

Paradigma

Publicación para y de la Facultad de Psicología

Creciendo como Comunidad



01 Impacto del abandono familiar en la depresión del adulto mayor

12 La neurosis y el impacto en la familia

22 XV Ciclo de Cine Critico

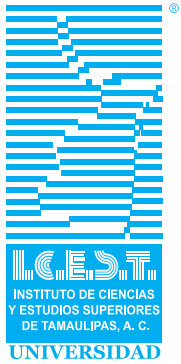
24 Reflexión sobre la práctica

25 Galería de fotos



Calidad en Educación a tu alcance®





Instituto de Ciencias y
Estudios Superiores de
Tamaulipas, A. C.

Bienvenidos a Paradigma

Estimados Alumnos y Docentes,

La Facultad de Psicología les saluda con el gusto de encontrarnos ya finalizando este cuatrimestre con el entusiasmo y alegría de seguirnos formando tanto en nuestro crecimiento personal como profesional para un mejor servicio a nuestra comunidad.

Paradigma la revista, en este número se congratula en presentar el resultado del esfuerzo no solo de los alumnos sino de los docentes que con sus investigaciones a nivel de Postgrado complementan y enriquecen el quehacer profesional en los diversos ámbitos de la Psicología.

En el mes de febrero se llevó a cabo el XV CICLO DE CINE CRÍTICO 2015, espacio donde convergen el intercambio de ideas entre los expositores y el alumnado a partir del análisis de una proyección cinematográfica.

Contamos con la participación de algunas emotivas reflexiones sobre la visita que realizaron los alumnos de cuarto cuatrimestre a un CAM de la localidad en el pasado mes de noviembre así como de la convivencia organizada por los grupos de séptimo con motivo del cierre de su práctica clínica en la aplicación de programas de intervención en niños con necesidades educativas especiales.

También se presenta una galería de fotografías que dan testimonio del compromiso adquirido ya desde ahora con ellos mismos para ser factor latente de transformación en la sociedad tamaqueña al participar de manera entusiasta en las diversas actividades programadas fuera del aula escolar.

Lic. Lorena Juárez Orta

Buzón

Nos encantará saber tu opinión y sugerencia sobre esta publicación, escríbenos a:
paradigma@icest.edu.mx

Índice

- 01 Impacto del abandono familiar en la depresión del adulto mayor
- 12 La neurosis y el impacto en la familia
- 22 XV Ciclo de Cine Crítico
- 24 Reflexión sobre la práctica
- 13 Galería de fotos
- 14

Directorio

Lic. Sandra L. Ávila Ramírez, M. E.
RECTOR

Lic. María del Socorro Moreno
González, M. C. A.
DIRECTORA GENERAL DE
DESARROLLO ACADÉMICO

Lic. Rocio Quíroz Orozco, M. E.
JEFATURA DE LA LIC. EN PSICOLOGÍA



RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto del abandono familiar en la frecuencia de la depresión en el adulto mayor.

Material y métodos: Se realizó una investigación descriptiva, correlacional en adultos mayores de 65 años, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, en 2 grupos de pacientes: los pacientes pertenecientes a una casa hogar, con poco o nulo apoyo familiar y adultos mayores que cuentan con apoyo familiar, que acuden a consulta a un hospital general de una institución pública de salud. Previo consentimiento informado se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, que es un instrumento ya validado.

Resultados: Se incluyeron 33 pacien-

Impacto del abandono familiar en la depresión del adulto mayor

tes, 16 residentes de una casa hogar y 17 asistentes a un hospital público, 22 mujeres y 11 hombres. 26 (78.8%) pacientes resultaron sin depresión, 3 (9.1 %) con ligero trastorno emocional, 2 (6.1 %) con depresión clínica borderline y 2 (6.1%) con depresión moderada; 16 (48.5 %) pacientes de la casa hogar manifestaron abandono y 17 (51.5 %) pacientes asistentes a la institución pública de salud manifestaron tener contacto y apoyo familiar. Hubo

Wendy Nachely Orduño Martínez, M.P.C.1,
Brissa Gabriela González Rodríguez,
M.P.C. 2
María Yolanda Lara Duarte, M.C.E.G.,
M.D.E.S. 3.

correlación positiva entre depresión y abandono con significancia estadística de p de 0.05.

Conclusiones: Se encontró que los ancianos que carecían de contacto con sus familiares expresaron mayores rasgos depresivos, que aquellos que si los frecuentaban y que aquellos que cuentan con la compañía y apoyo de su familia muestran mayores habilidades para enfrentar la adversidad.

Palabras clave: abandono, depresión, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los ancianos son un sector de la población al que no se le ha brindado el apoyo ni la atención que merece, la familia desempeña un papel muy importante como apoyo del adulto mayor, la ausencia de ésta puede llegar a desencadenar sentimientos de abandono, soledad y falta de afecto en ellos, lo cual trae como consecuencia la manifestación de síntomas depresivos.

Los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. Las consecuencias sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad.

Es importante profundizar en los diferentes factores que pueden influir en el

cuadro depresivo del adulto mayor tomando en cuenta factores como la ausencia de salud y la incapacidad física que pudiera provocar pero sobre todo la influencia de la ausencia o presencia de la familia en la vida del anciano.

Si bien es cierto que en nuestro país existe poca bibliografía que se relaciona directamente con el tema de estudio sin embargo Sosa y González (1998) afirman que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada y por lo tanto no es tratada, siendo un padecimiento potencialmente tratable.

Gil (2002) investigó sobre lo que sabían los ancianos sobre esta enfermedad social, de la que probablemente eran víctimas o podrían serlo con el paso del tiempo. Al referirse al tema en cuestión, no se logró que los ancianos encuestados se expresaran libremente. No obstante se obtuvieron respuestas que se agruparon teniendo en cuenta factores comunes en las mismas, aunque para los entrevistados variaron en cuanto al orden de mención: agresividad, violencia (traducida en golpes), e insultos (mencionados también como agresión verbal acompañada de amenazas), dieron como resultado un 65 % de respuestas en estos ítems, asociadas también, a: falta de respeto, indiferencia, desprecio (21.7 %), que sumados acumulan un 85 %. Un 13% de las respuestas se agrupó en lo dado en llamar factores sociales, donde se hace mención a escasez de alimentos, medicación, higiene, sumado a la 'mala atención médica'. Un 1.1 % se abstuvo y similar porcentaje dijo 'no entiendo nada'. En su mayoría repetían los con-

ceptos (golpes, insultos, falta de respeto).

A la pregunta: ¿Recibió alguna vez maltrato?, el 40.8 % refiere no haberlo recibido, sumado a un 44.6 % que se abstuvo, queda sólo un 14.7 % que refiere haber recibido maltrato, el 74 % hizo mención a tiempo pasado (abuso en la niñez, castigos corporales, violencia familiar del esposo o parientes, especialmente las viudas). El 18% describió discusiones, burlas y ofensas y el 7 % hizo referencia al abandono, especialmente de tipo emocional. Ninguna de estas respuestas, hicieron hincapié en afirmar que estaban siendo víctimas de maltrato. Acompañaba a esta pregunta, otra referida a la actitud tomada, cuando se sintieron o fueron víctimas de maltrato, respondiendo en un 100 % que nada.

Se preguntó además, si conoce allegados veraz o supuestamente víctimas de maltrato. Un 40.2 % responden afirmativamente, siendo, un 73 % referida a violencia doméstica (padres que agreden física y psicológicamente a sus hijos, esposos que niegan el sustento y recreación, vecinos que se odian), un 11 % se refiere al abandono familiar (personas solas no visitadas ni atendidas por hijos, nietos u otro familiar directo, que subjetivamente lleva a la idea de abandono de persona. La actitud de los entrevistados frente a los hechos narrados, es un cien por cien pasiva, no hacen nada frente al conocimiento de estas formas, reconocidas por ellos mismos, de maltrato.

