los vínculos afectivos que se establecen desde los procesos de socialización primarios y secundarios desde la familia, la escuela y la sociedad son factores que influyen en gran medida en la salud mental del individuo. Los avances han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Partiendo de esto, desde el enfoque cognitivo-comportamental se hace necesaria la intervención individual fortalecida en el acompañamiento con la familia y los docentes, con el propósito de incentivar la promoción de estilos de vida saludables que favorezcan los procesos de desarrollo, especialmente de la población infantil; respondiendo al principio psicoeducativo del enfoque cognitivo conductual orientado hacia la promoción de la salud mental de los menores; el cual se justifica en la identificación de los factores de riesgo a nivel socio-familiar y educativo que se hacen presentes en la sintomatología manifiesta en los niños. Dentro de estos factores es posible mencionar la disfuncionalidad a nivel de estructura y dinámica familiar, en la mayoría de los casos los menores experimentan una realidad caracterizada por la ausencia de

la figura paterna y por la re-estructuración del núcleo familiar en la cual un tercero reconocido como “padrastro” asume el rol de figura paterna.

En consecuencia, los hogares de estos menores se describen como ambientes carentes de normas, en los que se refleja falta de autoridad y de pautas de crianza, en los cuales prima el maltrato físico y psicológico; conformado por golpes, gritos, uso de vocabulario soez, falta de caricias y afecto y de una normatividad que no orienta el comportamiento del niño que se encuentra en pleno proceso de formación de su personalidad. A esta realidad se suma “la pobreza” que es un factor inminente en la mayoría de la población que acude al Centro de Proyección Social de Piedecuesta, y que se ratifica en los datos obtenidos durante el actual proceso de pasantía en donde el 90% habita en estratos 0, 1, 2 y 3; señalando que del 42% que se registra en estrato 3, gran parte de esta población no tiene vivienda propia, sino que habitan en espacios compartidos con otras familias o en viviendas de inquilinato. En muchos casos los niños están conviviendo en una sola habitación con los hermanos, con la madre y el padre, o en su defecto con el padrastro; dicha situación desemboca en la insatisfacción de las necesidades básicas del menor (alimentación, vivienda y salud) e incrementa los riesgos de abuso sexual en los menores. De acuerdo a los datos obtenidos a través de las historias clínicas, y por medio de los discursos de los docentes los niños en muchas ocasiones no asisten a los colegios por falta de uniformes o implementos educativos como cuadernos, libros, lapiceros etc; o porque sencillamente no se cuenta con los recursos económicos indispensables para llevarlos a las instituciones educativas. En gran parte, ésta situación de pobreza, hambre, falta de útiles escolares, vestuario, ausencia de una vivienda digna, de un espacio propio, re-conformación del núcleo familiar, el maltrato físico y psicológico que experimentan los niños y adolescentes se constituyen en agentes potencializadores de los Trastornos de Estado de Animo y Conducta Infantiles en dicha población; cuyos síntomas son la falta de motivación, ausencia de un sentido y proyecto de vida, sentimientos de

minusvalía y baja autoestima, inseguridad, temores generados por la falta de protección, desinterés por las tareas escolares, falta de atención y concentración, y conductas disruptivas con pares y mayores. Estas conductas se convierten en un grito de manifestación en los cuales los menores expresan el desacuerdo que sienten hacia la realidad que experimentan.

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes, y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social Desjarlais (1995) citado en el informe mundial de salud mental elaborado por la OMS (2001). Aproximadamente la mitad de la población urbana de los países con ingresos bajos y medios vive en la pobreza, y decenas de millones de adultos y niños carecen de un hogar. Las sociedades actuales registran altas tasas de desempleo y condiciones de vida miserables, de tal modo que los habitantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales debido a la ausencia de redes sociales de apoyo. Así, los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles se asocian a mayores tasas de problemas de salud mental; debido a los costos económicos que acarrearán para un país. Los recursos clínicos y atención psicológica y psiquiátrica en cierto grado queda reducida a la población de estratos altos, porque para algunas personas resulta difícil cubrir los costos del tratamiento psicológico debido a la situación socioeconómica, al desempleo y la falta de oportunidades por la que están atravesando.

Según informe mundial de salud mental realizado por la OMS en el 2001, la relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que

conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, si no existe un apoyo social suficiente, y una atención psicológica adecuada conlleva al fortalecimiento de los trastornos mentales en la población. Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo puede ser el resultado de una carencia general de servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica y psicológica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza, unida a factores como la ausencia de cobertura de seguro médico, el menor nivel de instrucción, el desempleo y la condición de minoría racial, étnica y lingüística, puede levantar barreras infranqueables para el acceso a la asistencia médica. Es necesario tener presente que la enfermedad mental se traduce en altos costos que afectan la economía de un país, debido a los costos de los tratamientos, y la asistencia hospitalaria,

En relación con los factores de riesgo encontrados a en el ámbito escolar, se hacen visibles la falta de conocimientos adecuados por parte de los docentes en cuanto a los trastornos psicológicos presentes en la población infantil y adolescente, este hecho justifica la implementación del principio psicoeducativo del modelo cognitivo comportamental orientado hacia la promoción de la salud mental, en el cual se brindó información relacionada con los criterios y recomendaciones de cómo actuar frente a la posible presencia de estos trastornos en las aulas de clase; para evitar la estigmatización de los alumnos y el uso irresponsable y desmesurado de ciertos diagnósticos como el Trastorno de Atención con Hiperactividad (TDHA), Trastornos de aprendizaje, y agresividad; que en la mayoría de los casos carece de fundamentación teórica y de un conocimiento adecuado. Otro factor a tener en cuenta, es la falta de

estrategias de aprendizaje direccionadas hacia la construcción del conocimiento más que a la memorización de información, que en algunos casos conlleva a la deserción estudiantil y al bajo rendimiento académico, debido a que los alumnos no reconocen el aprendizaje como una experiencia enriquecedora sino como una experiencia aburrida carente de estímulos positivos e innovadores. Las instituciones educativas también se encuentran afectadas por la falta de los recursos necesarios que tienden al favorecimiento de los procesos de aprendizaje de los estudiantes; se requieren de espacios o salones de clase más amplios e iluminados para combatir el hacinamiento de los alumnos, mejores estructuras físicas que cuenten con zonas verdes y más espacios de recreación. Así mismo, debido a la problemática social presente en la población de Piedecuesta, se considera relevante la presencia de las autoridades competentes, así como la implementación de programas o proyectos al interior de las instituciones educativas que posibiliten contrarrestar las problemáticas de violencia entre los estudiantes y el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) específicamente el cannabis y el alcohol; con el propósito de generar un mejoramiento en la calidad de vida de dicha población. La necesidad de desarrollar nuevos programas y proyectos que propendan hacia el mejoramiento de las problemáticas de los menores, se justifica en los resultados obtenidos durante el proceso de la pasantía actual y de la pasantía anterior, en la que también se hizo evidente un alto porcentaje en impresiones diagnósticas en la población infantil relacionadas con Trastornos de Aprendizaje, Desajustes en la Autoestima, Desajustes en Pautas de Crianza y Problemas de Conducta infantil. Teniendo en cuenta esta información, se da inicio al programa psicoeducativo, con el fin de orientar a padres y docentes en cuanto a las problemáticas de los menores; en relación con los padres debido a los horarios se dificulta los grupos de discusión, por ende, el proceso psicoeducativo se lleva a cabo de manera individual en el cual se identifican los principales factores de riesgo en aras de prevenir enfermedades mentales, a su vez se especifican ciertas recomendaciones a seguir frente a los diversos

síntomas comportamentales, cognitivos y emocionales que suelen presentarse en los menores. Por otra parte, con la población de docentes se desarrollaron 4 grupos de discusión programados semanalmente con una duración de aproximadamente 2 horas cada uno; en los que se trabajaron temáticas relacionadas con la depresión y agresividad infantil, TDHA y modelos de aprendizaje; por ser considerados como los principales trastornos y problemáticas que se evidencian en las aulas de clase. Durante el desarrollo de estos encuentros queda manifiesta la falta de información adecuada sobre Salud Mental por parte de los docentes, que conlleva a la sobregeneralización y al uso inadecuado de términos referentes a los trastornos psicológicos; y a la estigmatización de los estudiantes. Con frecuencia, se elaboran juicios y diagnósticos injustificados y carentes de argumentos; desconociendo las problemáticas socio-familiares por las que están atravesando los menores. La mayoría de las conductas de los estudiantes como la falta de atención, el bajo rendimiento escolar, el desinterés por las tareas escolares, y los comportamientos disruptivos tienden a sobregeneralizarse como agresividad, trastornos de aprendizaje, trastornos de atención con hiperactividad (TDHA) y trastornos sociales.

Esto refleja la falta de proyectos relacionados con la Salud Mental en el municipio de Piedecuesta, y la falta de compromiso de las autoridades competentes y de los padres de familia para colocarlos en marcha. Al respecto, los profesores expresan que “no se ve un interés verdadero especialmente por parte de los padres, en cuanto a las problemáticas que experimentan los niños”; quedando reflejado de esta manera la necesidad de crear grupos de apoyo integrales conformados por padres, docentes, trabajador social, psicólogo, psico-orientador y autoridades competentes con el fin de crear proyectos que favorezcan los procesos de desarrollo en la niñez; porque la falta de integración entre los miembros que conforman cada uno de los ambientes en los que se desenvuelve el menor, se convierten en agentes potencializadores y reforzadores en la aparición de los trastornos infantiles.

