

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



**Efectos de la violencia intrafamiliar en pacientes que asisten a la
Liga Guatemalteca de Higiene Mental
(Sistematización de práctica)**

Consuelo Veronica Inay Raxjal

Chimaltenango; junio 2013.

**Efectos de la violencia intrafamiliar en pacientes que asisten a la
Liga Guatemalteca de Higiene Mental
(Sistematización de práctica)**

Consuelo Veronica Inay Raxjal (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Licda. Noemí Cardona (Revisora)

Chimaltenango; junio 2013.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

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

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana	Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Asesora	Licda. Sonia Pappa
Revisora	Licda. Noemí Cardona Polanco

SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Consuelo Veronica Inay Raxjal**
Estudiante de la **Licenciatura en**
Psicología y Consejería Social de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, treinta y uno de octubre de dos mil doce. –

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Liga Guatemalteca de Higiene Mental, presentado por la estudiante

Consuelo Veronica Inay Raxjal

*Quien se identifica con número de carné 0805560 de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.*

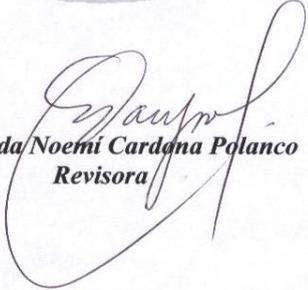

Licenciada Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
PSICOLOGICA. Guatemala, abril de dos mil trece.

En virtud de que **La Sistematización de Practica con el tema: "Efectos de la violencia intrafamiliar en pacientes que asisten a la Liga Guatemalteca de Higiene Mental"**, presentada por la estudiante:

Consuelo Veronica Inay Raxjal

Quien se identifica con el número de carné 0805560, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Noemí Cardana Polanco
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala a los veinte días del mes de Mayo del año 2013.

En virtud de que **La Sistematización de Práctica** con el tema **"Efectos de la violencia intrafamiliar en pacientes que asisten a la Liga Guatemalteca de Higiene Mental"**, presentado por: **Consuelo Veronica Inay Raxjal** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Práctica**.



Licda. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción de la institución	1
1.2 Misión centro de práctica	2
1.3 Visión centro de práctica	2
1.4 Organigrama liga guatemalteca de higiene mental	3
1.5 Objetivos centro de práctica	4
1.6 Población que atiende	4
1.7 Planteamiento del problema	5
Capítulo 2	
Referente teórico	6
2.1 Violencia	6
2.2 Psicopatología	33
2.3 Psicodiagnóstico	79
2.4 Psicoterapia	95
Capítulo 3	
Referente metodológico	137
3.1 Programa de práctica profesional dirigida	137
3.2 Calendarización o cronograma de actividades y valoración del curso	142
3.3 Planificación general de práctica profesional dirigida	147

Capítulo 4	
Presentación de resultados	151
4.1 Programa de atención de casos	151
4.2 Programa de capacitación	168
4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	177
Conclusiones	187
Recomendaciones	188
Referencias	189
Anexos	193

Resumen

El informe de práctica profesional dirigida, consta de cuatro capítulos, los cuales están distribuidos de la siguiente forma; en el primer capítulo se recopilan los datos, funcionamiento y objetivos del centro de práctica, que es la institución Liga Guatemalteca de Higiene Mental, que está ubicada en parcelamiento la Alameda, Chimaltenango, en el siguiente capítulo, se presenta la información compilada, de las diferentes problemáticas que se identificaron durante el proceso, en el centro de práctica, entre los cuales están; violencia intrafamiliar, duelo, baja autoestima, conductas agresivas, falta de disciplina con los hijos e hijas en el hogar, bajo rendimiento escolar, noviazgo, entre otros, estos son algunos de los problemas que afectan a la población, y en respuesta a la demanda, se atendieron cada uno de los casos.

En la atención psicológica, se retomaron temas fundamentales, siendo ellos: psicodiagnóstico, psicopatología, y las diversas formas de psicoterapia, los cuales fueron esenciales para el tratamiento de cada paciente. También se abordaron temas de capacitación, que fueron solicitados por diferentes grupos organizados del municipio de Chimaltenango, en donde se facilitaron temas, como: El bullying o acoso escolar, autoestima, violencia intrafamiliar, las etapas y las emociones en la adolescencia y la comunicación efectiva en la familia, entre otros.

En el capítulo tres, se dan a conocer las diferentes planificaciones y los cronogramas de las actividades que se llevaron a cabo en el centro de práctica, el último capítulo, contiene los resultados, limitaciones y logros obtenidos en el proceso de práctica profesional dirigida, así también se grafican, los resultados en cuanto a la población atendida.

Introducción

La realización de práctica profesional dirigida, se llevó a cabo en la extensión de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, que esta ubicada en el departamento de Chimaltenango, en donde se atiende a personas provenientes de los diferentes municipios del mismo, quienes acuden por ayuda psicológica.

Durante la realización de la misma se atendió a hombres, mujeres, adolescentes, niñas y niños, provenientes de diversos sectores y de diferente condición económicas, el problema principal de mayor atención fue: violencia intrafamiliar, situación que sufren las mujeres en sus hogares, que es causada por la persona que vive o convive con ellas, algunos de los efectos que presentaron las personas afectadas fueron: baja autoestima, temor, miedo, ansiedad, estrés, en las y los hijos bajo rendimiento escolar, problemas de disciplina, siendo esta circunstancia un problema que afecta, no solo a la víctima, sino que a quienes se encuentran a su alrededor, por ello es fundamental abordar el problema, a través de atención psicológica, para que puedan manejar las emociones de forma adecuada, con la finalidad de que puedan llevar una vida equilibrada consigo misma y con las personas que se encuentran en su entorno. El objetivo profesional esta enfocado, en promover en cada persona una salud mental, equilibrada, para que vivan en armonía.

La violencia intrafamiliar, no es solamente un problema de género, sino que las dimensiones han alcanzado todos los estratos sociales, así como a las diferentes culturas guatemaltecas, afectando en su mayoría a las mujeres, que son vulnerables por el hecho de ser mujeres.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

El presente capítulo, proporciona información del lugar donde se realizó la práctica profesional dirigida, el cual es la “Liga Guatemalteca de Higiene Mental”; se presentan datos sobre el funcionamiento y organización de la misma; con el fin de tener un panorama amplio de ésta institución, que contribuyó en el proceso de aprendizaje para la alumna practicante.