Ávila, Melano, Payette y Amieva (2007) realizaron un estudio longitudinal con el

objetivo de determinar la relación entre síntomas depresivos y dependencia funcional, estudiaron 1880 adultos mayores evaluados en 2001 y 2003. Se determinaron los síntomas depresivos con una versión modificada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la dependencia con las escalas de Lawton y Brody y Katz. Los análisis multifactoriales probaron el nexo entre síntomas depresivos y desarrollo de dependencia. En 2001, 37.9% mostró síntomas depresivos. En 2003, 6.1 y 12.7% desarrollaron dependencia para al menos una de las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), respectivamente.

Una de las causas más comunes de abandono es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboralmente útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), el adulto mayor se repliega o es desplazado a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estados de ánimo, etc. El abandono tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc.

Impacto del abandono familiar en la depresión del adulto mayor

Los ancianos son afectados en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

García, Guridi, Medina y Dorta (2007) realizaron un estudio descriptivo, transversal de la depresión del adulto mayor en el periodo comprendido entre julio-enero de 2007, en 200 sujetos mayores de 60 años, enviados a la consulta de Psicología por presentar signos y síntomas de enfermedad depresiva. Se aplicó un Cuestionario Multidimensional para explorar diferentes áreas de acuerdo a los objetivos propuestos; también se aplicó una Escala de Depresión Geriátrica para conocer el comportamiento de la depresión en este grupo. Se encontró que el grupo de 60-69 años fue el más representativo (57.5 %), el sexo femenino fue el predominante (58.2%); la escolaridad predominante fue primaria (44.5 %); la condición socioeconómica prevalente fue regular (81%); se destacaron las enfermedades crónicas, así como maltrato psicológico (57.5%), el sexo femenino fue el más maltratado. La depresión estuvo presente en 47 % de la población de estudio, de tipo menor y mayor.

Estudios relacionados muestran la trascendencia del abandono y en algunos casos el maltrato del que muchos adultos mayores son víctimas, esto confirma la necesidad de difundir la importancia de brindar un trato digno a los

ancianos, evitando así las repercusiones psicológicas que el abandono propicia como es la depresión, hablando de una intervención preventiva, y atención integral y multidisciplinaria a nivel correctivo.

Los investigadores señalan una prevalencia de trastornos mentales severos que oscila entre 15 a 25% en ancianos que viven en comunidad, y hasta 40 a 75% en los que se encuentran en una institución geriátrica (Kermis, 1986). En nuestro país, se ha reportado una prevalencia de hasta un 47% de depresión en una muestra de adultos mayores (Hoyl, Valenzuela y Marín, 2000).

Para Calderón (1990), la vejez es una etapa especial, en la que el individuo debe hacer un gran esfuerzo por adaptarse a los múltiples cambios en diversas dimensiones que debe enfrentar.

En México en el año 2000 Tapia, Morales, Cruz y De la Rosa realizaron una investigación en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social mayores de 65 años, con enfermedad crónica, para identificar las características de la depresión en adultos mayores con enfermedad crónica; las variables fueron: sexo, estado civil, dependencia física relacionada con las actividades de la vida diaria; dependencia económica con relación a satisfacción de necesidades básicas con o sin ingresos propios; composición de la familia, escolaridad, ocupación y patología de fondo. Predominó la depresión media y no hubo diferencias en cuanto al género. Cerca de 80% de los sujetos de 70 años o más sufrían enfermedad crónica y 50% experimentaban un tras-



torno que obstaculizaba el funcionamiento independiente. Encontraron la misma situación en la cuarta parte de pacientes, dependientes físicos con depresión; la dependencia económica como causa de depresión, no fue corroborada en su estudio.

Con relación al estado civil encontraron que cuando se pierde al cónyuge se produce depresión sin embargo, no se ratificó esto ni se tiene ninguna explicación. En escolaridad y enfermedades concomitantes no hubo diferencias. Concluyeron que la única característica observada en pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas y depresión, fue la dependencia física relacionada con enfermedades concomitantes.

Martínez-Mendoza y col. (2007) realizaron un estudio transversal, prospectivo para determinar la prevalencia de

depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados, incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Se encontró depresión en 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75% con la de Lawton.

El análisis mostró asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Concluyéndose que la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. Depender de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron.

La etapa de la vejez es particularmente difícil ya que señala las siguientes

tarear: 1) afrontar las pérdidas (amigos, cónyuge, vida laboral activa, etc.) y enfrentarse a la posibilidad de la propia muerte o incapacidad y 2) Incorporarse a otro sistema familiar o social (Carter y McGoldrick, 1980; Haley, 1982; Herr y Weakland, 1992).

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue determinar si la depresión se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores que han sufrido abandono familiar en comparación con los que cuentan con un vínculo afectivo con su familia, Identificar si los adultos mayores que cuentan con un vínculo afectivo estrecho con su familia muestran una mejor actitud ante la ausencia de salud, así como comparar la frecuencia de la depresión según el sexo en adultos mayores que han sufrido abandono familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó investigación descriptiva correlacional en Ciudad Madero y Tampico, Tamaulipas, México durante 2012, en ancianos mayores de 65 años pertenecientes a una Casa Hogar y en ancianos derechohabientes que acudían a consulta a un Hospital público-co.

Inicialmente y previo consentimiento informado, se realizó entrevista general para obtener los datos de cada participante de manera verbal, posteriormente se aplicaron los instrumentos a quienes cumplían los criterios de inclusión (mayores de 65 años, sexo femenino o masculino, en condiciones mentales para contestar el instrumento). Se procedió a entregarle a cada participante el protocolo de respuestas del

Inventario de Depresión de Beck debido a que debe realizarse una autoadministración de la prueba habiéndole leído previamente las instrucciones del cuestionario. Debido a que diecinueve del total de los participantes presentaron discapacidad visual y éste hecho era un criterio de exclusión en el estudio, se decidió hacer una modificación en la administración y leerles a dichos participantes cada una de las preguntas a manera de entrevista.

Considerando los criterios mencionados por Álvarez (1996) para la determinación del tamaño de la muestra se optó por evaluar a un mínimo de 33 sujetos los cuales aceptaron participar en la investigación y cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

La muestra fue no probabilística, ya que la inclusión en la investigación no fue al azar sino que dependió de su aceptación a participar siendo por lo tanto no aleatoria de casos clínicos voluntarios, y sistemática dado que consideró una muestra a partir de la fecha de inicio.

La herramienta utilizada fue el Inventario de Depresión de Beck, Beck Depression Inventory (BDI) y Col, 1961, el cual fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala

autoaplicada.

Beck y Cols (1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa, la puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos.

Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación.

En cuanto a la fiabilidad sus índices psicométricos han mostrado una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r=0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En lo que respecta a validez muestra una correlación con otras escalas.

RESULTADOS

Se llevó a cabo análisis de estadística descriptiva debido a que se determinaron los datos y puntuaciones obtenidos por la muestra para cada variable, considerando la distribución de frecuencias en cada caso y en su agrupación por rangos (análisis de razón).

En el análisis de correlaciones se aplicaron estadísticas paramétricas utilizando la prueba de Pearson para las variables que presentaron una distribución normal, y no paramétricas manejando la prueba de Spearman cuando se involucraron variables que no presentan una distribución normal.

Se incluyeron en total 33 pacientes, 16 residentes de la casa hogar y que no contaban con apoyo de su familia nuclear y 17 asistentes a un hospital público. Del total de la muestra 22 eran del sexo femenino y 11 del sexo masculino. Del total de la muestra 26 (78.8%) pacientes resultaron sin depresión, 3 (9.1 %) con ligero trastorno emocional, 2 (6.1 %) con depresión clínica borderline y 2 (6.1%) con depresión moderada. (Tabla 1, Grafica 1).