Estos grupos de apoyo psicoeducativo se desarrollaron con los docentes de primaria del colegio Balbino García, por ser esta institución la que reporta mayor porcentaje en las remisiones de estudiantes (20%); y porque es necesario realizar un trabajo de promoción en salud mental con una población tan vulnerable como la de los niños entre los 4 y 12 años pertenecientes a los grados de escolaridad de primaria, población que en las últimas décadas se ha visto afectada por la expansiva presencia de trastornos tales como la depresión, agresividad, ansiedad, TDHA y problemas de conductas infantiles; los cuales se han ido fortaleciendo como resultado de la problemática que afecta a la sociedad en cuanto a la violencia, pobreza, carencia de valores y normas entre otras. Esto se ve reflejado en el porcentaje de los consultantes que reciben atención psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, en donde en el segundo semestre de 2008 el 42% de niños entre los 4 y 11 años que en su mayoría se encuentran cursando grados de primaria, se impone sobre el 35% de adolescentes de secundaria y sobre el 23% de adultos. Lo anterior lleva a plantear la aparición cada vez más temprana de los trastornos mentales en la población infantil, corroborando la premisa de la importancia y necesidad de implementar y desarrollar programas relacionados con la promoción de la salud infantil que contrarreste el incremento de la enfermedad mental en la misma.

La enfermedad mental suele degenerar en aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas; razón por la cual se enfatiza la necesidad de intensificar e implementar proyectos que favorezcan la salud mental de la población, especialmente de los menores, teniendo en cuenta que el trabajo que desde ahora se lleve a cabo con ellos afectará tanto al niño del presente como al adulto del futuro. De lo contrario, si desde ahora no se brinda importancia y especial atención a la enfermedad mental del niño, es posible que ésta haga metástasis en la personalidad, del adulto; afectando su integridad y el desarrollo funcional de sus cogniciones,

emociones y comportamientos: La salud mental descuidada por mucho tiempo y carente de buena atención, genera la aparición de enfermedad mental que va afectar de manera desadaptativa la existencia de los individuos en su integridad, a nivel emocional, comportamental y cognitiva; esto a su vez tiende a la afectación no sólo del hombre como ser individual sino del hombre como ser social y colectivo miembro de una familia, y de una sociedad. Razón por la cual se enfatiza en la importancia de sensibilizar y educar a la población sobre los aspectos relacionados a su salud mental desde la prevención y la promoción de la misma.

Es necesario fundamentar las intervenciones desde el principio psicoeducativo del modelo cognitivo comportamental para lograr resultados más eficaces; en los cuales se trabaje sobre las principales distorsiones cognitivas que se evidencian en la población, específicamente la atendida desde el Centro de Proyección Social de la UPB en el municipio de Piedecuesta. Dentro de las principales distorsiones cognitivas cabe mencionar aquellas distorsiones relacionadas con la necesidad de tener un apoyo incondicional y absoluto por parte de los demás, que está relacionado a sentimientos de minusvalía, dependencia emocional, baja autoestima, pérdida de motivación e intereses propios. Así mismo, se relaciona con sentimientos de culpabilidad por la situación problemática actual, y autorreproches o reproches que el individuo se hace a sí mismo por la situación actual por la que está atravesando, se culpa de lo que sucede desconociendo todos los factores que acompañan la situación. Se evidencia la necesidad de ser querido y aceptado en su totalidad para poder vivir, en el caso específico de los niños tienden a relacionar la disfuncionalidad de la estructura y dinámica familiar con aspectos de sí mismos haciéndose responsables de la disfuncionalidad en la trama relacional que se presenta a nivel parental; se tiende a la personalización lo cual conlleva a interpretar las situaciones problemáticas como responsabilidad de ellos.

Los menores se encuentran en una etapa en la cual aprehenden cada

experiencia de su entorno haciéndola propia; razón por la cual es necesario un trabajo no sólo con el niño sino con aquellas personas que representan las figuras de autoridad en el ambiente familiar, educativo y social. Es importante tener el propósito de alcanzar procesos satisfactorios y efectivos que favorezcan el desarrollo del menor, proyectado hacia el mejoramiento de su calidad de vida y entorno. Razón por la cual se valida la relevancia de fortalecer el trabajo a desarrollar con los infantes, debido a que la génesis de las creencias irracionales y desadaptativas se halla en los primeros años de vida del ser humano; es necesario iniciar procesos que promuevan la salud mental del menor porque de esta forma se previene la enfermedad mental del adulto. El trabajo que se lleve a cabo con la población infantil desde la salud mental, va incidir satisfactoriamente en su desarrollo integral, es decir, va afectar no sólo la calidad de vida del niño, sino que a su vez va influir en el adolescente y adulto.

Los menores y adultos tienden a hacer una abstracción selectiva sobre las conductas disfuncionales que presenta el niño, sólo enfatizan en las cosas negativas que manifiesta el menor restando importancia a las habilidad, aptitudes y fortalezas que lo caracterizan; se da prioridad a los aspectos negativos; Desde la educación y sensibilización se pretende promulgar intervenciones que reduzcan la estigmatización y etiquetación de la población, a través del conocimiento y el uso adecuado que las personas hagan de la información que sobre salud mental posean.

“El ser humano es un todo conformado por sus emociones, cogniciones y pensamientos; si alguno de éstos aspectos se ve afectado, conllevará a una inminente entropía de su personalidad, que afectará la integridad del sí mismo como ser individual y del otro como ser colectivo”.

CONCLUSIONES

La atención psicológica en el área clínica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, se constituye en un factor relevante que propende por el bienestar de la comunidad de este municipio y de los municipios aledaños; y por el mejoramiento de la calidad de vida de dicha población.

La población infantil y adolescente conforman la principal comunidad a la cual se brinda atención psicológica desde el CPS de Piedecuesta destacándose como principales impresiones diagnósticas la Depresión infantil, problemas de conducta infantil, bajo rendimiento académico relacionado con la pérdida de motivación hacia las áreas escolares, trastornos de aprendizaje asociado a enfermedad médica, y trastorno relacionado con la dependencia/consumo de cannabis.

Los menores se constituyen en la población más vulnerable del municipio de Piedecuesta, en la cual logran identificarse factores de riesgo a

nivel social, familiar y escolar. Dentro de los cuales se destacan la disfuncionalidad a nivel de dinámica y estructura familiar, los bajos recursos socio-económicos, y la ausencia de estrategias de aprendizaje que promuevan en el estudiante la construcción de conocimiento.

A partir de los grupos de apoyo que se llevaron a cabo con los docentes de primaria del colegio Balbino García, se hace manifiesta la necesidad de implementar programas orientados hacia la prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental, debido a que en esta población se evidencia falta de información respecto a la importancia y relevancia social de los mismos.

La salud mental se constituye en un aspecto importante en el bienestar y desarrollo integral de los seres humanos, pero en la actualidad se caracteriza por la carencia de programas orientados hacia la promoción de la misma. El modelo psicoeducativo desde el enfoque cognitivo-conductual fortalece la atención psicológica que se ha ido implementando en el CPS de Piedecuesta; y que se orienta hacia el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El Centro de Proyección Social ha logrado posicionarse en el municipio de Piedecuesta a través de los diversos proyectos que desde esta institución se han generado. No obstante, se refleja la necesidad de integrar un grupo de trabajo interdisciplinario que generen mejores resultados a nivel poblacional. Es necesaria la integración de las diversas disciplinas presentes en el CPS como psicología, derecho, ingeniería industrial y comunicación social, con el fin de favorecer la calidad de vida de la comunidad piedecuestana. De igual forma, se requiere de un mayor posicionamiento del psicólogo clínico en el municipio, que atienda las principales situaciones problémicas que a nivel cognitivo, comportamental y emocional se presentan en la población de dicho municipio.

Es importante tener el propósito de alcanzar procesos satisfactorios y efectivos que favorezcan el desarrollo del menor, proyectado hacia el mejoramiento de su calidad de vida y entorno. Razón por la cual se valida a

través de la mayor población atendida la relevancia de fortalecer el trabajo a desarrollar con los infantes, debido a que la génesis de las creencias irracionales y desadaptativas se halla en los primeros años de vida del ser humano; es necesario iniciar procesos que promuevan la salud mental del menor porque de esta forma se previene la enfermedad mental del adulto. El trabajo que se lleve a cabo con la población infantil desde la salud mental, va incidir satisfactoriamente en su desarrollo integral, es decir, va afectar no sólo la calidad de vida del niño, sino que a su vez va influir en el adolescente y adulto.

La pasantía es un proceso orientado al fortalecimiento y acompañamiento de los diferentes proyectos que desde el Centro de Proyección Social de Piedecuesta se han generado; así mismo, es un proceso a través del cual se posibilita la caracterización e impresión diagnóstica del estado actual de la salud mental en la comunidad de Piedecuesta, orientando las acciones hacia intervenciones clínicas con proyección social.

RECOMENDACIONES

El CPS de Piedecuesta es una institución con proyección social que presta sus servicios a la población vulnerable de este municipio; razón por la cual se hace necesario que día tras día se propenda hacia el mejoramiento de la prestación de servicios que desde allí se ofrecen. Tomando como referente la experiencia de pasantía surgen algunas recomendaciones que pueden implementarse.