1.1 Descripción de la institución

La institución donde se realizó la práctica profesional dirigida, es una extensión de oficinas centrales que se encuentran ubicadas en la ciudad capital, siendo la entidad; Liga Guatemalteca de Higiene Mental, que se encuentra ubicada en el parcelamiento “La Alameda”, Chimaltenango.

Entre los servicios que presta la institución están: atención psicológica, capacitaciones y talleres enfocados a la salud mental, deporte, proyecto de radio con niños, escuela de padres, talleres de marimba, entre otros. El horario de atención es variado, atendiendo de acuerdo a la demanda poblacional, siendo regularmente el siguiente: Lunes, miércoles y viernes; de 8:00 a 1:00 p.m. Los días sábados se trabaja un proyecto radial. También se atiende el domingo a la población trabajadora, atendiéndolas en el horario de 8:00 a 1:00 p.m., prestando atención psicológica a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres.

El centro de atención cuenta con un salón amplio, para la realización de diversas actividades programadas por la institución y en momentos determinados, si es solicitada por la población para la celebración de eventos sociales, también tiene una clínica de atención a pacientes, cuenta además con una cabina de grabación radiofónica, en las mismas instalaciones se encuentra un jardín infantil, área verde y una cancha deportiva.

1.2 Misión centro de práctica

“Nosotros, quienes reconocemos que la salud mental es un principio de convivencia y armonía con todos los que nos rodean y ésta contribuye a vivir en un ambiente sano con nosotros, nuestra familia y con la sociedad guatemalteca”.

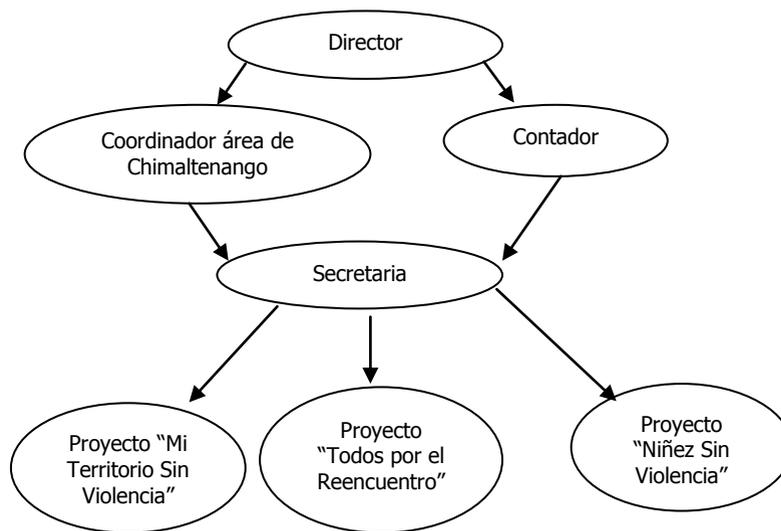
“Ese compromiso nos llama a atender, promover y fortalecer la salud mental en los y las guatemaltecas, principalmente en el área de educación, capacitando a diferentes sectores de la población para que desarrollen actitudes que los conviertan en agentes de cambio, para una sociedad con menos violencia, nuestra misión está basada en la creencia que la salud mental brinda a cada persona la oportunidad de convivir con armonía consigo misma y con los demás.”

1.3 Visión centro de práctica

“Al iniciar el tercer milenio, la Liga Guatemalteca de Higiene Mental seguirá cumpliendo su misión, con atención psicológica y capacitación a los y las guatemaltecas, con enfoque a la salud mental contribuyendo de esta manera con la sociedad guatemalteca”.

- Daremos atención psicológica a todas las personas que soliciten ayuda.
- Promoveremos la salud mental en los y las guatemaltecas.
- Capacitaremos a niños, jóvenes y adultos de ambos sexos.
- Fomentaremos y fortaleceremos la salud mental en la población.

1.4 Organigrama de liga guatemalteca de higiene mental



1.5 Objetivos centro de práctica

Objetivos generales

- Apoyar a la población chimalteca en el tema de salud mental.
- Contribuir en orientación y capacitación a las instituciones con talleres y charlas a personas de todas las edades y de ambos sexos.
- Contribuir en la formación profesional de estudiantes del nivel superior con el espacio para la realización de práctica profesional.

Objetivos específicos

- Brindar atención psicológica en forma gratuita a personas de escasos recursos.
- Impartir talleres y charlas sobre salud mental.
- Fomentar la salud mental por medio de actividades de convivencia entre la población.
- Fomentar el deporte como una distracción sana.
- Fomentar la libre expresión del pensamiento con niños de ambos sexos.
- Contribuir para la creación de una armonía consigo mismo y con los demás.

1.6 Población que atiende

El centro de salud mental, presta atención clínica a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres, de diferentes edades y procedentes de los diversos municipios de Chimaltenango.

1.6.1 Descripción de la población que atiende

La institución, provee atención psicológica a toda la población, que no cuentan con recursos económicos para pagar este servicio. Estas personas presentan diferentes problemas como bajo rendimiento escolar, problemas de conducta, indisciplina, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, entre otros.

1.7 Planteamiento del problema

La violencia intrafamiliar es la agresión que se sufre en los hogares, es decir dentro de las familias, en donde el agresor comparte o ha compartido el mismo domicilio, la violencia comprende: agresión a todos los que en el hogar conviven, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual, por lo que es necesario abordar ésta problemática, con la finalidad de dar atención psicológica a las personas que la sufren, para que ellas puedan a través de la atención mejorar su calidad de vida.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

El presente capítulo, proporciona información sobre la problemática que se abordó en el centro de práctica profesional dirigida, siendo éste violencia intrafamiliar, debido a que es un problema que está afectando a muchas personas del departamento de Chimaltenango.

Así también se enfocaran temas de interés para los estudiantes del último año de la carrera de Psicología y consejería Social, éstos han servido de retroalimentación de los conocimientos adquiridos durante la carrera, siendo ellos: Psicodiagnóstico, Psicopatología, y las diversas técnicas de Psicoterapia.

2.1 Violencia

Se iniciara definiendo qué es la violencia en general, posteriormente se enfocara lo que es la violencia intrafamiliar.