Impacto del
abandono
familiar en la
depresión
del adulto mayor

Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos Normal	26	78.8	78.8	78.8
Ligero Trastorno emocional	3	9.1	9.1	87.9
Depresión clínica borderline	2	6.1	6.1	93.9
Depresión Moderada	2	6.1	6.1	100
Total		100.0	100.0	

Tabla 1.- Se observa el grado de depresi3n que presentó la muestra

Abandono

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos No	16	48.5	48.5	48.5
Si	17	51.5	51.5	100
Total	33	100.0	100.0	

Tabla 2.- Grado de abandono en los sujetos observados

Correlaciones

		Depresión	Abandono
Depresión	Correlación de Pearson	1	.378*
	Sig. (bilateral)		.30
	N	33	33
Abandono	Correlación de Pearson	.378*	1
	Sig. (bilateral)	.30	
	N	33	33

Tabla 3.- *La correlación entre depresi3n y abandono es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	No Preocupación	17	51.5	51.5
	Si Preocupación	16	48.5	48.5
	Total	33	100.0	100.0

Tabla 4.- La tabla muestra la preocupaci3n por la ausencia de salud expresada por los sujetos examinados.

En relaci3n al abandono 16 (48.5 %) pacientes de la casa hogar manifestaron falta de apoyo y contacto social familiar y los 17 (51.5 %) pacientes asistentes a la instituci3n pública de salud manifestaron tener contacto y apoyo familiar. (Tabla 2, Gráfica 2). Demostrándose una correlaci3n positiva entre depresi3n y abandono con una significancia estadística de p de 0.05 (Tabla 3)

En cuanto a la preocupaci3n por la ausencia de salud, 17 (51.5 %) no mostraron preocupaci3n y 16 (48.5 %) si mostraron preocupaci3n. (Tabla 4, Gráfica 3)

La correlaci3n entre el abandono, la depresi3n y la salud es significativa al nivel 0,05 y 0,01 (bilateral). (Tabla 5). La correlaci3n entre el abandono, la depresi3n y el sexo es significativa al nivel 0,05 (bilateral). (Tabla 6)

Correlación abandono, depresión y salud

		Abandono	Depresión	Salud
Abandono	Correlación de Pearson	1	.378*	.577*
	Sig. (bilateral)		.030	.000
	N	33	33	33
Depresión	Correlación de Pearson	.378*	1	.477*
	Sig. (bilateral)	.030		.005
	N	33	33	33
Salud	Correlación de Pearson	.577*	.477*	1
	Sig. (bilateral)	.000	.005	
	N	33	33	33

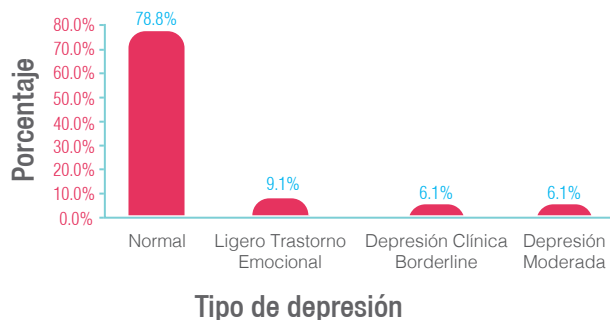
Tabla 5.- * La correlación entre el abandono, la depresión y la salud es significativa al nivel 0,05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlación abandono, depresión y sexo

		Abandono	Depresión	Salud
Abandono	Correlación de Pearson	1	.378*	-.086
	Sig. (bilateral)		.030	.635
	N	33	33	33
Depresión	Correlación de Pearson	.378*	1	-.252*
	Sig. (bilateral)	.030		.157
	N	33	33	33
Salud	Correlación de Pearson	-.086*	.252	1
	Sig. (bilateral)	.635	.157	
	N	33	33	33

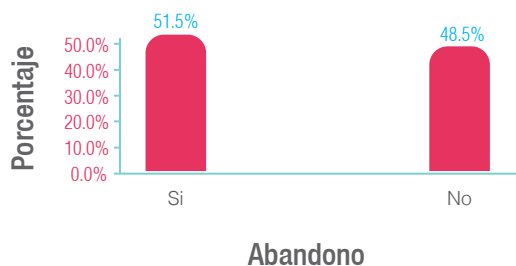
Tabla 6.- * La correlación entre el abandono, la depresión y el sexo es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Grado de depresión que presentaron los sujetos



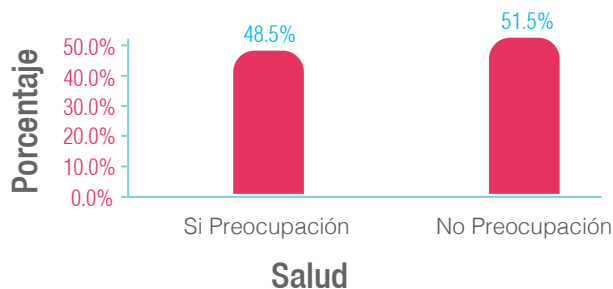
Gráfica 1.- Grados de depresión que presentaron los sujetos.

Abandono de la muestra



Gráfica 2.- Se muestra del porcentaje de abandono en la muestra.

Grado de preocupación de sujetos examinados por ausencia de salud



Gráfica 3.- En la gráfica se observa la preocupación que expresaron los sujetos examinados por la ausencia de salud.

CONCLUSIONES

Al concluir el estudio se logró obtener valiosa información acerca de la importancia de la promoción del cuidado y trato digno de nuestros adultos mayores, se observaron las repercusiones que el abandono o falta de contacto con los seres amados tiene en las personas ya que se encontraron visiblemente marcados los sentimientos de minusvalía y soledad en las personas que vivían en la casa hogar, si bien es cierto que durante la entrevista y aplicación del instrumento se hicieron presentes expresiones que reflejaban cierta “resignación” ante su situación actual, debido a que muchos de los adultos mayores, no tenían familiares con vida que pudieran hacerse cargo de ellos, algunos no tuvieron hijos o sus padres y hermanos ya habían fallecido, de tal manera que no contaban con persona alguna para compartir el techo y menos aún que pudiera proporcionarles los cuidados requeridos por las condiciones que su edad implica, encontrando esto como una justificación a su estancia en la casa hogar y expresando que allí encontraban personas con las cuales poder convivir y compartir esta última etapa de sus vidas.

Sin embargo se encontraron también casos de adultos mayores que vivían en la casa hogar y que contaban con familiares consanguíneos cercanos, como hijos o hermanos, los cuales además de haberlos ingresado a la casa hogar no los visitaban regularmente, estos ancianos expresaban sentirse tristes, así como su percepción de sí mismos como inútil o se visualiza-

ban como una carga pesada para sus hijos o familiares en general.

Esto no ocurría en los casos de adultos mayores que vivían con sus familiares, en ellos se observó una percepción de sí mismo más positiva, también expresaron sentirse queridos y aceptados por sus familias, y que a pesar de sus padecimientos, el convivir con los más pequeños de la familia los reconfortaba y motivaba para su recuperación.

Al aplicar el instrumento a los adultos mayores de la casa hogar y a los derechohabientes de la institución pública, se encontró que los ancianos que carecían de contacto con sus familiares expresaron mayores rasgos depresivos, que aquellos que si los frecuentaban.

Es importante recordar que a pesar de la importancia que tiene la presencia o ausencia de la familia con el anciano no es el único factor que influye en la calidad de vida que éste tiene, en gran medida son las experiencias en las etapas anteriores de la vida las que afectarán el estado de ánimo del anciano, como lo expresa Erikson (1985) el logro mayor de la vejez es el sentido de la integridad de sí mismo o integridad del yo, logro basado en la reflexión sobre la propia vida.