Se considera relevante alcanzar un trabajo interdisciplinar a nivel institucional para lograr resultados eficaces, a través, de un trabajo integral fundamentado en la buena comunicación. Es importante integrar un grupo de

trabajo conformado por el coordinador del CPS, el coordinador o algún asesor de Derecho, psicólogo pasante, 1 representante de los practicantes de psicología y 1 de los estudiantes de consultorio jurídico, representante de comunicación social y las secretarías; con el fin de llevar a cabo encuentros quincenales o mensuales (opcional), en el cual se discutan las situaciones problemáticas más recurrentes en la población a la cual se le prestan los servicios, y así poder implementar nuevos programas de intervención que tiendan al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Así mismo, para retroalimentar las acciones que hasta el momento se han desarrollado; y para discutir sobre las necesidades de la población y del CPS.

Se reconoce la labor desarrollada por las practicantes y pasantes del Centro de Proyección Social; no obstante, se evidencia la necesidad de contratar un psicólogo de planta que se encargue de coordinar todas las actividades relacionadas con el área de la psicología; desde la intervención individual, y las intervenciones grupales con las diferentes poblaciones a las cuales se asiste (infantil, adolescente, adulta, adulto mayor). Se hace relevante hacer énfasis en la salud mental de la población articulando las diferentes problemáticas percibidas y ubicadas en las instituciones educativas; así como la implementación de nuevos programas de intervención en las diferentes instituciones con las que el CPS tiene convenio, principalmente instituciones educativas.

Las acciones de pasantes y practicantes se halla condicionada y limitada por el tiempo de duración de la práctica y pasantía; en ocasiones, los programas que se inician suelen quedar fragmentados debido al tiempo, y debe esperarse a los nuevos estudiantes para que se hagan cargo de lo que se ha venido desarrollando por compañeros anteriores. Esta situación puede desencadenar en resultados contraproducentes para la población y para los psicólogos pasantes y practicantes; específicamente cuando se trata de intervención individual; porque no es conveniente que los pacientes especialmente los niños deban ser remitidos a un nuevo profesional debido a

que se acabó el tiempo de práctica o pasantía. Por el bienestar de la población no es recomendable cortar los procesos, o cambiar de profesional, porque genera incomodidad el hecho de contar nuevamente las situaciones problemáticas a un extraño con el cual es necesario empezar desde cero para que el proceso sea eficaz. Esto puede desencadenar en deserción a la consulta, posibles recaídas, pérdida de reconocimiento y respeto hacia la profesión y hacia los profesionales de psicología, de igual forma, los pacientes pueden generar sentimientos de minusvalía y de desinterés por parte de los demás hacia él, por considerar que el hecho que lo remitan a otro profesional se debe a la falta de importancia de sus problemas. La presencia permanente de un psicólogo en la institución fortalece los servicios y la atención que se brinda, porque se hace posible elaborar una impresión diagnóstica de la población de manera profunda y a partir de ésta se posibilita la implementación de nuevos programas de intervención.

Teniendo en cuenta los rangos de edades de las personas que asisten a psicología, los índices reflejan que la población infantil ocupa el primer lugar; es decir, los menores son los que asisten con mayor frecuencia a recibir los servicios que se ofrecen desde el CPS; razón por la cual, se recomienda la creación de una sala de juegos en la institución que favorezca y potencialice la intervención que se realiza con los niños. La importancia de los espacios de juego para los procesos que se desarrollan con los niños, es porque a través de éstos se logra que los menores se sientan en un espacio familiar que les brinda tranquilidad y seguridad, y que les permite desenvolverse en forma natural. De igual forma, es importante adecuar un espacio de consulta más amplio, y con mayor iluminación que permita al paciente sentirse cómodo. Los espacios reducidos y con poca iluminación tienden a generar sentimientos de inseguridad, temor, ansiedad, angustia e intranquilidad; los cuales suelen sesgar las intervenciones. La eficacia de los procesos psicológicos unido al “rapport” o relación empática establecida entre terapeuta-paciente; también requiere de un espacio cómodo, y de los medios de trabajo necesarios que

permitan una buena intervención.

Es importante que las personas tengan acceso a información relacionada con psicología, a través de folletos, verbigracia, información sobre cuáles son los principales trastornos que afectan a la población de nuestro país, lo cual favorece los procesos de prevención y promoción en salud mental orientados hacia el bienestar de la población en general.

Desde el CPS de Piedecuesta se hace necesaria la adquisición de pruebas psicológicas que se encuentren en buen estado y que sean de uso exclusivo de esta institución; que favorezcan procesos de evaluación, y diagnóstico que desde allí se llevan a cabo; y que en efecto fortalecerán el posicionamiento que el CPS tiene a nivel regional. En ocasiones la labor del psicólogo se ve obstruida por la falta de pruebas en el CPS de Piedecuesta, teniendo que esperar que las soliciten al CPS de Sotomayor.

Realizar jornadas psicoeducativas cada mes con aspectos relacionados con la salud mental (depresión, ansiedad, conductas disruptivas, baja autoestima, consumo de SPA entre otras). Dar continuidad a los grupos de apoyo con docentes que se inició en el colegio Balbino García; abrir estos espacios en otras instituciones educativas que tengan convenio con el CPS; también fortalecer jornadas psicoeducativas como la desarrollada en el “Hogar Padre Finet” con padres cuyos hijos padecen trastornos relacionados con la conducta del menor o trastornos del estado de ánimo lo anterior favorece el trabajo que se desarrolló en la pasantía desde el principio psicoeducativo que describe el enfoque cognitivo-conductual, en relación con la prevención y promoción de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, J (2000). Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización. Barcelona. Gedisa, págs.; 24-26 y 32 y 33.

Calderón, N (1996). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. Quinta Edición. México. Ed. Pegaso; págs., 59, 157, 161 y 162.

Caro, I (1997). Manual de psicoterapias Cognitivas. Barcelona. Paidòs.

Compas, B (2003). Introducción a la Psicología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana Editores.

Facultad de Medicina UNAM. Terapia_Cognitivo Conductual. Consultado el 31 de enero de la World Wide Web: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/farmacologia/cct/tcc.html>

Feldman, R (1997). Psicología. Con aplicaciones en países de habla hispana. México. McGraw-Hill.

Florido, C; Urrego, D (2007) Depresión, manuales de la salud. Colombia. Primera Edición. Intermedia editores, págs. 32 y 93.

Instituto Ananda de Psicología/Psicoterapia Sancho Ramírez (2007). Psicología Clínica y de la Salud Colegio Oficial de Psicólogos. Consultado el 02 de febrero de la World Wide Web: <http://institutoananda.es/txoko02/>

Lyddon, W; Jones, J (2002). Terapias cognitivas con fundamento empírico, aplicaciones actúales y futuras. México. Editorial El Manual Moderno S.A. págs., 15, 20.

Núñez, M (1994). Biblioterapia, cuentos infantiles terapéuticos. Cuba. Ed. Técnica científica La Habana, págs. 15 y 16

Oblitas, L (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Internacional Thomson Editores, págs; 3,4 y 58

Revista Psicoanalítica (2004). Apertura Psicoanalítica hacia modelos

integradores. Estudio del caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual.
Consultado el 01 de febrero de la World Wide Web:
<http://www.aperturas.org/17panelcalderon.html>

Riso, W (2006). Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá. Ed. Norma S.A, págs; 34-37 y 127, 128.

Schaefer, C (1988). Manual de Terapia de Juego. México. Ed. El manual moderno S.A, págs. 7 y 8.

Timothy, J; Trull, E (2003). Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Cengage Learning Editores, pág. 391.

Winnicott, D (19i8). Realidad y Juego. España. Gedisa.

ANEXOS

GRUPOS DE APOYO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE DOCENTES DE PIEDECUESTA

Se denomina también "reunión de grupo" o "discusión de grupo". Se basa en el grupo como unidad representativa (célula social) que expresa unas

determinadas ideas: valores, opiniones, actitudes... dominantes en un determinado estrato social. Los participantes se seleccionan porque tienen ciertas características en común que les relacionan con el tema objeto de la discusión. Puede definirse, como "aquel grupo cuyo objetivo es hacer una confrontación de opiniones, de ideas o de sentimientos con el fin de llegar a unas conclusiones, un acuerdo o unas decisiones" (Muchielli, 1972). Merece la pena destacar de esta definición que un grupo de discusión no es un grupo de trabajo y por tanto su objetivo no es producir, no es un lugar de acción, ésta se emprenderá a posteriori, sino intercambiar opiniones de manera que se obtenga una información acerca de las percepciones, actitudes o motivaciones de un colectivo determinado. Los participantes de un grupo de discusión expresan sus opiniones sobre un tema de interés común. Las personas aportan informaciones sin modificar las de las demás; no se trata de un intento de imponerse sino de aportar unas ideas. Una condición de los grupos de discusión es que estén compuestos por personas similares entre sí (edad, experiencia profesional, puesto de trabajo).

Específicamente estos grupos de apoyo están dirigidos a los docentes de diversos establecimientos educativos de Piedecuesta con un propósito psicoeducativo partiendo de la concepción de salud mental y de la consecuencia de no generarla, dando a conocer de forma general la importancia de un diagnóstico de trastornos psicológicos del comportamiento, emocionales y del aprendizaje; orientados a la prevención y promoción de la salud mental en la población estudiantil de este municipio.