La violencia se define como un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a alguien más, casi siempre es ejercida por las personas que tienen el poder en una relación, como el padre y/o la madre sobre los y las hijas, los y las jefas sobre los y las empleadas, los hombres sobre las mujeres, los hombres sobre los hombres y las mujeres sobre otras mujeres, pero también se puede ejercer sobre objetos, animales o contra sí mismo.

Es decir que la violencia es un acto que, ya sea que se dé de una sola vez o se repita, ocasiona daños o sufrimiento, en las víctimas y quienes conviven con ella. Este hecho implica un abuso de poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica o económica.

Además la violencia es una acción ejercida por una o varias personas, de manera intencional que va dirigida a personas vulnerables, a través de maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física como psicológica y moral de la persona o grupo de personas.

Se podría decir que la violencia, es la presión psíquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona, con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima. El elemento esencial en la violencia es el daño, tanto físico como psicológico. Este puede manifestarse de múltiples maneras (por ejemplo, los estímulos nocivos de los que depende) y asociado, igualmente, a variadas formas de destrucción: lesiones físicas, humillaciones, amenazas, rechazo, entre otros. Es destacable también el daño (en forma de desconfianza o miedo) sobre el que se construyen las relaciones interpersonales, pues está en el origen de los problemas en las relaciones grupales, bajo formas como la polarización, el resentimiento, el odio, etc., que, a su vez, perjudica las redes sociales y a la comunidad en general.

Cuando la violencia es la expresión contingente de algún conflicto social, puede darse de manera espontánea, sin una planificación previa minuciosa. La violencia puede además ser justa o injusta; legítima o ilegítima; encubierta o abierta; estructural o individual. Es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión física. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, en cuanto que otros tipos se convierten en crímenes. Distintas sociedades aplican diversos estándares,

en cuanto a las formas de violencia, que son o no son aceptadas. Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar.

Existen varios tipos de violencia, incluyendo la violencia intrafamiliar, el abuso físico, el abuso psíquico y el abuso sexual. Sus causas pueden variar, las cuales dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insoportables en la vida del individuo, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece el individuo (lo cual es muy común en las escuelas) y el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía.

2.1.1 Violencia intrafamiliar

Es la violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

Se podría decir que; la violencia intrafamiliar es un modelo de conducta aprendida y coercitiva, que involucra: la violación a los derechos humanos, siendo toda acción u omisión de abuso físico, sexual, psicológico, patrimonial, o la amenaza del mismo. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación o retención económica.

La violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores que son: la falta de control en los impulsos, carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; en algunas personas podrían aparecer la variable del abuso de alcohol y drogas.

La víctima de violencia intrafamiliar es cualquier persona, considerada cónyuge del agresor o que haya convivido de alguna manera con él. Así, podría ser hacia un conviviente actual o ex pareja, entre padres de un hijo común, o hacia un pariente consanguíneo, hasta el tercer grado. Además, es importante destacar que dentro de la violencia intrafamiliar, están considerados: el maltrato infantil, la violencia hacia el adulto mayor, personas con habilidades diferentes y entre cónyuges. En éste último tipo de maltrato, el más común es de parte de los hombres hacia las mujeres; sin embargo, existen también algunos casos de violencia de mujeres hacia hombres.

Los actos considerados, como parte de la violencia intrafamiliar son: golpes o incidentes graves, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control de actividades, abuso sexual, aislamiento, prohibición de trabajar fuera de casa, abandono afectivo, humillación y no respeto de opiniones. Todos éstos actos de maltratos, se pueden clasificar en: físicos; cuando se atenta contra el cuerpo de la otra persona; psicológico, si existe el intento de causar miedo, intimidación o cualquier tipo de insulto, descalificación o intento de control; sexuales, si hay un acto sexual impuesto o en contra de la voluntad de la víctima; y económico, si no se cubren las necesidades básicas de la persona.

Se considera que si en una pareja o familia, con menos de cinco años de convivencia, han habido al menos 3 ocasiones de agresión, esa pareja o familia puede estar viviendo violencia intrafamiliar. Como una manera de reconocer si una persona es violenta, se debe identificar si la persona no es capaz de controlarse en una situación de diferencias de opinión. Si la persona reacciona con gritos o golpes para defender su postura, entonces se puede hablar de un agresor.

Los factores que se consideran, como causas de que una persona sea violenta, se asocian principalmente al aspecto psicológico y social. El agresor, generalmente no tiene capacidad de autocontrol y actúa impulsivamente. Lo anterior puede deberse a experiencias infantiles de violencia, que dejaron secuelas en el individuo; también existe la posibilidad de que sea causa de presión social y estrés. Los asuntos económicos, también pueden ser una causa importante de tensión que genera violencia, otra posición es que algunos hombres, no son capaces de generar suficientes ingresos económicos para mantener a su familia, y con ello surge una actitud violenta para demostrar hombría, otros factores incluyen; el uso excesivo del alcohol, enfermedades mentales, autoritarismo y otros.

Es decir que la violencia intrafamiliar, es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación). La violencia intrafamiliar afecta, el buen comportamiento de las personas que integran la misma, en el interior y exterior del hogar, tomando actitudes que pueden manifestarse de diversas formas, unas veces las personas se aíslan de las demás, las víctimas tienden a volverse sumisas, toda violencia intrafamiliar tiende a destruir la autoestima y afecta de por vida a las personas que sufren este flagelo, sobre todo porque no es fácil asumir que un familiar maltrate en el núcleo familiar, este problema social se presenta en todos los estratos sociales.

Entre las principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar están:

a) Violencia verbal

Incluye los insultos, gritos, palabras hirientes u ofensivas, las descalificaciones, humillaciones, amenazas, los piropos que causen molestia, entre otras expresiones específicamente verbales.

b) Violencia psicológica

La violencia psicológica o emocional, de manera general, se define como un conjunto de comportamientos, que producen daño o trastorno a los integrantes de la familia. La violencia psicológica no produce un traumatismo de manera inmediata, sino que es un daño que se va acentuando, creciendo y consolidando en el tiempo. Tienen por objeto intimidar y controlar a la víctima, quien es sometida a éste clima emocional, sufre una progresiva debilitación psicológica y presenta cuadros depresivos que en su grado máximo pueden desembocar en el suicidio. La violencia psicológica presenta características que permiten clasificarla en tres categorías: maltrato, acoso y manipulación.