Se ha determinado destacar la importancia de la actitud del adulto mayor ante la enfermedad, ya que en gran medida esto afectará el estado de ánimo del anciano, debido al duelo que la mayoría de ellos atraviesa por los diferentes problemas de salud en esta etapa, como son la hipertensión, la



diabetes, artritis, ceguera, sordera, y otros más, típicos de esta edad, lo cual implica un deterioro gradual del organismo. Ante esta problemática se concluye que el anciano necesita recibir el apoyo de las redes sociales, pero muy en especial de la familia para poder sobrellevar las condiciones de salud que se vayan manifestando, ya que en el presente estudio se ha encontrado que aquellos que cuentan con la compañía y apoyo de su familia muestran mayores habilidades para enfrentar la adversidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila J, Melano, E, Payette H y Amieva, H. (2007) Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores Salud pública de México / Vol.49, no.5, septiembre-octubre.
- Carter y McGoldrick, 1980; Haley, 1982; Herr y Weakland (1992) The Family Life Cycle. A framework for Family Therapy. New York: Gardner Press
- Erikson y Kivnick (1986) Desarrollo humano 8ª Edición, Ed. McGraw-Hill
- Espinosa (2003) La cercanía de la muerte en la etapa de la vejez. Conflictos y reflexiones www.iztacala.unam.mx
- García Serrano (2001) Prevalencia de depresión en mayores de 65 años.
- Perfil del anciano de riesgo Centro de Salud Manresa. Unitat Docent Centre i Lleida
- García, Guridi, Medina y Dorta (2007) Comportamiento de la depresión en el adulto mayor Revista psicologiacientifica.com
- Gil (2002) Violencia, abuso, maltrato y/o trato negligente en la tercera edad. aniorte.eresmas.com
- Holy, Valenzuela y Marín (2000) Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor Psykhe v.13 n.1 Santiago mayo 2004
- Kermis (1986) Epidemiología de la depresión en el anciano www.revistahospitalarias.org
- Matilla R. (2010) La depresión en el anciano. terapia-ocupacional.com
- Mella Rafael, González Luis, D'Appolonio Jorge, Maldonado Ivonne, Alfredo Fuenzalida Alfredo y Díaz Andrea. (2004) Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. Psykhe (Santiago) v.13 n.1
- Sosa y González (1998) Depresión en el anciano Tópicos de gerontología. Academia 2. Serie de monografías Científicas de la FES Zaragoza, México: UNAM, 1998
- Tapia, Morales, Cruz y De la Rosa (2000) Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica Rev Enferm IMSS; 8 (2):87-90
- Tinajero Carmen Dra. (2010) Depresión en el adulto mayor psicologiaypsicodiagnostico.blogspot.com.
- Wong, Rebeca, Espinoza, Mónica, & Palloni, Alberto. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud Pública de México, 49 (Supl. 4), s436-s447.

Por qué grita mamá?, y ahora
¿Por qué te enojas hijo?...
shhh silencio llegó su papá y
no quiere ruido por qué se va a
enojar.



La neurosis y el impacto en la familia

RESUMEN

Katia Rossana González Núñez *
* Alumna investigadora Univ. ICEST
Generación 2011 - 2014

Objetivo: Determinar los principales factores psicológicos y ambientales que favorecen como detonante al desarrollo de la neurosis.

Material y métodos: Se realizó una investigación descriptiva, correlacional en adultos de 30 a 50 años, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, previo consentimiento informado se aplicaron: El Inventario Personal para detectar Neurosis (IPDN) y el Cuestionario sobre Relaciones en la Infancia (CRI)

Resultados: Se incluyeron 50 sujetos: 25 mujeres y 25 hombres. El factor al que estuvieron más expuestos en su niñez fue la ansiedad con un 63% mientras que en las mujeres el más latente fue la competitividad con un 64%. Sin embargo solo el 26% del grupo masculino y un 29% del femenino presenta Neurosis Leve.

Conclusiones: Se encontró diferencia con la teoría neurótica de Karen Horney, ella propone que si en la niñez se expuso el menor a situaciones estresantes por eventos con sus padres, ansiedad o competitividad, entonces en la adolescencia o adultez detonarían en neurosis, sin embargo la población encuestada en Tampico, Cd. Madero y Altamira que mostraron la presencia de al menos uno de los factores emocionales analizados carecen de neurosis aguda.

Palabras clave: neurosis, ansiedad, mecanismos de defensa, familia.

INTRODUCCIÓN

¿Por que si la familia es el lugar en donde el ser humano es preparado para las diferentes batallas de la vida y donde los valores familiares se tejen diariamente no logran las personas ser exitosas?, ¿Por qué no se cumplen los objetivos del desarrollo de cada ser humano? ¿Por qué se ven cada vez más personas agresivas e indiferentes hacia los demás?, ¿Dónde está la fuga emocional o donde está el error?

El ser humano está diseñado para vivir interactuando con otras personas y empieza en el círculo más cercano a él en su nacimiento que es el vínculo familiar, así que entendemos como familia el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, formado por un hombre que hace su trabajo de padre, una mujer que hace su trabajo de madre y se añaden los hijos, allí se permite el comienzo del establecimiento de relaciones personales que mantengan afinidad de sentimientos, de afectos e intereses que se basan en el respeto mutuo de cada miembro.

Pero también es cierto que vivimos en un mundo que cambia rápidamente, hoy las noticias llegan de cualquier parte del mundo en el momento en que están sucediendo, en este sentido, México tampoco esta exento de influencias negativas como son: el estrés, el materialismo, la competitividad, la corrupción entre otros. Sustituyendo de una manera rápida la mentalidad de la sociedad.

Entonces el rol que se ha determinado para ejecutar por cada miembro de la familia ya no es claro y se diluye con el paso de los años, dejando nuevos prototipos de integrantes con deficiencia y carencias sentimentales que en vez de guiar la dañan cada vez más.

Se ha encontrado en las edades de 16 a 30

años aproximadamente un conjunto de conductas diagnosticadas que muestran inestabilidad emocional y falta de autocontrol, se dice que estos acontecimientos comenzaron a edades tempranas en la infancia de las personas, por abuso físico, por estados de estrés prolongados, por un evento dramático significativo en la vida del infante.

Así que cuando una persona se encuentra ante una situación de miedo, angustia, ansiedad o de amenaza, lo habitual es que adopte una actitud de defensa para protegerse; esto le aumenta la sensación de seguridad, efectividad y utilidad, en muchos casos "falsa" seguridad, a esta acción natural del organismo mental del individuo se le llama mecanismo de defensa, siendo éste un recurso inconsciente que utilizan las personas para hacerle frente a las situaciones más o menos difíciles.

El riesgo no está en defenderse, sino en sentirse agredido, muchas veces solo por malas interpretaciones personales por lo tanto el neurótico obra en consecuencia desplegando a si mismo conductas de agresión como son gritos, golpes hacia las personas de su alrededor, tirar objetos, romper cosas hasta hacer de estas conductas un estilo de vida, convirtiendo estos las mas de las veces en mecanismos violentos de relación y resolución.

Alfred Adler hace hincapié en que los niños perciben correctamente su debilidad e insignificancia ante "gigantes" poderosos como los padres, otros adultos y pares más fuertes o más listos.

Algunas de estas ideas sirvieron como punto de partida para las nociones de Horney, cuyo concepto de angustia básica es similar a la idea de Adler de los sentimientos de inferioridad de la niñez. Afirmó que una de las experiencias más importantes de la niñez es la conciencia de su vulnerabilidad y dependencia.

Karen Horney desarrolló una teoría interpersonal, con orientación psicoanalítica, para su noción del desarrollo de la personalidad y su

distorsión por los esfuerzos neuróticos son fundamentales dos emociones básicas: la angustia y la hostilidad. Cuando la actitud de los padres hacia el niño es fría, contradictoria o abusiva, están puestos los cimientos para que el niño desarrolle un sentido de hostilidad básica hacia los padres, y tal vez, hacia la gente en general.