A partir de estos grupos de apoyo se ofrece a los participantes un conocimiento general tomando como base el modelo cognitivo comportamental en donde la formación en herramientas, habilidades y estrategias permite afrontar las necesidades psicológicas que surgen en las aulas de clase de las instituciones educativas. Se busca una labor psicoeducativa fundamentada en sesiones que fomenten un proceso de aprendizaje en los docentes,(conocimiento de los

trastornos clínicos mas prevalentes) con el fin de lograr mayores procesos de prevención, de intervención integral lo ,que lleva al fortalecimiento de vínculos afectivos docente-alumno, que a su vez promuevan el mejoramiento de la calidad de vida del estudiante y de su entorno familiar, social y educativo.

Durante los encuentros se busca inicialmente la identificación de los imaginarios que los maestros tienen en relación con los trastornos psicológicos; partiendo del conocimiento que tienen sobre la enfermedad mental –salud mental. Se hace necesario hacer visible las consecuencias negativas que se originan a causa de la desinformación y de los diagnósticos fundamentados en conductas aisladas de los menores; con los cuales se “etiqueta” a la población (reforzando más la etiqueta que el proceso de mejoría).

A través de los Grupos de Apoyo Psicológico se busca promover la toma de conciencia de la propia situación y su análisis, estableciendo las estrategias o patrones de conductas y actitudes mas adecuadas para sobrellevar mejor las situaciones problemáticas que surgen en el ambiente educativo y que están articuladas con el área clínica de la psicología; dado que la salud mental del menor se relaciona con el bienestar físico y emocional que experimenta en el ambiente familiar, social y educativo.

OBJETIVOS

GENERAL

Crear un espacio psicoeducativo de promoción de la salud mental con la población de docentes de la institución, orientado desde la psicología clínica; con el propósito de lograr un trabajo interdisciplinario que propenda hacia el bienestar físico y emocional de los estudiantes; partiendo de las dificultades observadas en el ámbito escolar.

ESPECÍFICOS

- Identificar los imaginarios que los docentes poseen en relación con los trastornos psicológicos, especialmente con el TDHA, las conductas disruptivas, trastornos del estado de ánimo como la depresión, así como trastornos de la ansiedad.
- Precisar los diversos criterios a tener en cuenta para llevar a cabo un diagnóstico acertado en la población infantil y adolescente; enfatizando en la necesidad de reconocer los factores familiares, sociales y educativos presentes en las conductas del menor.
- Fortalecer un trabajo interdisciplinario orientado al mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo funcional de la población estudiantil. (salud mental)

Población

Docentes Colegio Balbino García

Duración

Estos grupos de apoyo se llevarán a cabo en 4 encuentros con una duración aproximada de 2 horas cada uno. En el primer encuentro se especificarán los objetivos del grupo de apoyo y las normas a tener en cuenta en el transcurso de cada sesión; se aclaran dudas que surjan en relación con los encuentros (15-20 min.).

PRIMER ENCUENTRO

Objetivos

Lograr un primer acercamiento con la población de docentes, a través del cual se busca identificar los imaginarios que los docentes poseen en relación con los conceptos de salud mental/enfermedad mental.

- Identificar en la población de docentes, los supuestos que tienen con respecto a los trastornos mentales y emocionales de mayor prevalencia que se presentan en la población infantil de la institución.

Recursos

- Humanos
- Espógrafos y tablero
- Papel bond (tamaño carta) y lapiceros
- Pliego papel bond y marcadores

Metodología

Se da inicio al encuentro con la presentación del profesional a cargo (psicóloga pasante) y de los demás participantes del grupo de discusión.

Se prosigue con la justificación de los encuentros que se van a llevar a cabo, en la cual se explican las razones y la importancia de los mismos orientado desde el área de la psicología clínica y tomando como referente conceptual la salud mental. De igual forma, se precisa en la necesidad de fomentar y fortalecer un trabajo interdisciplinario que promueva el bienestar físico, mental y social de los estudiantes; y en efecto potencialice el desarrollo funcional en los mismos.

Después se induce a los maestros participantes en el encuentro para que a través de una lluvia de ideas expresen los supuestos que ellos poseen en relación con la salud y enfermedad mental, y en relación con los trastornos mentales y emocionales que según ellos se presentan con mayor frecuencia en la población infantil y adolescente de la institución.

Se deja un espacio en el cual cada uno exprese por escrito las sugerencias que tienen con respecto al desarrollo de los encuentros y las temáticas; después se lleva a cabo una plenaria en la cual se hace retroalimentación de la sesión y se especifican los temas a tratar tomando como referente las inquietudes y sugerencias que surgieron en el grupo.

SEGUNDO Y TERCER ENCUENTRO

Justificación

La importancia de los grupos de apoyo a desarrollar con los maestros de la institución radica en la constante búsqueda del bienestar y mejoramiento de calidad de vida de los estudiantes; y del entorno que lo rodea. Razón por la cual se evidencia la necesidad de lograr un trabajo interdisciplinario satisfactorio, en el cual se fomente un espacio de intercambio de conocimientos e información respecto a los imaginarios que se tienen de las denominadas “conductas anormales o patológicas” que presentan los menores.

El propósito es redireccionar la labor de acompañamiento que ejercen los docentes en el proceso de formación y desarrollo de la población infantil, y enfatizar en la urgencia de conocer claramente todos los aspectos que abarca el diagnóstico de un trastorno psicológico, así como las consecuencias negativas a las cuales conlleva cuando éste se hace sin fundamentos. Los diagnósticos precipitados de los diversos trastornos psicológicos tienden a “etiquetar” o “patologizar” a los individuos, desconociendo así la naturaleza multifactorial de los diversos comportamientos presentes en los menores. El diagnóstico debe llevarse a cabo por profesionales idóneos que hacen uso de técnicas y de herramientas de análisis y evaluación de las cogniciones, emociones y conductas de los sujetos; con el propósito de no caer en la estigmatización de los alumnos, lo cual puede afectar de manera negativa el proceso de socialización de los niños y adolescentes, dando como resultado la aparición de trastornos en el adulto.

Los menores se encuentran en una etapa de formación en la cual están expuestos a múltiples cambios a nivel físico, emocional, familiar y social; es un proceso en el cual van adquiriendo información del entorno que los rodea y la van asimilando e interiorizando, lo cual implica una labor importante por parte de los docentes y personas que lo rodean quienes tienen el deber de crear un espacio sano en el que se posibilite el desarrollo saludable de dicha población.

Es importante tener especial cuidado al hablar del menor “enfermo” o de conductas “anormales” en el menor; porque debido al proceso de aprendizaje y

formación en el cual se encuentra, no se debe desconocer el entorno en el cual se desenvuelve; porque las conductas de los niños y adolescentes suelen ser el reflejo de una sociedad, escuela o familia “enferma”. Así es posible decir que las conductas, emociones y pensamientos o cogniciones de los niños están relacionados íntimamente con la realidad a la cual está expuesto.

SEGUNDO ENCUENTRO

Objetivos

General

- Crear un espacio psicoeducativo en el cual se conozca las generalidades de trastornos como el TDHA, el trastorno negativista desafiante y conductas disruptivas.

Específicos

- Especificar el concepto y los criterios a tener en cuenta para el diagnóstico de estos trastornos.
- Reconocer los principales temores y mitos que se entretajan en relación con estos trastornos del comportamiento
- Precisar estrategias o técnicas que fortalezcan el proceso de acompañamiento con la población estudiantil que presenten conductas relacionadas con estos trastornos.

Recursos

- Humanos
- Folletos informativos
- Psicodrama

El psicodrama se define como el hecho de representar la propia vida en la escena psicodramática. Usa la representación dramática libre con la finalidad de incrementar los aspectos espontáneos del sujeto. Es a través de este como

el sujeto consigue la expresión de sus conflictos. La técnica es la interacción e inversión de papeles entre el "protagonista y el antagonista". El fin es el ponerse en lugar del otro para su mejor comprensión. Este cambio de papeles, según Sharp 1959, posibilita al sujeto el probarse los "zapatos psicológicos" de los demás.

Metodología

Se da inicio con la bienvenida y la retroalimentación del encuentro anterior, se especifican los objetivos del encuentro y las reglas a seguir durante el mismo. Se solicita al grupo que se dividan en subgrupos con el fin de lograr un trabajo con resultados satisfactorios. Cada subgrupo debe escoger un líder el cual es el encargado de expresar a través de la escena psicodramática los imaginarios que los miembros del subgrupo poseen en relación con los respectivos trastornos. La idea es que los docentes expresen en la escena psicodramática lo que ellos consideran TDHA, trastorno negativista desafiante o conductas disruptivas; después se hace una plenaria teniendo en cuenta los principales aspectos encontrados durante el psicodrama. El encuentro se concluye especificando en los criterios a tener en cuenta para el diagnóstico de dichos trastornos; así como la significación de los mismos.

Especificación de los aspectos positivos a destacar del encuentro, así como las dificultades que se generaron en la realización de las actividades propuestas.

Evaluación y retroalimentación del encuentro a través de preguntas en el cual se aclaran las dudas existentes en relación con los conceptos desarrollados durante la sesión. Planteamiento de sugerencias para próximos encuentros.