La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad, de quien ha sufrido violencia física, porque la víctima presenta huellas visibles y se le da ayuda más fácilmente. Sin embargo, quien lleva cicatrices de tipo psicológico, le resulta difícil comprobarlo:

- a) Abuso verbal: Ofender, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, entre otras.
- b) Intimidación: Asustar con miradas, gestos o gritos, arrojar objetos o destrozar la propiedad.
- c) Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.
- d) Abuso económico: Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar, aunque sea necesario para el sostén de la familia.

- e) Abuso sexual: Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.
 - f) Aislamiento: Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades.
 - g) Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.
- c) Violencia económica

Si bien existen diferentes formas de agresión, contra las mujeres tales como: física, psicológica, emocional y sexual, existe un tipo de violencia que no se nombra, ésta es la violencia económica, ésta es definida como “todo acto de fuerza o de poder ejercido contra las mujeres y que vulnera sus derechos económicos”, con ello se va limitando a las mujeres, en el ejercicio de su ciudadanía y sus derechos, esta práctica es más sutil porque consiste, en el control o restricción del dinero o de los bienes materiales, como forma de dominación o castigo.

d) Violencia física

La violencia, maltrato o abuso físico es la forma más obvia de violencia, de manera general se puede definir como, toda acción de agresión no accidental en la que se utiliza la fuerza física, alguna parte del cuerpo (puños, pies, etc.), objeto, arma o sustancia con la que se causa daño físico o enfermedad a un integrante de la familia. La intensidad de la agresión puede variar desde lesiones como hematomas, quemaduras y fracturas, causadas por empujones,

bofetadas, puñetazos, patadas o golpes con objetos, hasta lesiones internas e incluso la muerte.

e) Violencia sexual

Es todo acto verbal o físico, con connotaciones sexuales que se realiza contra cualquier persona sin su consentimiento, que vulnera su libertad, daña su autoestima y desarrollo psicosexual, provocando en la víctima: inseguridad, sometimiento y frustración. Sus formas son: el hostigamiento, el acoso, el tráfico y la explotación sexual, el incesto, el estupro y por supuesto la violación.

2.1.2 Tipos de violencia intrafamiliar

Algunas acciones de maltrato son evidentes, generalmente las que tienen implicación física, otras pueden pasar desapercibidas, sin embargo todas dejan profundas secuelas. La violencia puede adoptar una o varias de las siguientes formas. La violencia se ejerce de diferentes maneras, desde una ofensa verbal hasta el homicidio. Existen varios tipos de violencia: verbal, psicológica, económica, física, sexual y familiar. Es importante aclarar que estas diferentes manifestaciones de violencia, se ejerce en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana de las familias.

i. Violencia contra las mujeres

La violencia en la pareja, constituye una de las modalidades más frecuentes y relevantes, entre las categorías de la violencia, ya que es una forma de relación de abuso entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable, incluyendo relaciones de matrimonio, noviazgo, pareja

(con o sin convivencia) o los vínculos con ex parejas o ex cónyuges. Se enmarca en un contexto de desequilibrio de poder e implica un conjunto de acciones, conductas y actitudes que se mantienen como estilo relacional y de interacción imperante en la pareja, donde una de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño físico o psicológico a la otra. Siendo el espacio de mayor riesgo de una mujer su propio hogar, contrario al de los hombres, para quienes el espacio de mayor riesgo es la calle, la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico o al interior de la pareja, se le denomina violencia doméstica, violencia conyugal e incluso violencia intrafamiliar.

La forma común de violencia contra la mujer, se da en el hogar o en la familia. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona.

La agresión que ejercen los hombres, va desde patear, morder, abofetear, dar un puñetazo o tratar de estrangular a sus esposas o compañeras, pegar o violar, con partes corporales u objetos agudos; y usar armas letales para apuñalarlas o dispararles, ocasionando en las mujeres lesiones graves y en algunos casos son asesinadas.

La naturaleza de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar, ha propiciado comparaciones con la tortura, las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo, y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física, al igual que la tortura, las agresiones son impredecibles y guardan poca relación con el comportamiento de la mujer. La violencia en la familia se da principalmente porque no se tienen respeto a los integrantes de ésta, por el machismo, por la incredulidad

de las mujeres, y/o por la impotencia de defenderse del agresor, el maltrato puede presentarse en cualquier familia y sin importar la condición social.

ii. Violencia contra el hombre

La violencia contra el hombre, es un tipo de violencia intrafamiliar que se enmarca en lo que se denomina violencia de pareja, donde el rol del agresor es tomado por la mujer (en las parejas heterosexuales) o bien, por el varón en aquellas parejas de carácter homosexual. La violencia contra el hombre, no se considera violencia de género (tal como ocurre con la violencia de pareja perpetrada contra las mujeres) puesto que no se atribuye a las desigualdades entre los sexos (como en el caso femenino); sin embargo, ciertos autores indican que, tanto en la violencia contra las mujeres como en la que es realizada contra los hombres.

Desde esta perspectiva, y en el marco de parejas heterosexuales, la violencia femenina es socialmente menos aceptada que la masculina, indicándose que por lo general ellas suelen utilizar formas indirectas para expresarla, sugiriéndose que muchas veces cuando la mujer ha sido violenta, lo es por haber sido previamente víctima; en efecto, aquí nacería la figura del "agresor primario", que en términos simples relaciona la actitud violenta de la mujer, con la existencia ex ante de antecedentes como víctima.

Dentro del contexto sociocultural del estereotipo de masculinidad, es frecuente que algunas de las víctimas, encubran o disimulen el estar sufriendo este problema, por temor a ser juzgados negativamente por el resto de la sociedad. En algunos hombres, este comportamiento evasivo podría estar justificado, por el temor a sentirse ridiculizados por sus amistades, compañeros de trabajo o

simplemente por retraimiento ante sus semejantes. Debido al tono por parte de los varones a hacer pública su situación, el alcance de esta problemática se torna difícil de evaluar, aunque diversas investigaciones indican que dentro de los distintos actos de violencia, perpetrados contra éstos se pueden encontrar: violencia sexual indirecta (ridiculización, acusaciones sin fundamento o ataques cuando no está en condiciones de responder sexualmente), violencia verbal, violencia física, entre otras.

iii. Violencia filio – parental

La violencia filio-parental o violencia de los hijos a los padres, es el conjunto de conductas reiteradas de agresiones físicas (golpes, empujones, arrojar objetos), verbales (insultos repetidos, amenazas) o no verbales (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que viven en el hogar.