Horney conceptualiza a los individuos neuróticos como el desarrollo de imágenes idealizadas del yo, que por lo general están compuestas por una larga lista de cosas que deberían ser. Hizo un trabajo brillante sobre la tiranía del deber ser, que provoca que la vida del neurótico se distorsione y quede restringida a una batalla interminable por obtener lo humanamente imposible. Habla de la alienación de la persona del yo real en intentos inútiles por identificarse con una imagen idealizada y tirana del yo.

La penetrante angustia y el desamparo experimentados en la niñez, asociados con la hostilidad básica que no puede expresarse, ocasionan que el individuo se distancie de su yo real. Este conflicto neurótico central es favorecido por la adopción de un yo idealizado a costa de la espontaneidad, la confianza en sí mismo y la dependencia. Dado que las otras personas son actores peligrosos en lo que se ve como un mundo incierto, los neuróticos adoptan estrategias defensivas para tratar con ellos: "Él siente lo que debería sentir, desea lo que debería desear, le agrada lo que debería agrada" (Horney, 1950). En otras palabras, la tiranía del deber ser lo conducen frenéticamente a ser algo distinto de lo que es o podría ser.

El concepto "neurosis" es sinónimo de "dolor emocional excesivo", con las secuelas conductuales correspondientes. Este dolor puede manifestarse de muchas maneras ansiedad, depresión, fobias, agresividad, hiperactividad, celos, dependencias, obsesiones, miedos, pero ¿qué hay de sus familiares, que hay de las repercusiones de esta conducta llevados al hogar?

Alonso Álvarez A, Mendoza Tabares E. realizó

un estudio de la capacidad intelectual en sujetos con trastornos neuróticos, y llegó a la conclusión que las familias que identifican la tensión como proveniente desde afuera son familias en las que nadie acepta la responsabilidad del cambio.

En personas neuróticas se producen alteraciones en la interpretación y valoración de la realidad por varias vías como: perturbaciones afectivas dadas por ansiedad, actitudes, jerarquía de motivos inadecuada y mecanismos de defensa.

Por lo tanto en los trastornos neuróticos se producen alteraciones en la interpretación y valoración de determinados elementos de la realidad, así como una disminución de la capacidad para corregir los errores interpretativos y valorativos en los miembros de la familia.

Dados los propios mecanismos de producción y la dinámica de problemas familiares, la persona neurótica es portadora de antivalores relacionados con la prudencia, justicia, fortaleza y moderación.

Debido a las alteraciones en los procesos valorativos y la imprudencia que ello implica, el neurótico presenta dificultades para apreciar qué cualidades necesita formar en su persona para enfrentar las exigencias vitales presentes o inminentes, y en este sentido su apropiación de valores es deficiente.

OBJETIVOS

Determinar los principales factores psicológicos y ambientales que favorecen como detonante al desarrollo de la neurosis, Identificar los principales mecanismos de defensa que favorecen a establecer una personalidad neurótica en la vida adulta así como detectar las consecuencias o el impacto de la neurosis en el sistema familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó investigación descriptiva correlacio-

La neurosis y el impacto en la familia



nal en Cd. Madero, Tampico y Altamira, Tamaulipas, durante el 2014, en adultos de ambos sexos, en un rango de edad de 30 a 50 años. Previo consentimiento informado, se procedió a una entrevista para obtener datos generales de manera verbal para finalmente aplicar los instrumentos a quienes cumplieran con los criterios de inclusión (rango de edad de 30 a 50 años, sexo femenino o masculino, que sepa leer y escribir). El tamaño de la muestra quedó conformada por 50 sujetos (25 hombres y 25 mujeres). De tipo no probabilística, ya que la inclusión no fue al azar sino que dependió de su aceptación a participar siendo por lo tanto no aleatoria de casos clínicos voluntarios.

Se aplicaron 2 instrumentos: a) El Inventario Personal para detectar Neurosis (IPDN) conte-

niene 40 preguntas referentes a la detección de neurosis y 10 más de temas varios que no interfieren en el tema y calificación, dando un total de 50 reactivos. La clasificación describe 5 factores de la siguiente manera:

Factor 1: Involucramiento de Relación estresante con los padres: Con 10 reactivos concernientes a la relación que se vivió en la infancia del sujeto en cuanto a si podía confiar en su padre y en su madre, así como si hubo comunicación, niñez feliz, aceptación, o por el contrario si vivió viendo y sintiendo las acciones de distanciamiento, violencia verbal y física, indiferencia y desconfianza de parte de sus progenitores.

Factor 2: Involucramiento de Ansiedad: Incluye 10 reactivos que tienen que ver con aspectos

negativos del funcionamiento familiar en su medio ambiente de niñez, como temor dentro del vínculo familiar, en la escuela, a hacer el ridículo, a preocupación constante, pesimismo hacia el futuro de la familia, así como miedo a estar solo.

Factor 3: Involucramiento de Competitividad: Comprende 10 reactivos con aspectos del funcionamiento familiar dentro su círculo en comparación despectiva entre los mismos hermanos y con otros pares de una manera desafiante y retadora creando un golpe emocional hacia el menor.

Factor 4: Involucramiento de Estrés: Formado por 10 reactivos relacionados con eventos que alteraban el funcionamiento familiar en su medio ambiente de niñez como la muerte de un miembro de la familia, víctima o testigo episodios de violencia, separación y divorcio en sus padres u otro miembro, acoso y abuso sexual por algún familiar y al descuido de los padres por motivo de que ambos trabajaban y dejaban al niño a cargo de otra persona.

Factor 5: Tema Variado: Incluye 10 reactivos de tipo social como el gusto por el cine, deporte, viaje, televisión, lectura entre otras cosas.

b) Cuestionario sobre Relaciones en la Infancia (CRI) consta de 50 reactivos divididos en los siguientes 5 apartados: Relación estresable con los padres, Ansiedad, Competitividad, Estrés y 10 preguntas restantes de temas varios, con el cual se califica con escala tipo Likert que utiliza cinco opciones para darle valor a los reactivos: (5) Siempre, (4) Casi siempre, (3) Algunas veces, (2) Casi nunca, (1) Nunca.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 sujetos: 25 mujeres y 25 hombres. Un 26% del grupo masculino y un 29% del grupo femenino presenta Neurosis Leve. Con los siguientes antecedentes:

Factor 1: Involucramiento de Relación estresa-



ble con los padres: En la infancia de los varones el grupo encuestado el 53% pasó ligeramente por más eventos de relación estresante con los padres como desconfianza hacia ellos, castigos severos, valorización, comparado con las mujeres resultaron con el 59%.

Factor 2: Involucramiento de Ansiedad: En el área de ansiedad en la niñez, tanto en varones como en mujeres obtuvieron un el 63% con respecto a eventos como la preocupación, temor, pesimismo, miedo a la soledad.

Factor 3: Involucramiento de Competitividad: El 64% de las mujeres pasó por más eventos de relación competitiva de superioridad intrínseca reflejado ente sus propios hermanos y los pares, en comparación con un 52% de los varones.

Factor 4: Involucramiento de Estés: En el grupo de mujeres se obtuvo un 44% comparado con el 42% de los varones, en relación a eventos que alteraron la niñez como bullying, acoso y abuso sexual, violencia verbal y física, muerte de un familiar cercano así como separación o divorcio de parte de un familiar.