TERCER ENCUENTRO

Objetivos

General

- Crear un espacio psicoeducativo en el cual se reconozcan las

generalidades de los trastornos de ansiedad y de los trastornos del estado de ánimo como la depresión.

Específicos

- Identificar los imaginarios que los docentes poseen en relación con (enfermedad mental-salud mental) estos trastornos, a través de sus discursos.
- Especificar el concepto y los criterios a tener en cuenta para el diagnóstico de los mismos.
- Precisar estrategias a llevar a cabo en el acompañamiento con la población estudiantil que presenten conductas relacionadas con estos trastornos.

Recursos

- Humanos
- Grupo de discusión
- Folletos informativos

Metodología

Se prosigue con el desarrollo de la temática; en primer lugar la sesión se centra en la importancia de contar con la información adecuada y precisa del significado de los diversos trastornos psicológicos, así como los criterios a tener en cuenta para llegar a un diagnóstico acertado; evitando así el “etiquetar” a la población estudiantil. A su vez se enfatiza en la labor de acompañamiento del docente en el proceso de desarrollo de los alumnos, y la necesidad de un trabajo interdisciplinario que posibilite procesos de desarrollo y aprendizaje fundamentados en el respeto hacia la integridad de los estudiantes; especificando la labor que corresponde a cada profesional de acuerdo a su disciplina.

Especificación de los aspectos positivos a destacar del encuentro, así como las dificultades que se generaron en la realización de las actividades propuestas. Evaluación y retroalimentación del encuentro a través de preguntas en el cual se aclaran las dudas existentes en relación con los conceptos desarrollados durante la sesión. Planteamiento de sugerencias para próximos encuentros.

CUARTO ENCUENTRO

Uno de los principales motivos de consulta por los cuales los estudiantes son remitidos al centro de proyección social de Piedecuesta está relacionado con los denominados trastornos del aprendizaje. En las remisiones se leen expresiones tales como problemas de memoria, falta de atención, ausencia de interés por lo académico, dificultades en la comprensión de lectura etc. No obstante, es necesario reconocer el papel fundamental que los docentes ejercen en el proceso de aprendizaje de los alumnos, el cual no se reduce a la memorización de información, sino a la relación constructivista que el estudiante establece con el conocimiento; a través de las estrategias cognitivas empleadas por los profesores.

Objetivos

General

- Identificar los principales modelos o estrategias de aprendizaje cognitivo que posibiliten la construcción del conocimiento, a través del proceso de acompañamiento de los docentes.

Específicos

- Reconocer cuáles son las principales dificultades de aprendizaje que presenta la población estudiantil
- Identificar las técnicas o estrategias de aprendizaje que se emplean en la experiencia del aprendizaje.
- Dar a conocer nuevas alternativas o estrategias de aprendizaje que

favorezcan el proceso educativo de los estudiantes.

Recursos

- Humanos
- Salón amplio y bien iluminado
- Espógrafos, tablero, papel bond (tamaño carta, pliego), lápices.
- Role-playing

Metodología

Se da la bienvenida al encuentro y se especifican objetivos del mismo.

Se prosigue con la explicación de la manera como se va desarrollar la sesión.

Se hace uso del role-playing; con el cual se busca que los docentes se coloquen en el lugar de sus alumnos y a partir de esta experiencia puedan reconocer las debilidades o falencias existentes en la dinámica de enseñanza que están llevando a cabo. A su vez, se invita a los participantes al encuentro para generar nuevas ideas o alternativas que propendan al fortalecimiento del aprendizaje y a la participación activa y dinámica del alumnado durante las clases.

Plenaria en la que se exponen las conclusiones del encuentro, y se hacen las últimas recomendaciones

Especificación de los aspectos positivos a destacar del encuentro, así como las dificultades que se generaron en la realización de las actividades propuestas.

Evaluación y retroalimentación del encuentro a través de preguntas en el cual se aclaran las dudas existentes en relación con los conceptos desarrollados durante la sesión. Planteamiento de sugerencias para próximos encuentros.

EVALUACIÓN DE LOS ENCUENTROS

Los grupos de apoyo desarrollados con los docentes del colegio Balbino García se caracterizaron por la participación activa de dicha población, los

cuales se mostraron colaboradores e interesados respecto a las temáticas trabajadas. Quedando manifiestas inquietudes relacionadas con la falta de información que ellos poseen respecto a los principales trastornos mentales que se presentan no sólo en la infancia y en adolescencia, sino también en la adultez, lo cual se evidencia en el uso exagerado o sobregeneralizado de términos como la hiperactividad, la agresividad, y la depresión; es decir, los docentes en su mayoría tienden a etiquetar a los alumnos en alguno de estos trastornos mentales desconociendo las verdaderas implicaciones de los mismos y los síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico, presentándose una falta de información absoluta o errada frente a los mismos. De esta forma, los niños que se tornan inquietos o rebeldes en las aulas de clase inmediatamente son estigmatizados como niños hiperactivos o agresivos, así mismo, la baja de rendimiento escolar, el aislamiento social, la falta de participación en clase y la poca motivación del niño frente a las actividades escolares son consideradas como poco interés del menor frente a el ámbito escolar o como simple “pereza”.

De acuerdo a las sugerencias planteadas en cada uno de los encuentros se destaca la necesidad de crear más espacios psicoeducativos que fortalezcan su labor como maestros, así como la promoción de la salud mental de sus alumnos y de ellos mismos; consideran que el trabajo debe constituirse como un trabajo de todos, razón por la cual insisten en la importancia de dar inicio a estos grupos de apoyo con los padres de familia de los alumnos, dejando claro que muchas veces no se cuenta con el interés de éstos hacia sus hijos.

A nivel general se desconoce la relevancia de la salud mental en la población, y por ende, se observa la falta de programas orientados hacia la prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental; de igual forma, pasa desapercibida la influencia de los ambientes inmediatos como la familia y la escuela en el desarrollo funcional o disfuncional del menor; se habla de un niño o de un alumno “enfermo”, no de una familia o una sociedad “enferma”; reflejando el desconocimiento de las causas y principales factores de riesgo

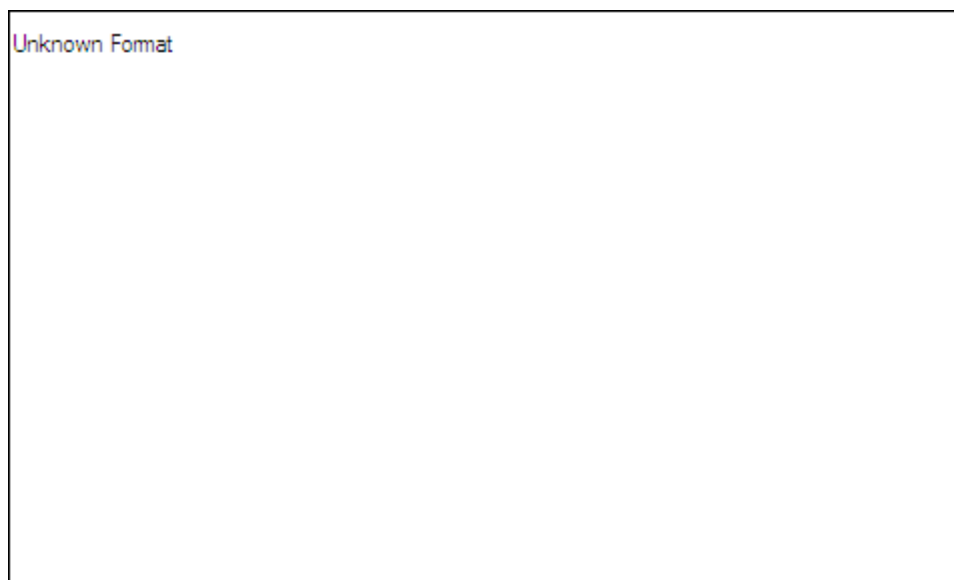
que afectan la integridad del infante. No obstante, los docentes consideran que los problemas que se presentan en las aulas de clase con los alumnos, se relacionan en gran parte con la disfuncionalidad en la dinámica familiar (algunos alumnos hacen parte de hogares re-estructurados, o monoparentales en los que principalmente falta la figura paterna), la situación socioeconómica que desemboca en la falta de satisfacción de las necesidades básicas como una buena y adecuada alimentación y una vivienda digna que brinde protección, así como el maltrato y abuso sexual que en ocasiones son expuestos los niños y el abandono o falta de interés de los padres hacia sus hijos.

De acuerdo a estos resultados se hace necesaria la implementación de programas psicoeducativos orientados hacia la promoción de la salud mental de los niños que propendan hacia el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los mismos, fundamentado en el trabajo interdisciplinario constituido por docentes, psico-orientadores, profesionales de la salud (trabajador social, psicólogo), coordinadores de los colegios entre otros; con el fin de alcanzar resultados eficaces a partir de la participación activa e intercambio de conocimientos. Razón por la cual, se plantea la creación de una mesa de trabajo que posibilite la discusión de temáticas relacionadas con el bienestar de los menores y donde se lleve a cabo el estudio de casos que se consideren relevantes para la institución.