Se incluyen, entonces, las amenazas y los insultos, ya sean realizados a través de gestos o verbalizaciones, las agresiones físicas de cualquier tipo, o la ruptura consciente de objetos apreciados por el agredido, la violencia va dirigida contra los padres o aquellas figuras parentales que les sustituyan: tutores, educadores.

No se incluiría, por tanto, en esta definición la violencia ocasional, sin antecedentes previos y que no se repite. Esto excluye, de manera casi generalizada, el parricidio, que presenta características particulares que lo distinguen y que, a menudo, constituye un episodio único, sin que se registren antecedentes previos. Se excluyen, también, la agresión sexual a los padres, asaltos premeditados con armas letales, ya que se de considerarse de un perfil

diferente, así como la violencia que aparece, en un estado de disminución importante de la consciencia (autismo o retraso mental grave) y que no se repite cuando este estado remite: violencia en el curso de intoxicaciones, de trastornos mentales orgánicos, de trastornos del curso o contenido del pensamiento.

2.1.3 Fases de la violencia intrafamiliar

Al principio en la mayoría de las relaciones, es muy difícil que aparezca la violencia, en este período se muestra un comportamiento positivo, cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta, si ocurriera algún episodio de violencia.

Fase 1. Acumulación de tensión

La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo, que pasa por tres fases. A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda, así como el stress.

- ❖ Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- ❖ El comportamiento violento, es reforzado por el alivio de la tensión luego de violencia.
- ❖ La violencia se mueve desde las cosas, hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- ❖ La pareja intenta modificar su comportamiento, a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos.
- ❖ El abuso físico y verbal continúa.

- ❖ La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- ❖ El agresor se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede, el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está).

Fase 2. Episodio agudo de violencia

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

- ❖ Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas.
- ❖ El abusador hace una elección acerca de la violencia, decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente, sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- ❖ Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él, se muestra calmado y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel

Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez, el agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

- ❖ Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.

- ❖ En esta fase, puede suceder que el agresor, tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de cambio en la relación a futuro.
- ❖ Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo.
- ❖ Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- ❖ A menos que el agresor reciba ayuda, para aprender métodos apropiados para manejar su stress, se dará una relación sana, de lo contrario esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo.

2.1.4 Tipos de agresores

Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas, lo que produce que se potencie su agresividad, tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo.

Los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales, los agresores trasladan habitualmente la agresión, que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres. Frecuentemente el maltratador es una persona aislada, no tiene amigos cercanos, celoso (celotipia), baja autoestima, que le ocasiona frustración y debido a eso se genera en actitudes de violencia.

a) Pit bull

Solamente es violento con las personas que ama, celoso y tiene miedo al abandono, priva a la pareja de su independencia, vigila y ataca públicamente a su pareja, su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión, tiene potencial para la rehabilitación, no ha sido acusado de ningún crimen, posiblemente tuvo un padre abusivo. *El pitbull* espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas.

b) Cobra

El maltratador tipo cobra es un sociópata, frío, calculador, puede ser cálido. El maltrato no cesa por sí solo. Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su víctima, que el abuso físico podría continuar en cualquier momento.

Es agresivo con todo el mundo, propenso a amenazar con cuchillos o revólveres, se calma internamente, según se vuelve agresivo, difícil de tratar en terapia psicológica, éste agresor depende emocionalmente de la otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere, posiblemente haya sido acusado de algún crimen, abusa de alcohol y sustancias tóxicas.

La mayoría de las personas siguen sufriendo hasta quedar completamente destruidas física, psicológica y moralmente, otras acusan a sus agresores ante la policía, y en otras ocurre que se vuelven violentas.

2.1.5 Causas de violencia doméstica

Se ha establecido en primer lugar, que hay una raíz cultural histórica, durante mucho tiempo las diversas sociedades han sido muy machistas, el hombre ha creído que tiene el derecho primario a controlar, a disciplinar con severidad, incluso a abusar de la vida de la mujer y de los hijos. Eso ha sucedido bajo la apariencia del rol económico del hombre, proveedor de la alimentación.

En los diferentes países las mujeres sufren de agresión, se golpea a la mujer. Se tiene la figura del padre americano, en tiempos de la colonia, en el cual tenía derecho hasta de matar al hijo cuando no le obedecía. Otra causa es la cultura actual, el modelo presente en la sociedad está reforzando el uso de la fuerza para resolver los problemas, por ello el agresor usa la fuerza física, para mantener el poder y control sobre la mujer.

La violencia doméstica ocurre en todos los estratos de la sociedad, no solamente en las familias pobres, sino que sucede también en el núcleo de las familias adineradas. Lo que pasa es que una mujer a quien le dieron una paliza, si tiene dinero, se va tranquilamente a una clínica privada y aquí no ha pasado nada. Las que son pobres tienen que ir al hospital y allí los médicos dicen: "A esta mujer la han golpeado" y la policía se encarga de eso.

Otra causa de este problema son los medios de comunicación, en la televisión la violencia es glorificada, mostrando únicamente los estereotipos de violencia sexual, que sucede cuando un marido por la fuerza tiene relaciones sexuales con su esposa. Los medios no proyectan lo que cotidianamente sufren las mujeres, que son insultos, expresiones obscenas, se le dice barbaridades, no se le habla y solamente, se le utiliza para tener relaciones sexuales, en muchos casos, también la violencia doméstica está íntimamente relacionada con el alcohol y las drogas.

Cuando la persona usa o abusa del alcohol o sustancias tóxicas, pierde el control dando como resultado la violencia doméstica. A pesar de la llamada "liberación femenina" (que en realidad muchas veces ha llevado a la mujer a mayor esclavitud), todavía hay hombres que consideran a la esposa e hijos como objetos de su propiedad. Por eso se creen con el derecho a descargar sobre ellos su frustración o malhumor maltratándolas a su antojo.

En la mayoría de los casos los hijos imitarán a los padres; en el hogar que formarán, por ello con frecuencia que quienes en la niñez fueron testigos de abusos físicos entre sus padres, repiten la misma conducta cuando llegan al estado adulto. Aprendieron que los problemas y conflictos se afrontan con la fuerza bruta, ese aprendizaje negativo se arraiga tanto que muchas veces pasa de generación en generación, siendo estos individuos celosos, tienen una imagen pobre de sí mismos y que viven en un mundo irreal.