TABLAS Y GRÁFICAS

Grupos	Porcentaje con Neurosis	Porcentaje sin Neurosis	Total
Hombres	25%	75%	100%
Mujeres	29%	71%	100%

Tabla 1: Resultado de neurosis de la población

Ind	Sexo	Edad	"A"	"B"	"C"	"D"	Total%
1	M	45	11.6	10.4	4.0	4.0	30.0
2	M	33	7.2	10.8	7.2	18.0	43.2
3	M	42	8.0	11.6	12.0	12	43.6
4	M	50	6.4	10.8	6.0	6.0	29.2
5	M	41	9.6	8.4	5.6	5.6	29.2
6	M	50	8.4	10.4	5.2	5.2	29.2
7	M	36	9.6	8.4	5.6	5.6	29.2
8	M	36	10.8	14.4	7.6	7.6	40.4
9	M	39	10.8	14.4	7.6	7.6	42.8
10	M	46	15.6	8.8	9.2	9.2	42.8
11	M	37	7.2	11.2	12.0	6.4	36.8
12	M	45	11.2	12.8	7.2	6.4	37.6
13	M	30	5.2	8.4	7.6	5.6	26.8
14	M	46	8.0	8.4	8.4	5.6	30.4
15	M	33	7.2	6.8	9.2	6.4	29.6
16	M	50	6.0	8.4	8.8	4.0	27.2
17	M	30	7.2	11.6	11.6	11.6	42.0
18	M	38	11.2	12.0	9.6	6.4	39.2
19	M	31	6.0	10.0	8.4	6.4	30.8
20	M	47	6.0	8.8	5.6	4.0	24.4
21	M	30	9.2	7.2	11.6	4.4	32.4
22	M	50	8.4	8.0	7.2	4.4	28.0
23	M	30	12.0	11.2	12.0	7.2	42.4
24	M	41	5.2	8.0	7.6	4.0	24.8
25	M	34	4.0	9.2	10.0	5.2	28.4
		TOTAL	53.0	63.0	52.0	42.0	52.4

Tabla 2: Resultado individual del porcentaje del instrumento de relaciones en la infancia en población masculina

Grupos	Tema Emocional	Puntaje por Grupo	%
"A"	Rel. estresables con los padres	212	53%
"B"	Ansiedad	250	63%
"C"	Competitividad	207	52%
"D"	Estrés	169	42%

Tabla 3: Resumen de los resultados del instrumento de relaciones en la infancia en población masculina

Ind	Sexo	Edad	"A"	"B"	"C"	"D"	Total%
1	F	37	10.0	11.2	10.0	8.0	39.2
2	F	30	11.6	10.8	10.8	7.6	40.0
3	F	50	6.4	6.8	23.0	5.6	41.8
4	F	45	4.0	9.6	9.6	6.8	30.0
5	F	40	10.0	9.2	12.0	6.8	38.0
6	F	39	10.0	12.0	11.2	8.0	41.2
7	F	31	7.2	15.2	11.6	6.8	40.8
8	F	46	15.6	8.8	10.0	5.2	39.6
9	F	48	10.0	8.8	11.2	8.4	38.4
10	F	35	5.6	11.2	8.4	6.8	32.0
11	F	49	12.4	14.0	14.0	11.2	51.6
12	F	41	14.8	5.2	8.4	4.0	32.4
13	F	38	7.2	10.0	12.8	11.2	41.2
14	F	46	16.8	12.0	8.4	5.6	42.8
15	F	46	12.8	6.8	9.2	6.4	35.2
16	F	30	7.2	8.0	8.8	4.0	28.0
17	F	31	4.8	11.6	11.2	11.6	39.2
18	F	43	8.4	17.2	8.8	8.4	42.8
19	F	45	14.8	9.6	6.8	6.0	37.2
20	F	47	8.0	8.0	8.0	6.4	30.4
21	F	48	7.2	11.2	8.4	6.4	33.2
22	F	40	10.0	12.0	6.0	6.4	34.4
23	F	30	14.8	8.0	10.0	5.6	38.4
24	F	30	8.8	7.2	9.2	6.8	32.0
25	F	44	6.4	9.2	8.8	6.8	31.2
		TOTAL	59	63	64	44	57.6

Tabla 4: Resultado individual del porcentaje del instrumento de relaciones en la infancia en población femenina

Grupos	Tema Emocional	Puntaje por Grupo	%
"A"	Rel. estresables con los padres	235	59%
"B"	Ansiedad	253	63%
"C"	Competitividad	257	64%
"D"	Estrés	177	44%

Tabla 5: Resumen de los resultados del instrumento de relaciones en la infancia en población femenina

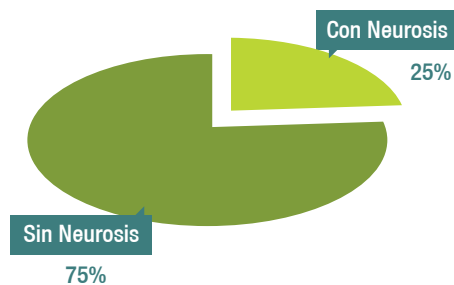
Grupos	Género	Tema Emocional	Puntaje por Grupo	%
"A"	Masculino	Rel. estresables con los padres	212	53%
"A"	Femenino	Rel. estresables con los padres	235	59%
"B"	Masculino	Ansiedad	207	63%
"B"	Femenino	Ansiedad	253	63%

Tabla 6: Resumen comparativo por género de los factores: Rel. estables con los padres y ansiedad

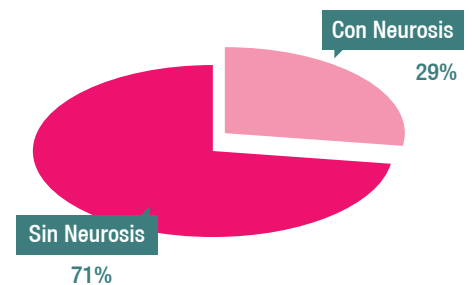
Grupos	Género	Tema Emocional	Puntaje por Grupo	%
"C"	Masculino	Competitividad	207	52%
"C"	Femenino	Competitividad	257	64%
"D"	Masculino	Estrés	169	42%
"D"	Femenino	Estrés	177	44%

Tabla 7: Resumen comparativo por género de los factores: competitividad y estrés

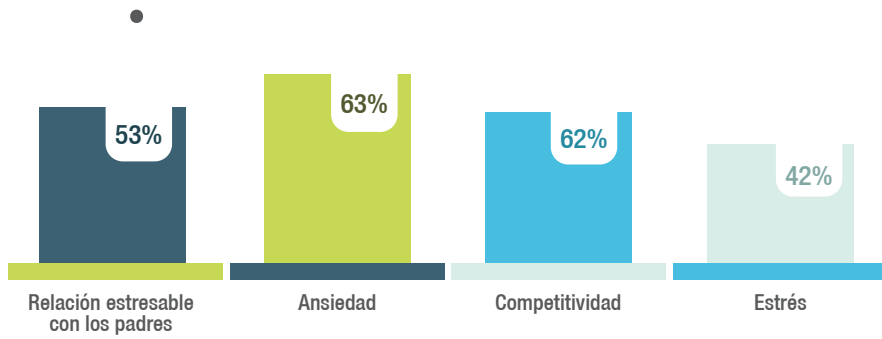
Neurosis Masculina



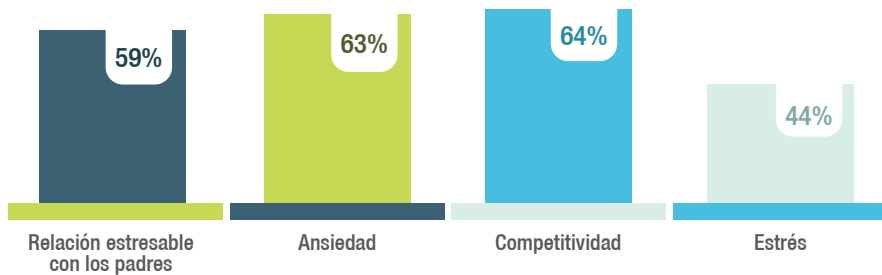
Neurosis Femenina



Gráfica 7: Resultado de neurosis

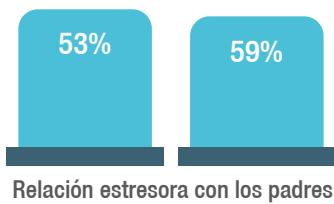


Gráfica 3: Resultados del instrumento de relaciones en la infancia en población masculina