Se requiere de un trabajo dinámico y de un equipo interdisciplinario que oriente sus intereses hacia la búsqueda del bienestar de los menores y que proyecte sus acciones no sólo hacia el niño del presente, sino hacia el adolescente y adulto del futuro. Teniendo en cuenta que la salud mental de nuestros niños depende en gran parte de la salud mental de los adultos que conforman su realidad inmediata como la familia, la escuela y la sociedad; se hace necesario lograr espacios familiares, educativos y sociales sanos en los que el menor se sienta protegido y seguro, y en los cuales se aporte hacia la integridad y el desarrollo funcional de los infantes.

GRÁFICAS DE RESULTADOS

Gráfica 1.1 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según estrato socioeconómico



Gráfica 1.2 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según género



Gráfica 1.3 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según edad de los consultantes



Gráfica 1.4 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según remisiones



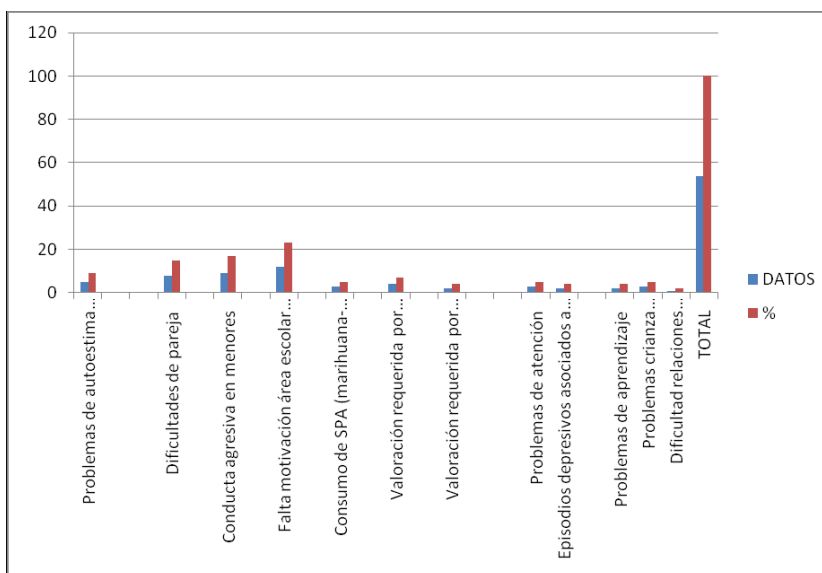
Gráfica 1.5 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según escolaridad



Gráfica 1.6 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según impresiones diagnósticas



Gráfica 1.7 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según motivos de consulta



Gráfica 1.8 Resultados de la población atendida en el CPS desde 7 de abril a 7 de octubre de 2008, según tipos de consulta

Unknown Format

FORMATO INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:

Genero: **Edad**

Fecha de Nacimiento:

Profesión u Oficio:

Escolaridad:

Dirección:

Teléfono:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. MICROANÁLISIS DE LA SITUACION

4. INTERVENCIÓN REALIZADA

5. RECOMENDACIONES

LADY ANDREA GALVIS MORENO
PSICÓLGA PASANTE
CPS PIEDECUESTA

INFORME PSICOLÓGICO WISC-R

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad Cronológica:

Género:

Escolaridad:

Prueba aplicada:

Fecha de Evaluación:

Nombre del Evaluador:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES:

Farmacológico:
Quirúrgico:
Tóxico-Alérgicos:
Psíquicos: r.

4. OBSERVACIÓN COMPORTAMENTAL:

5. DESEMPEÑO EN LAS PRUEBAS:

6. INTERPRETACIÓN:

Lenguaje:

Atención:

Planificación:

Coeficiente Intelectual:

Escala Verbal:

Escala de ejecución:

6. RECOMENDACIONES:

7. EVALUADOR:

**SOLICITUD DE ADECUACION DEL ESPACIO (SALA DE JUEGOS) PARA LA
INTERVENCION PSICOLOGICA A LA POBLACION INFANTIL EN EL
CENTRO DE SERVICIO DE PROYECCION SOCIAL (CPS) DE PIEDECUESTA**

OBJETIVOS

GENERAL

Lograr una intervención psicológica en la población infantil que oriente a la expresión libre y auténtica de sentimientos y pensamientos, usando la terapia de juego; a través de la adecuación del espacio en el Centro de Proyección

Social de Piedecuesta (CPS).

ESPECÍFICOS

Adecuar la sala de intervención destinada para la población infantil, de tal manera que tenga los materiales y recursos necesarios para desarrollar la terapia de juego.

Fortalecer el proceso de comunicación, de pensamientos y de sentimientos de la población infantil, mediante el juego.

Fomentar e incentivar las relaciones interpersonales de los niños con el medio familiar, educativo y social; utilizando el juego como instrumento o medio psicoeducativo

JUSTIFICACIÓN

El Centro de Proyección Social (CPS) de la Universidad Pontificia Bolivariana tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad a quien presta sus servicios; se especializa en Atención Psicológica y ofrece desde el área clínica y de la salud atención individual, familiar, pareja, valoraciones especiales y pruebas psicotécnicas (Muñoz. 2006).

La intervención psicológica que se lleva a cabo a través de la pasantía, se orienta hacia el fortalecimiento de los procesos actuales de los Centros de Proyección Social de la UPB. El propósito es brindar mayor cobertura a la población vulnerable, en especial niños, pero sin dejar de lado adolescentes y adultos que no cuentan con los recursos necesarios para tener acceso a un programa de atención óptimo en relación con el área de la psicología.

Teniendo en cuenta el trabajo que hasta el momento se ha adelantado en el CPS de Piedecuesta, se ha observado gran demanda de atención a la población infantil. Dadas las características de esta población surge la necesidad de implementar estrategias que favorezcan los procesos de

evaluación e intervención, lo que a su vez va a permitir el logro de los objetivos planteados en el transcurso de las sesiones realizadas a los menores

Los menores se encuentran en una etapa en la cual aprehenden cada experiencia de su entorno haciéndola propia; razón por la cual es necesario un trabajo no sólo con el niño sino con aquellas personas que representan las figuras o modelos representativos en el ambiente familiar, educativo y social. Es importante tener el propósito de alcanzar procesos satisfactorios y efectivos que favorezcan el desarrollo del menor, proyectado hacia el mejoramiento de su calidad de vida y entorno. Teniendo en cuenta que uno de los aspectos a destacar de la evaluación e intervención acertada con la población infantil, radica en que ésta a su vez se constituye en un proceso de prevención para las etapas posteriores de desarrollo en el menor; porque el trabajo que se lleva a cabo con el niño se proyecta en su preadolescencia, adolescencia y adultez. Con la terapia de juego en la población infantil se posibilita una evaluación e intervención acertada con el menor, y la prevención de futuras distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos e ideas irracionales en el adolescente y adulto.

Con la psicoterapia infantil surge la necesidad de crear espacios para que el niño mediante el juego, comunique conflictos derivados de su convivencia familiar, escolar y social. La actividad lúdica dirigida, permite la modificación de *experiencias inadecuadas* dentro del proceso de desarrollo emocional infantil, a la vez que posibilita elaborar una forma más apropiada de relación con los adultos. Se justifica la implementación de una sala de juegos en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, con el fin de potencializar los procesos de desarrollo de los niños y así orientarlos hacia la formación normal de su identidad tanto personal como social. Es indispensable una intervención infantil óptima y satisfactoria, porque a partir de dicha intervención se hace posible la prevención de futuras conductas disfuncionales y trastornos emocionales. Se logrará el mejoramiento de la calidad de vida de la población infantil que en

muchas ocasiones se ve afectada por el maltrato psicológico o físico por parte de las personas que representan las figuras de autoridad; así como otros factores relacionados con la pobreza y con la disfunción a nivel de estructura y dinámica familiar.

La creación de una sala de juegos posibilita la expresión de emociones que en ocasiones se dificulta y es poco evidente en las intervenciones o evaluaciones que se llevan a cabo con los niños; es necesario crear un espacio en el cual el niño se sienta cómodo, seguro libre y que se sienta parte de dicho espacio; sólo de esta manera se logra un trabajo profesional que arroje resultados positivos de la intervención realizada.

El juego tiene una función de comunicación, es a través del juego que los niños se expresan y resuelven sus trastornos emocionales, conflictos o traumas. Además, promueve el crecimiento y el desarrollo integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada. Las anteriores son algunas de las razones que justifican desde el proceso de evaluación e intervención en la población infantil la necesidad de la adecuación de una sala de juegos en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, en donde se logre un espacio cómodo en el cual los menores no se sientan extraños y puedan establecer una relación empática con el terapeuta.

El juego tiene diversas funciones que favorecen el desarrollo del menor; a nivel biológico algunas son:

Aprendizaje de habilidades básicas.

Liberación de energía excesiva y estimulación cinestésica.

Ejercicios. Salud física

Desarrollo Motor

Las funciones a nivel interpersonal son:

El dominio de situaciones.

Exploración.

Iniciativa.

Comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo.

Desarrollo cognitivo.

Dominio de conflictos.

Satisfacción de simbolismos y deseos.

Desarrollo de habilidades sociales y los procesos de separación-individuación.

Las funciones socioculturales hacen referencia a la imitación de papeles deseados (con base en modelos que representan los adultos que lo rodean).