2.1.6 Efectos de la violencia intrafamiliar

Los malos tratos siempre tendrán, múltiples efectos en las personas que lo sufren, entre los cuales están:

- Efectos en la salud física:
 - Las agresiones producen: lesiones, heridas, fracturas, quemaduras, lesiones neurológicas por golpes en la cabeza, minusvalías físicas, entre otras.
 - El estrés y la tensión permanente que sufren las personas maltratadas, provocan enfermedades y problemas de salud a largo plazo, como

dolores de cabeza o de espalda, insomnio, pesadillas, alteraciones en la alimentación.

- Muchas personas maltratadas terminan sufriendo dependencia de analgésicos u otros medicamentos, alcohol o drogas.
 - Son frecuentes las diarreas crónicas, la malnutrición o desnutrición, y el retraso en el crecimiento en niños.
- Efectos en la salud mental:
 - Las personas que sufren maltrato, con frecuencia padecen: depresiones, dependencia emocional, ansiedad, fobias y ataques de pánico por el miedo o el terror. Los niños suelen tener dificultades para el estudio y para concentrarse, sufren pesadillas durante el sueño y tienen dificultad para relacionarse.

2.1.6.1 Efectos de la violencia intrafamiliar

a) Efectos de la violencia en las mujeres

Es la que se da directamente hacia la mujer y la niña, provocando efectos negativos, que no pueden ser mortales, llegando a ser lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis (golpes, moretones) a discapacidad crónica o problemas de salud mental. También pueden ser mortales; ya sea por homicidio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia.

La violencia trae dos tipos de consecuencias: físicas y psicológicas, que a continuación se definirán.

Las mujeres maltratadas experimentan sufrimiento psicológico, la mayoría está gravemente deprimidas o ansiosas, mientras que otras muestran síntomas del trastorno de estrés posttraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, ya que no pueden conciliar el sueño; tienen pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurren al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, sin darse cuenta, parece, que se están metiendo en otros problemas, aunque menos graves, pero dañinos igualmente.

La violación y el maltrato sexual puede ser suficiente, para crear efectos negativos duraderos, especialmente si la niña víctima, sino recibe posteriormente apoyo adecuado. Al igual que la violencia contra la mujer en el seno familiar, el maltrato de la menor suele durar muchos años y sus efectos debilitantes pueden hacerse sentir en la vida adulta. Por ejemplo, la pérdida de autoestima de la mujer, que ha sido maltratada en la niñez puede traducirse en un mínimo de esfuerzo, evitando situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro.

Ser víctima de violación o abuso sexual, es una experiencia traumática y sus consecuencias pueden prolongarse por mucho tiempo. Quienes han sufrido ataques sexuales describen los siguientes sentimientos: temor, culpa, desvalorización, odio, vergüenza, depresión, asco, desconfianza, aislamiento, marginalidad y ansiedad.

Es un mito que la violencia sexual, la ejercen solamente extraños, muchas violaciones y abusos son cometidos por hombres que la víctima conoce, incluyendo parejas y amigos íntimos. Por ello los ataques ocurren en cualquier momento del día, descartando con ello la errónea creencia que es la víctima quien provoca el ataque.

Las niñas que presencian a su padre o padrastro, tratando violentamente a su madre tienen más probabilidad de aceptar la violencia como parte normal del matrimonio, que las niñas de hogares no violentos. Los varones que han presenciado la misma violencia, por otro lado, tienen mayor probabilidad de ser violentos con sus compañeras como adultos.

Toda violencia, sea del tipo que sea, tiene consecuencias negativas en la persona agredida. Hay una pérdida de autoestima, miedos, depresiones, conductas inadecuadas, en definitiva, un deterioro en la salud.

Las diferencias de género potenciadas en las aulas, influyen en la autoestima de los hombres y las mujeres, así como en la confianza de si mismos. Forman una identidad femenina desvalorizada en la que se interioriza la inferioridad respecto del género masculino. Esta violencia basada en actitudes sexistas, ejercida contra las mujeres, es precisamente, el condicionante de que algunas mujeres se culpabilicen en situaciones de violencia, dañando la salud emocional, soportando conductas inapropiadas, situaciones de acoso, violencia física, llegando en ocasiones al suicidio.

Y como última consecuencia de esta violencia, la muerte de mujeres a manos de sus parejas, una realidad creciente, la punta del iceberg de la violencia contra muchas mujeres, que permanece oculta. Porque la violencia contra la mujer, no es sólo la muerte de ésta, es todas y cada una de las conductas del hombre contra la mujer basada en el dominio y control, es ser tratadas como propiedad, es la aplicación de creencias y valores de fondo sexista, es privarlas de los derechos que como personas tienen.

b) Efectos de la violencia en los hombres

Los estereotipos rígidos del varón, con lo que se espera de él como “macho” o el temor a las burlas hacen que trate de esconder el problema. En ese “esquema social” de proveedor, jefe de familia y protector, una denuncia de agresión significaría trastocar los roles establecidos, donde se supone que el varón es el que “lleva las pantalones” y en ultimo de los casos el que maltrata es él. Para muchos es inadmisibles reconocer ante sí mismo y ante los demás la caída de su superioridad, por ello no denuncia el maltrato de su esposa o hijos, que es un duro golpe a su autoestima.

También en el hombre maltratado, hay sentimientos como: soledad, sufrimiento, vergüenza, baja autoestima, culpa, inhibición, propensión a la humillación o temor a tomar una decisión.

No es frecuente que un hombre exprese sus sentimientos y debilidades, y le diga a alguien que está siendo maltratado. “No está bien” ver a los hombres lloriqueando o quejándose. Se le ha educado para que reprima sus emociones y se comporte como “todo un hombrecito” desde pequeño, que debe ser capaz de soportar y controlar el maltrato, si es que se reconoce, pues no existe creencia de que la mujer violenta pudiera entrañar peligros potenciales.

La violencia, provenga del hombre o de la mujer, tiene el mismo origen: poder y control sobre la relación, aunque las motivaciones sean diferentes al de la mujer, esposa, concubina, amante, pareja ocasional, madre. La violencia puede surgir con el fin de mantener control sobre la relación y la vida de pareja, obtener algún tipo de beneficio económico. Algunos varones piensan que el maltrato emocional y psicológico, no es violencia.