Gráfica 5: Resultados del instrumento de relaciones en la infancia en población femenina

■ Hombres



■ Mujeres

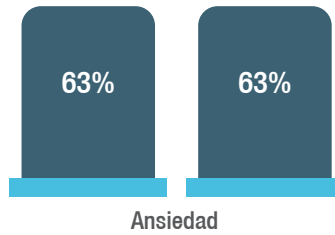
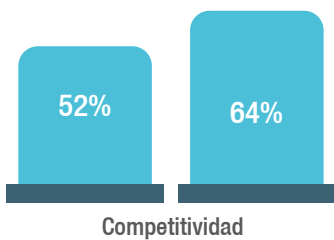


Tabla 6: Resumen comparativo por género de los factores: Rel. estresora con los padres y ansiedad

■ Hombres



■ Mujeres

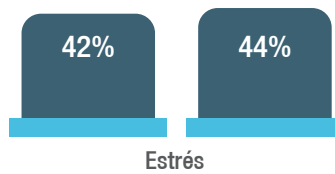


Tabla 7: Resumen comparativo por género de los factores: Competitividad y estrés

CONCLUSIONES

Se encontró diferencia con la teoría neurótica de Karen Horney, ella propone que si en la niñez se expuso el menor a situaciones estresantes por eventos con sus padres, ansiedad o competitividad, entonces en la adolescencia o adultez detonarían en neurosis, sin embargo la población encuestada en Tampico, Cd. Madero y Altamira que mostraron la presencia de al menos uno de los factores emocionales analizados carecen de neurosis aguda.

De acuerdo al enfoque del ciclo vital según el científico Paul B. Baltes, algunos puntos que se relacionan con la vivencia de los participantes y su respuesta a la encuesta:

El desarrollo humano

- Dura toda la vida, eventos marcados en la niñez pueden ser tomados o vistos desde un punto diferente ya que se está en constante cambio. En cada período recibe la influencia de lo que pasó desde la infancia y esto afectará positiva o negativamente en el futuro, pero cada quien con sus características y valores muy particulares resolverá sin discriminar cual evento es más o menos importante.
- Es multidimensional interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales, desarrollándose cada uno con ritmos distintos y todo lleva su tiempo.
- Es multidireccional, el niño específicamente crece por lo general en una dirección ascendente tanto en estatura como en capacidades, al mismo tiempo el equilibrio sufre modificaciones ya que pronto será un adolescente y habrá también de reforzar su condición física, cada situación se compensa con la estabilidad, el adulto emocionalmente maduro va mostrando habilidad para afrontar con conciencia los acontecimientos de la vida.
- Es saludable modifica la distribución de los recursos de tiempo, energía, talento, dinero y

apoyo social usándose para su crecimiento personal.

El adulto va evidenciando la capacidad de estar más atento a los cambios físicos y psicológicos que se le ven venir, los sobrelleva razonablemente, entonces busca alternativas para seguir desarrollándose y fortaleciéndose como en el campo de la educación, valores, relaciones y el entorno tecnológico compensando los desajustes que se vivieron en la infancia. Por tanto los sujetos encuestados mostraron habilidades en su adultez siendo funcionales para afrontar los asuntos propios de la vida con responsabilidad a pesar de presentar factores estresantes en su niñez.

Bibliografía

- Dicaprio N.S. "Teorías de la Personalidad" Segunda edición Mc Graw Hill
- Eguiluz, de Lourdes Luz (2003) "Dinámica de la Familia. Un enfoque Psicológico Sistemático". Editorial Pax México.
- García Pelayo, Ramón (1997). "Diccionario Enciclopédico Ilustrado": Editorial Larousse.
- Holmes Thomas "Escala de eventos críticos" y "Relaciones Familiares en la Infancia"
- Horney Karen "La personalidad neurótica de nuestro tiempo" Traducción de Ludovico Rosenthal
- Ibañez Barambilla, Berenice (2007) "Manual para la Elaboración de Tesis México". Trillas
- Papalia Diana E., Wendkos olds Sally, Duskin Feldman Riith (2005). "Desarrollo Humano" Editorial McGraw Hill.
- Roland A. Shellow, M.D., Hevey Bluestone, M.D. Comité conjunto del Consejo y de la Asamblea de Distritos de la APA para el DSM-IV
- DSM-IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"
- Satir, Virginia (2006). "Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar".
- Wiley Jhon (1987) "Debajo de la Máscara" Capítulo 10 www.wiley.com/college/sollod



XV Ciclo de Cine Crítico 2015



Lo mejor de mi

Título Original: The Best of Me

Director: Michael Hoffman

País: USA

Año: 2014

Interpretación: Michelle Monaghan, James Marsden, Liana Liberato, Luke Bracey.

Género: Romántico, Drama.

Reseña: Basada en la novela de Nicholas Sparks, " cuenta la apasionada historia de dos jóvenes que fueron novios en su adolescencia y que venían de mundos muy distintos. Después de varias décadas en las que sus caminos se separaron, Amanda y Dawson se reencuentran en su pueblo natal para acudir al funeral de un amigo común, lo que les obliga a enfrentarse a sus sentimientos no resueltos que todavía tienen el uno por el otro.

Tópicos analizados: Infravalorización de si mismo, Abandono de prioridades profesionales, Sublimación del amor de pareja en los hijos, Perdón.

Ponente: Lic. Gabriel Rubio Badillo

Fecha: 21 Febrero 2015 10:00 hrs



Te doy mis ojos

Director: Icíar Bollaín

País: España

Año: 2003

Interpretación: Laia Marull, Luis Tosar, Candela Peña, Rosa María Sardà, Kiti Manver, Sergi Calleja, Elisabet Gelabert, Antonio de la Torre, Chus Gutiérrez, Aitor Merino, Francesc Garrido, Nicolás Fernández Luna, Elena Irureta, David Mooney

Género: Drama, Drama Social, Celos, Familia.

Reseña: Una noche de invierno, Pilar sale huyendo de su casa. Lleva consigo apenas cuatro cosas y a su hijo Juan. Escapa de Antonio, un marido que la maltrata y con el que lleva 9 años casada. Antonio no tarda en ir a buscarla. Pilar es su sol, dice, y además, "le ha dado sus ojos".

Tópicos analizados: Violencia hacia la mujer

Ponente: Lic. Rocío Avalos Ahumada, M.E. Fecha: 28 Febrero 2015 10:00 hrs



Aprendiendo a vivir

Título Original: The Other Sister

Director: Garry Marshall

País: USA

Año: 1999

Interpretación: Diane Keaton, Juliette Lewis, Tom Skerritt

Género: Comedia Dramática

Reseña: Carla Tate es una mujer joven, con sueños y ambiciones y con una ligera disminución psíquica. Danny es panadero y, como ella, también sufre una leve discapacidad mental. Se conocen, se enamoran y se convierten en pareja. Pero Carla, que acaba de regresar a casa tras unos años internada en una escuela especial, se verá abocada a enfrentarse a un duro inconveniente: una familia intolerante, y una madre protectora que intentará romper como sea el romance de su hija.

Tópicos analizados: Sobreprotección de la figura materna hacia un niño con necesidades de educación especial.

Ponente: Lic. José Ramiro Lara Mández, M. E. Fecha: 07 Marzo 2015 10:00 hrs





“LA IMPORTANCIA DE VIVIR EXPERIENCIAS”

Me siento orgullosa de poder compartir una experiencia más con mis alumnos de psicología, en esta ocasión puedo decir de autorrealización como diría Abraham Maslow. Ya que vivir la etapa universitaria con ellos, en el día a día va desde facilitar el proceso de acumular conocimientos en el aula, permear cada vivencia que como modelos los maestros transmitimos, pero sobre todo salir al campo de acción, que los formará como expertos en su área.