En general, la terapia de juego proporciona al psicólogo una técnica para comprender a aquellos niños que presentan problemas de comportamiento, de estudio, de dificultad en procesos de comunicación (pensamientos y sentimientos) y de diferentes problemáticas que puedan presentar.

MARCO TEÓRICO

El juego permite que el niño exprese y resuelva sus conflictos, y promueve el crecimiento y desarrollo en lo cognitivo, así como la interacción apropiada con los semejantes. El juego es un medio que facilita los procesos de intervención del modelo cognitivo, porque este enfoque está orientado hacia la modificación de las cogniciones equívocas que presentan las personas con relación al mundo y a sí mismas; en el caso de la población infantil el juego se constituye en un medio a través del cual el niño se comunica con su entorno, logrando la expresión y manifestación libre de sus sentimientos y pensamientos. Por medio del juego el niño logra expresar la manera como está percibiendo la realidad; y a partir de esta manifestación se posibilita una evaluación e intervención acertadas que favorezcan el desarrollo funcional del menor; así mismo facilita la identificación de las relaciones interpersonales que el niño establece con sus semejantes. Según Bruner (1983) el juego libre ofrece al niño la oportunidad inicial y más importante de atreverse a pensar, a hablar y quizás incluso de ser él mismo. Los niños juegan como forma de comunicación, y la *terapia del juego* busca entender los mecanismos del juego,

para su aplicación al tratamiento de problemas psicológicos.

La terapia de juego tiene como objeto evaluar al niño y al mismo tiempo ir trabajando el autoconocimiento por medio de la exploración, y el autocontrol. En la Terapia de Juego se evalúan las conductas expresadas y los juguetes deben cumplir el propósito de suscitar ciertas conductas problema.

Se recomienda que los juguetes: permitan la expresión de las necesidades del niño, que el niño se sienta en un espacio cómodo y en el cual se siente libre durante la terapia, este espacio deberá aclarársele al niño, será para que juegue y exprese sus emociones por lo que debe ser adecuado para la infancia y debe propender hacia la expresión y verbalización de sentimientos.

Se debe proporcionar diversos juguetes al niño, manteniéndolos en un orden que llame a la exploración y elección. Es recomendable tener buena cantidad de juguetes que puedan usarse de diferentes maneras (por ejm. Juguetes para construir). Hay que tener algunos juguetes que promuevan sentimientos difíciles de tratar en la vida diaria como aquellos que suscitan “Agresión o Dependencia” (por ejm. pistolas, carritos armados, trastos, utensilios de cocina etc.). Y juguetes que permitan la competencia, donde pueda intervenir el terapeuta si es la oportunidad (Schaefer, 1999).

La psicoterapia infantil fue creada por Freud para el tratamiento de su paciente Hans. La terapia del juego fue empleada en 1919, por Hug-Hellmuth. Ana Freud comenzó a utilizar el juego en 1928, como forma de atraer a los niños a la terapia y como medio terapéutico. En el psicoanálisis tradicional, la mayor parte del trabajo de análisis se daba cuando se unían los aspectos saludables de la personalidad del paciente, con las fuerzas contrapuestas por el analista, sobre su Yo enfermo. Cuando el niño va desarrollando una relación satisfactoria, la atención de la sesión se traslada desde el juego a las interacciones verbales. Melanie Klein, empleó el juego como sustituto de la verbalización para comunicarse con los niños. En 1938, Solomon desarrolló la terapia del juego activa, para emplearla con niños impulsivos, para ayudarlos a expresar su ira y temor, ayudándolos a redirigir la energía antes de actuar,

para emprender conductas más aceptables. Da prioridad al desarrollo del concepto de tiempo en el niño, como ayuda en la separación de los traumas pasados, de sus actos futuros. Analistas como Hambridge, recrearon en el juego, el suceso motivador de la ansiedad, pero en una etapa intermedia de la relación terapéutica, cuando el niño ya tiene suficientes recursos para manejar este procedimiento, directo de introspección (Álvarez, 2000).

La terapia del juego experimentó un desarrollo importante a partir de los trabajos de Carl Rogers y Virginia Axline. Proviene de la escuela humanista y está centrada en el niño, por tanto, acepta del niño lo que éste quiera dar durante la terapia. La terapia de juego requiere de una sala de juegos y materiales para juego terapéutico, que permitan evaluar al niño y también el emprendimiento del autoconocimiento por medio de la exploración y el autocontrol. Se evalúan las conductas expresadas y los juguetes sirven para suscitar ciertas conductas. En el juego hay que dejar que el niño libere su imaginación, que exprese cómo ve al mundo y de qué manera se conecta con él. Hay que tener paciencia y esperar que el menor verbalice sus fantasías y las expresiones de sus emociones.

La comunicación psicoterapéutica con el niño debe estar a tono con su nivel de desarrollo afectivo y cognoscitivo ampliar un poco desde el modelo cognitivo (pensamiento. A través del juego es posible identificar;

- Las defensas del niño
- La capacidad para tolerar la frustración
- Sus fantasías y emociones
- Sus inquietudes y temores
- Sus habilidades especiales y dificultades
- Comportamiento en general
- Niveles de dependencia – independencia
- Niveles de agresividad
- Rivalidad fraterna, cómo hace frente a la competencia
- Niveles de Ansiedad (cualquier interrupción abrupta en el juego es un

indicador importante de ansiedad y de problemas Erickson 1950)

- Y el proceso del juego qué es lo que intenta resolver

LISTA DE JUGUETES solicitados para la adecuación del espacio.

- Títeres variados
- Familia de muñecas y muñecos
- Una casita
- Crayolas, plastilina, tijeras
- Suficiente papel para dibujar
- Animales
- Soldados, carritos, indios y vaqueros
- Aviones y barcos
- Muñecos bebe de trapo y biberones
- Teléfonos (dos)
- Policías, médicos, equipos médicos
- Algunos materiales para construcción como los “Lego”, cubos de diferentes tamaños
- Libros de cuentos e historietas ya que algunos niños prefieren la lectura y hacer historias con material de sus propias vidas.
- Grabadora y música de rondas infantiles y música de relajación
- Mesa y sillas pequeñas en las cuales los niños puedan trabajar.
- Cojines.
- Pintura (vinilos)
- Colores
- Rompecabezas
- Bombas
- Balones
- Juegos de construcción

**RELACIÓN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE PROYECCIÓN DE PIEDECUESTA
ABRIL DE 2008-OCTUBRE 7 DE 2008**

	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	ESTRATO	REMISIÓN	MOTIVO DE CONSULTA	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	No. DE SESIONES
1	13 años	M	OCTAVO	3	Col. Balbino García	Bajo Rendimiento Académico, y pérdida de motivación.	Dificultades en el aprendizaje relacionadas con pérdida de motivación en el área escolar.	1
2	7 años	M	SEGUNDO	3	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Aspectos disciplinarios, desconocimiento de normas	Desconocimiento de normas y reglas que se genera por la falta de autoridad en el hogar-	5
3	12 años	M	SÉPTIMO	3	Col. Balbino García	El estudiante ha presentado cambios en su motivación, bajas calificaciones y despreocupación frente al proceso escolar.	Pérdida de motivación y falta de interés en el área escolar.	1
4	7 años	F	PRIMERO	2	Comisaría de Piedecuesta	Valoración Psicológica solicitada por la comisaría para proceso de custodia.	Síntomas asociados a la Depresión infantil relacionados con la disfuncionalidad de la dinámica y estructura familiar.	1

5	35 años	M	UNIVERSITARIOS	3	Particular	Últimamente me siento muy deprimido, muy triste y con ganas de llorar. Extraño a mi esposa y a mis hijos, estoy desanimado.	Síntomas asociados a estado depresivo relacionado con problemas en la relación de pareja.	5
6	4 años	M	PREESCOLAR	2	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Bajo interés en las actividades escolares, y pérdida de motivación.	Depresión infantil asociado a la separación de los padres.	1
7	8 años	F	CUARTO	2	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Comportamientos agresivos con los compañeros y pérdida de motivación en el área escolar.	Depresión infantil asociada a la separación de los padres.	1
8	24 años	F	BÁSICA PRIMARIA	3	Particular	La verdad necesito orientación en cuanto a mi relación de pareja, últimamente no funciona.	Síntomas asociados al estado depresivo relacionado con la dificultad de pareja	4
9	16 años	M	UNDÉCIMO	3	Col. Balbino García	El estudiante últimamente se encuentra decaído y presenta bajo rendimiento académico.	estado depresivo asociado a la disfuncionalidad de la dinámica y estructura familiar	