Una de las características más resaltante de la violencia o abuso emocional, es la sugestión o alienación o el “lavado de cerebro” de la víctima, al igual que las mujeres maltratadas, ellos caen en una relación, de la que no salen por muchas razones, no es que sean masoquistas, en ocasiones se dan circunstancias emocionales que, si no buscan ayuda no pueden salir. Un ejemplo típico es la mujer que amedrenta al hombre, con no dejarle ver a los hijos, que los esconde o les arruina las visitas.

El maltrato muchas veces va acompañado de chantaje y amenazas. Pueden utilizar la justicia de diferentes formas, atacan por todos los frentes; difaman, amenazan o inventan el maltrato. Algunas mujeres, al no lograr sus objetivos, al enterarse de que el ex marido o la ex pareja tiene novia, o en el caso de la amante que no logra el objetivo de formalizar su situación, o cuando el hombre participa su decisión de separarse, lo acusan falsamente y piden una orden de protección. Inclusive hay casos que llegan al punto de auto infringirse daño físico o psicológico, manipulan autoridades, amenazan o “molestan” a familiares cercanos, además de otras mentiras, con el objeto de lograr sus propósitos.

Las víctimas de violencia psicológica pueden mostrar ansiedad y desasosiego permanente, depresión y descontrol emocional, deterioro de la autoestima, dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas, disminución de sus posibilidades intelectuales y de su capacidad de trabajo e incapacidad para asumir los cambios de vida de manera apropiada y/o pérdida de deseos e interés.

c) Efectos de la violencia intrafamiliar en los niños

Para aprender, a crecer y convertirse en un adulto saludable y exitoso, los niños deben tener un mundo donde se sientan contentos y seguros de sí mismos. La violencia doméstica, no sólo les roba la confianza en sí mismos dificultando la posibilidad de llegar a ser exitoso y obtener mejores oportunidades en la vida, si no que los pueden dejar traumatizados.

Los niños pequeños que son testigos de la violencia en los hogares, generalmente muestran irritabilidad excesiva, conducta inmadura que no mejora, problemas del sueño, angustia emocional, temor de estar solos y regresiones para ir al baño, caminar y/o hablar. Los niños en edad preescolar pueden desarrollar enuresis (orinar la cama) y problemas del habla, como tartamudez. La exposición al trauma, sobre todo la violencia en la familia, interfieren con el desarrollo normal del niño, de la confianza en sí, y los comportamientos de exploración, que son parte del desarrollo de la autonomía y la personalidad del niño.

Más de la mitad de los hombres que maltratan a sus mujeres, también maltratan a sus hijos, y si golpean a sus esposas también golpean con frecuencia a sus hijos. La violencia o la amenaza de la violencia para los niños, se utiliza a menudo para controlar a la madre maltratada. Las relaciones abusivas también son sumamente nocivas para los niños, aunque sólo sean testigos, los niños que presencias actos de violencia domestica sufren consecuencias a largo plazo, en cuanto que los niños que crecen presenciando estas situaciones de violencia y abuso en sus hogares, sufren de abuso emocional, tienen problemas de comportamiento y de aprendizaje, también tienen mayor riesgo de padecer depresión, bajo rendimiento escolar,

aislamiento social, y constantemente se quejan de dolores corporales, de estómago y de cabeza. A menudo, en la escuela y en el patio de recreo, van a mostrar actitudes agresivas y la violencia que mostraran será en la medida del comportamiento agresivo del que son testigos en el hogar. Detrás de todos estos "síntomas" de la violencia en el hogar, los niños también tendrán respuestas emocionales, es decir, a menudo mostrarán ira, terror intenso, miedo de morir, o temor a la pérdida de su padre, madre o familiar. Los niños pueden tener sentimientos de ser responsables de los actos violentos, lo que puede alterar su desarrollo emocional y social.

El estar expuesto a la violencia en el hogar, enseña a los niños, que la violencia es una forma normal de vida y aumenta su riesgo de formar parte de la relación violenta de los adultos, ya sea como abusadores o como víctimas. Los niños a menudo creen que de alguna manera son la causa de la violencia en el hogar, el legado de la violencia en el hogar se transmite cuando los niños crecen viendo a la violencia como parte normal de la vida. En los niños que presencian actos de violencia doméstica es común que tengan relaciones violentas cuando sean adultos, ya sea como abusadores o víctimas.

d) Efectos de la violencia intrafamiliar en los adolescentes

Si el joven está inmerso en una familia donde existe violencia doméstica, lo más probable es que perciba el maltrato como "algo natural" y aprenda que la violencia es una forma "válida" de relacionarse con los demás y de resolver problemas. Esta forma de percibir el mundo y relacionarse con los demás, generará indudablemente, serias dificultades tanto a nivel afectivo, como en las relaciones interpersonales a corto, mediano y largo plazo, dificultando el desarrollo de relaciones cercanas, sanas, cálidas, íntimas, empáticas y

confiables. Cuando el joven se encuentre frente a situaciones conflictivas o de frustración, no tendrá los recursos necesarios para manejar y resolver estas situaciones de manera adecuada, puesto que la percepción, control de impulsos, capacidad de diálogo, reflexión y otras funciones cognitivas, han sido seriamente afectadas al vivir situaciones de violencia doméstica al interior del hogar.

De esta manera cuando el joven, sea un adulto y tenga su propia familia, por lo regular ejercerá la violencia porque, ese ha sido el modelo de relacionarse que aprendió; confunde amor con violencia y ve el maltrato como algo natural, con ello se sigue reproduciendo el círculo de la violencia, de generación en generación, ya que la familia, es la primera escuela donde se aprenden: valores, modos de interacción, siendo considerada como uno de los agentes socializadores más importantes junto con la escuela, pero a diferencia de ella, posee vínculos de consanguinidad y emocionales tan íntimos, que los aprendizajes quedan doblemente grabados. Está en manos de la familia tomar, conciencia y romper los círculos de violencia, que sólo generan estrés, angustia, dolor y una calidad de vida pésima para todos los integrantes.

En el corto plazo, los jóvenes expuestos repetidamente a incidentes de violencia doméstica, tienden a aislarse de sus familias y muchas veces, abandonan el hogar y la escuela a temprana edad. Esta situación en particular es considerada un factor de riesgo importante, pues al generar una ausencia total de límites, es muy posible que el joven comience a manifestar comportamientos antisociales, como el uso de drogas, delincuencia y comience a identificarse con grupos delictivos, pues al no sentirse perteneciente a nada, encuentra el cariño, la empatía y aceptación en un nuevo grupo de pares.