Porque debe quedar muy claro que el aula universitaria por sí misma no hace a un psicólogo, necesita ir de la mano con experiencias vivenciales para poner en práctica lo que se ha aprendido en ella.

Por esta razón, los alumnos de 4°. Cuatrimestre Grupo “A”, de la presente carrera realizaron una visita al Centro de Atención Múltiple: Profra. Ana Laura Soto, lugar que atiende niños con diversas capacidades diferentes como por ejemplo: Síndrome de Down, Autismo, Déficit intelectual, Gigantismo, Trastorno de Asperger, Discapacidad visual, entre otros; esto les permitió conocer en lo físico y

Reflexión sobre la práctica

en lo conductual cuales son las características que identifican cada uno de estos problemas, que a lo largo de la carrera seguirán estudiando, su etiología y la intervención que pueden hacer en estas situaciones.

Observe en este grupo de estudiantes actitudes muy interesantes, como: inquietud por saber más, empatía con las personas de ese lugar, disponibilidad a servir, las cuales son necesarias en el perfil de un buen psicólogo.

Por lo tanto puedo afirmar que cada una de las experiencias vividas en la universidad y conjugadas, harán al estudiante de psicología un experto tanto para operar sobre estas problemáticas como en cualquier especialización del área en su vida profesional futura.

“Enfócate y no pierdas tu propósito”

Por la Lic. Psic. Ma. Teresa Perales Rodríguez, M. E.

Reflexión sobre la práctica

El día 13 de Noviembre de 2014 fuimos de visita al Centro de Atención Múltiple "Prof. Ana Laura Soto Montalvo" en donde se nos hizo pasar por los diferentes salones que lo conforman, para poder ver los diferentes casos que se encontraban en cada uno de ellos y cómo los maestros adaptan el plan de estudios a sus necesidades.

El recorrido fue muy sencillo y rápido. Se nos comentó que a pesar de que la mayoría de los profesores no sabían del todo de qué trataba la condición de su estudiante en el aspecto psicológico, si ajustaban la manera de impartir clases de manera personalizada. Creo que fue una experiencia bastante significativa para mí y mis compañeros. Sobre todo porque vimos de manera más directa y ejemplificada lo que involucra una educación especial y las necesidades que tiene cada uno de los niños en el área educativa. La importancia del inicio temprano de educación y asistencia que reciba el niño, el apoyo así como la consistencia de los padres por llevarlo a un avance más oportuno. Y ese es precisamente uno de los grandes retos a los que se enfrentan diariamente: involucrar más a los padres en el avance de los niños pues el apoyo debe de venir desde casa complementándose con la escuela. Pues como sabemos es un proceso que conlleva



María Fernanda Rojano
Mercado

Por la alumna Abigail Del Angel
Leyva

trabajo, dedicación y esfuerzo por ambas partes. En el Centro siempre se alienta éste proceso, cuentan con escuela para padres en donde les proporcionan técnicas y orientación para el avance integral del alumnado.

Una frase que me llamo la atención es que "a pesar de que las diferencias cognoscitivas, motoras o de madurez sean grandes, por lo exterior todos somos iguales". Esta visita me llevó a tener un mayor interés por el área infantil. Aunque ya tenía en mente dedicarme al área clínica, creo que el poder orientar a una persona en etapas tan tempranas del desarrollo dará la oportunidad de lograr cambios más radicales en su vida y en la de los demás.

Otro aspecto que me llevo como lección de vida, es la maestra Toñita. Ella a pesar de carecer de la visión, es una persona bastante autosuficiente. Además de eso es alguien que sabe demasiado de muchas cosas, por ejemplo, música, también dice que disfruta "ver" sus novelas, tiene muchos conocimientos sobre tecnología. Impresionante que ella se encargue de descargar los videos y folletos necesarios para los alumnos. En verdad es una persona bastante admirable y sobre todo me deja con ganas de superarse.

*"Las personas al igual que las aves, son diferentes en su vuelo,
pero iguales en su derecho a volar"*

El viernes 5 de diciembre de 2014 tuvo lugar la participación de la carrera de psicología en la fiesta navideña que brindamos los alumnos de séptimo cuatrimestre con motivo del cierre de terapia a los pacientes que nos acompañaron en el periodo de Septiembre a Diciembre, como parte de las actividades de rehabilitación del plan de estudios de la Asignatura de Educación Especial.

La finalización de la terapia dio paso a una celebración, en la cual nos acompañaron padres de familia, maestros y nuestros invitados de honor: los pacientes, con quienes compartimos gratos momentos durante estos meses de trabajo así como durante el festejo.

El evento se desarrolló entre risas, juegos, la tradicional piñata, dulces y regalos...mismos que estuvieron a cargo de los alumnos de cuarto cuatrimestre, pensados para el desarrollo de las capacidades de cada niño, elaborados por ellos mismos de acuerdo a sus necesidades.

Lo anterior en el marco de una gran convivencia pero sobre todo estuvimos muy felices de constatar el avance que nuestros pacientes habían alcanzado hasta ese momento.

En lo personal, es una gran satisfacción el tener la oportunidad de trabajar y compartir momentos inolvidables al lado de los niños, pero sobre todo ver de lo que son capaces de lograr, las ganas que tienen en avanzar para lograr su mayor autosuficiencia e independencia.

Recuerdo en horas de clases compañeros hablando de sus pacientes, comentarios como; "mi paciente dijo, mi paciente hizo...," cada pequeño avance era un gran paso. Siempre esperando más de ellos, probando nuestra paciencia y sacándonos sonrisas.

Con una emotiva ceremonia se dio por terminado el proceso en el cual el aprendizaje es recíproco.



Visita al Centro de Atención Múltiple "Prof. Ana Laura Soto Montalvo"
13 Noviembre 2014



Galería de fotos

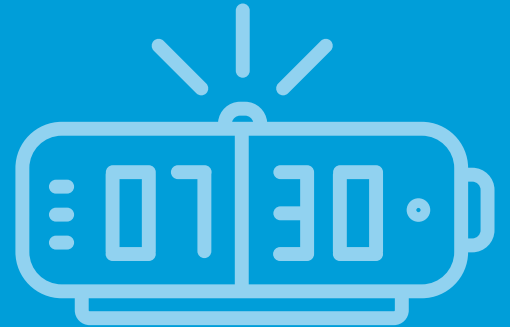
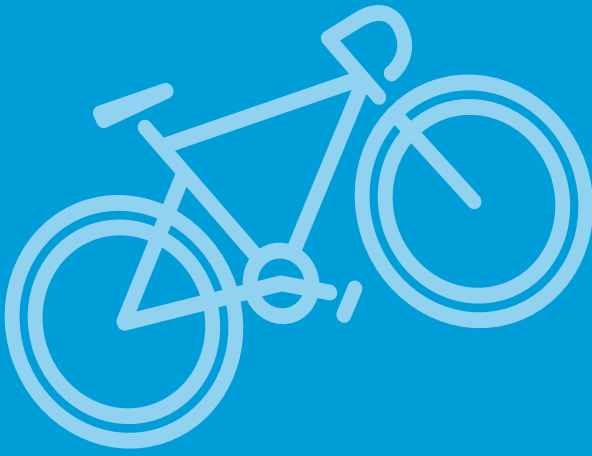


Posada de Pacientes con necesidades educativas especiales
5 Diciembre 2014



XV Ciclo de
Cine Critico
2015





Paradigma

Publicación para y de la Facultad de Psicología Creciendo como Comunidad

<http://icest.edu.mx/editorial/paradigma>