								1
10	6 años	M	PRIMERO	3	Col. La Normal de Piedecuesta	Dificultades en el proceso de aprendizaje y en las relaciones interpersonales.	Depresión infantil asociado a la ausencia de la figura paterna en el núcleo familiar.	5
11	16 años	M	NOVENO	3	Col. Balbino García	Bajo rendimiento académico en asignaturas relacionadas con las ciencias sociales.	Bajo rendimiento académico relacionado con la pérdida de motivación en el área escolar.	4
12	17 años	F	BÁSICA PRIMARIA	3	Col. La Normal de Piedecuesta	Desde hace 6 meses aproximadamente consumo marihuana y acudo en busca de ayuda debido a la falta de apoyo familiar.	Trastorno relacionado con cannabis por consumo dependencia de cannabis	6
13	12 años	M	SÉPTIMO	3	Col. Luis Carlos Galán	Bajo rendimiento académico y conductas caracterizadas por la introversión y timidez.	Depresión infantil asociada a enfermedad médica	6
14	37 años	F	SIN ESCOLARIDAD	VEREDA	Particular	Necesito orientación debido a problemas actuales con mi pareja, la verdad yo quiero separarme pero él no	Estado de ansiedad relacionado con dificultades en la relación de pareja	2

						quiere.		
15	27 años	M	SIN ESCOLARIDAD	VEREDA	Particular	Los problemas con mi pareja me ponen muy triste y aburrido con intensas ganas de llorar, hasta he intentado quitarme la vida.	Estado depresivo con ideas suicidas recurrentes, asociado a las dificultades en la relación de pareja.	1
16	7 años	F	PRIMERO	1	Hogar Padre Finet	La niña es demasiado hiperactiva e inquieta en el salón	Depresión infantil asociada a la disfuncionalidad en el entorno familiar	2
17	40 años	F	BÁSICA PRIMARIA	2	Particular	Me siento deprimida, muy triste, sin ánimos, a veces, no me dan ganas de seguir viviendo.	trastorno del estado de ánimo relacionado con dificultades en la relación de pareja.	2
18	5 años	M	PREESCOLAR	2	Col. Balbino García	el niño es demasiado hiperactivo, no atiende a las actividad en el aula de clase.	Síntomas asociados al trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDHA).	2
19	7 años	M	PRIMERO	1	Hogar Padre Finet	El niño en el colegio es bastante agresivo, desobediente y n presta atención en clase.	Síntomas asociados al trastorno de aprendizaje específicamente en el lenguaje	2

20	8 años	M	PRIMERO	1	Hogar Padre Finet	El niño es hiperactivo, y demasiado inquieto.	Depresión infantil relacionada con la disfuncionalidad del núcleo familiar.	3
21	8 años	F	PRIMERO	1	Hogar Padre Finet	La niña presenta conductas agresivas en el aula de clases, golpea a sus compañeros sin razón alguna.	Depresión infantil asociado a la disfuncionalidad de la dinámica y estructura familiar.	7
22	8 años	M	TERCERO	1	Hogar Padre Finet	A pesar que el menor es responsable se muestra bastante retraído y tímido.	Depresión infantil asociada a la disfuncionalidad en la estructura y dinámica familiar.	4
23	15 años	M	TERCERO	3	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Remitido para valoración cognitiva debido al bajo rendimiento académico del menor.	Retraso Mental Moderado	4
24	38 años	F	UNIVERSITARIOS	4	Particular	Estoy desesperada por la mala relación con mi esposo y con mis hijos.	Trastorno del estado de ánimo relacionado con las dificultades en la relación de pareja	4
25	12 años	F	SEXTO	3	Col. Vicente Azuero	La niña presenta comportamientos que	Estado depresivo acompañada de ideas	

						afectan su integridad, así mismo presenta bajo rendimiento académico	suicidación, falta de sentido de vida.	2
26	33 años	F	SECUNDARIA	3	Particular	Necesito orientación debido a que últimamente mi relación de pareja está atravesando por muchos problemas debido a los celos por ambas partes.	Estado depresivo asociado a las dificultades de pareja	3
27	28 años	M	SIN ESCOLARIDAD	3	AVAC	Últimamente me estreso mucho porque me aburre la rutina y no estar haciendo nada.	Depresión mayor asociados a enfermedad médica	2
28	52 años	F	SIN ESCOLARIDAD	VEREDA	AVAC	Necesito apoyo durante mi proceso de recuperación.	Depresión mayor asociado a enfermedad médica.	2
29	5 años	M	PREESCOLAR	3	Col. Balbino García	El niño en ocasiones se distrae mucho y no atiende en la clase, es bastante callado y tímido.	Síntomas asociados a abuso sexual del menor y presencia del trastorno en relación con el lenguaje expresivo	2
30	11 años	F	SEXTO	3	CEDECO	La niña se le dificulta relacionarse con los compañeros, es apática	Dificultad para establecer relaciones interpersonales y pérdida	

						durante la clase, y desconoce las normas.	de motivación en ambiente escolar	1
31	16 años	F	UNDECIMO	3	Col. Balbino García	Problemas familiares y emocionales	Estados depresivos asociados a la disfuncionalidad en el núcleo familiar	4
32	9 años	F	SEGUNDO	2	Col. Balbino García	Bajo rendimiento académico y supuesta desadaptación social	Trastorno de aprendizaje relacionado con enfermedad médica	2
33	16 años	M	DECIMO	2	Col. Balbino García	Consumo de sustancias psicoactivas relacionado con la muerte de la hermana	Trastorno asociado a sustancia por consumo dependencia de cannabis	6
34	4 años	M	PREESCOLAR	2	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Agresividad con los compañeros, y no trabaja en clase, es desobediente	Depresión infantil asociado a la ausencia de figura materna y paterna	2
35	16 años	F	UNDECIMO	1	Col. Balbino García	Problemas emocionales	Estado depresivo relacionado con problemas familiares y sociales	4

36	8 años	M	PRIMERO	2	Particular	Conductas agresivas y desconocimiento de normas	Conductas disruptivas y desconocimiento de normas	4
37	10 años	M	QUINTO	3	Col. Luis Carlos Galán	Pérdida de motivación en el área escolar, y retraimiento	Depresión infantil relacionado con la separación de los padres	1
38	23 años	M	SIN ESCOLARIDAD	VEREDA	Particular	Consumo exagerado de alcohol debido a mi situación actual a nivel familiar, soy adoptado y eso me ha afectado últimamente.	Trastorno asociado a sustancia por consumo dependencia de alcohol	3
39	4 años	M	PREESCOLAR	VEREDA	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Conductas agresivas y últimamente se orina en la cama	Depresión infantil relacionada con la separación de los padres y ausencia de figura paterna	8
40	15 años	F	SEPTIMO	3	Col. Víctor Félix	Problemas de aprendizaje y bajo rendimiento académico	Trastorno de aprendizaje no especificado, estado de ansiedad	6
41	14 años	M	SEXTO	3	Col. Balbino García	Bajo rendimiento académico y conductas	Conductas disruptivas que se asocian a	

						agresivas y disruptivas.	trastorno negativista	6
42	10 años	F	SEXTO	3	Col. La Normal de Piedecuesta	Conductas agresivas y desconocimiento de normas	Depresión infantil por disfuncionalidad en la dinámica familiar	6
43	7 años	F	SEGUNDO	3	Col. Humberto Gómez Nigrinis	Últimamente la niña presenta conductas agresivas con el hermano y bajo rendimiento escolar	Depresión infantil asociada al proceso de separación por el que atraviesan los padres	6
44	8 años	M	TERCERO	5	Col. La Normal de Piedecuesta	El niño es muy tímido y le da pena leer delante de los compañeros, manifiesta que se siente feo por ser negro.	Desajustes en la autoestima	8
45	7 años	F	PRIMERO	3	Escuela Taller para ciegos	La niña es remitida por conductas agresivas, y posible comportamiento disocial.	Depresión infantil asociada a enfermedad médica	4
46	12 años	M	SEXTO	5	Col. San Pedro Claver	Conductas negativistas y desafiantes con los docentes, agresividad y	Problemas de conducta infantil asociado a la baja motivación en el área	

						desconocimiento de normas.	escolar	8
47	12 años	M	SEXTO	2	Fiscalía de Bucaramanga	Maltrato físico y psicológico a nivel intrafamiliar por el padre del menor.	Depresión infantil asociado a la disfuncionalidad en el núcleo familiar	4
48	11 años	M	CUARTO	2	Particular	Conductas agresivas y bajo rendimiento académico	Depresión infantil asociada a abuso sexual en el menor	4
49	32 años	F	UNIVERSITARIOS	3	Particular	Últimamente me siento triste, desmotivada y con inmensas ganas de llorar.	Síntomas asociados al trastorno de estado de ánimo, relacionado con la relación de pareja	4
50	45 años	M	UNIVERSITARIOS	5	Particular	La verdad me siento frustrado, me da miedo todo, no me gusta hablar delante de la gente porque me da pena y temor.	Trastorno de ansiedad, específicamente fobia social.	3

APLICACIÓN WISC-R

1	13 años	M	SÉPTIMO	2	San Camilo Hospital Psiquiátrico	Evaluación de inteligencia y descartar déficit cognitivo, mediante	Trastorno de Aprendizaje no	2
---	---------	---	---------	---	----------------------------------	--	-----------------------------	---

						aplicación del WISC-R	especificado	
2	9 años	M	CUARTO	2	San Camilo Hospital Psiquiátrico	Evaluación de inteligencia y descartar déficit cognitivo, mediante aplicación del WISC-R	Pérdida de motivación en el área escolar	2
3	12 años	M	SÉXTO	3	San Camilo Hospital Psiquiátrico	Evaluación de inteligencia y descartar déficit cognitivo, mediante aplicación del WISC-R	Pérdida de motivación en el área escolar	2
4	16 años	M	SÉPTIMO	4	San Camilo Hospital Psiquiátrico	Evaluación de inteligencia y descartar déficit cognitivo, mediante aplicación del WISC-R	Trastorno del estado de ánimo relacionado con el fallecimiento de la figura materna	2