Otra de las consecuencias, que la violencia doméstica genera en los adolescentes, es el maltrato escolar, comúnmente llamado “acoso escolar” o “*bullying*”, que se refiere a todas las formas de comportamiento agresivo, intencionado y constante en el tiempo, actitud que van adoptando otros estudiantes en contra de otros, en la actualidad el término *bullying* que significa “intimidación”. Quien ejerce la violencia en la escuela, lo hace con la clara intención de imponer su poder sobre otro, mediante insultos, manipulaciones, agresiones y amenazas constantes a fin de tenerlo bajo su poder a lo largo de meses e incluso años. La calidad de vida del joven que se sitúa en el lugar de víctima, se ve seriamente deteriorada, manifestando trastornos importantes de ansiedad y del estado del ánimo, como depresión, crisis de angustia, ansiedad y fobias. También la dimensión cognitiva puede verse afectada, alteraciones en las funciones de atención, percepción y memoria pueden generar dificultades para concentrarse y consecuentemente con esto, bajo rendimiento escolar. Estas son sólo algunas de las consecuencias, que el acoso escolar genera, sin mencionar, el abandono escolar y en los casos más graves, el suicidio.

2.1.7 Tratamiento a personas que sufren de violencia intrafamiliar

La violencia como un proceso de responsabilidad social, que se inserta en la necesidad urgente de acciones concretas desde las distintas instancias y lugares sociales, debe enfocarse en prevenir la misma y promover los buenos tratos, implica una mirada esperanzadora de la realidad y un compromiso con el bienestar de todos los integrantes del seno familiar, a fin de conseguir una sociedad más saludable, solidaria y comprometida.

La ayuda a los hijos debe enfocarse en darles amor, los niños necesitan sentir que están protegidos y seguros, el dejar una relación abusiva, es una forma de enseñarles con el ejemplo, que la violencia está mal y se debe evitar, buscar ayuda es la mejor manera de protegerse y salvar a los hijos de una relación abusiva.

Si se dirigen las estrategias hacia la víctima, sólo se le puede sugerir que huya, en cuanto advierta en el agresor los primeros síntomas de reacción violenta, pues prevención significa identificar y atacar las causas y la causa no puede hallarse en el comportamiento de la víctima, pues eso sería buscar una justificación. En materia de prevención por parte de la víctima es posible, como única alternativa, incentivar y facilitar la denuncia, ante las autoridades o instituciones jurídicas y de salud.

Por ello es importante que las entidades publicas y privadas, formulen políticas y estrategias dirigidas al agresor para que éste, en primera instancia reconozca el carácter patológico de su comportamiento, luego admita que es necesario modificarlo, se informe acerca de la etiología del mal, identifique las causas y las ataque con los medios a su alcance, si el agresor reconoce que la enfermedad ya se ha presentado en su caso, corresponde recurrir a una estrategia de tratamiento psicológico, sin embargo reconociendo la existencia del problema, y luego identificando una alternativa de solución, es un inicio para tratar el problema.

También es importante identificar, si el agresor padece de alcoholismo y de otras drogodependencias, para que busque grupos de autoayuda que se han constituido en la sociedad, han sido un método eficaz y de menor costo. Con relación al tratamiento de las víctimas, aparte de la atención de los daños corporales, es indispensable la psicoterapia que le permita recuperar la confianza y la autovaloración perdida y desterrar la necesidad de venganza. También como en el caso de los codependientes (entorno familiar de los adictos), los grupos de autoayuda son eficaces.

2.2 Psicopatología

La psicopatología es el estudio científico del comportamiento anormal, que se fundamenta de los aportes de numerosas disciplinas, por lo que no se puede tomar como parte exclusiva de ninguna disciplina en particular, ya que son muchas áreas las que la enriquecen; tanto como las que hacen uso de sus aportes en diversas prácticas con el ser humano, las ciencias médicas, la psicología, las neurociencias, como la antropología entre otras disciplinas que se complementan, la ciencia psicopatológica busca, la comprensión de numerosos aspectos involucrados en los desórdenes del comportamiento. Esta ciencia unificada estudia, criterios que involucran aspectos funcionales, estructurales de la mente y el cerebro, el cuerpo humano y los resultados de dichos aspectos que se involucren en el comportamiento anormal.

Psicopatología se compone etimológicamente de dos palabras griegas, con un significado propio (*psyche*) que significa originalmente alma, pero que posteriormente ha pasado a ser sobreentendida como comportamiento, (*pathos*), enfermedad o desorden y (*logos*) que significa ciencia, conocimiento, tratado o saber, supone la presencia de un desorden aun antes de su comprobación, también como designación de la ciencia, que estudia los cambios de comportamiento, que no pueden explicarse en términos de naturaleza normal o aquello que se entiende como regularidad, lo que se entiende como cambios que no son originados ni por la madurez natural del individuo, por aprendizaje ni por maduración, desde cierta perspectiva más acercada al ámbito de la salud, se entiende como aquello no sano, de acuerdo a la perspectiva que se use, se puede o no usar el término enfermedad o desorden.

2.2.1 Descripción

Los desórdenes mentales han existido desde siempre, las descripciones de comportamientos anormales hasta las culturas mas antiguas, en el terreno de los hechos se puede decir que no existe cultura alguna que no haya tenido su propia definición, de lo que se considere normal o anormal en el comportamiento, por lo general en un primer momento, se consideraron aspectos mágico animistas, por lo que atribuían características sobrenaturales a las personas con determinado desorden para bien o para mal, y el shaman o sacerdote ostentaba el cargo de interpretar y tratar estos desordenes, se enfocaba en la religión, mística y magia, los tratamientos incluían rezos, baños, tomas de menjurjes y hierbas, los azotes, el hambre, la flagelación hasta el sacrificio por citar algunos de los métodos mas graves. En algunas épocas se consideraron a las personas con trastornos mentales, como endemoniados, castigados por los dioses, por una brujería, lo que conlleva un irrespeto a los principios humanos.

Los primeros intentos de una comprensión lógica de los desordenes mentales, no aparece hasta hace algo mas de dos mil años con los griegos, con personajes tales como Hipócrates quien se conoce como el padre de la medicina moderna, quien afirma que algunas enfermedades mentales tiene causas orgánicas, describe en sus apuntes numerosos desordenes ampliamente estudiados por la ciencia moderna, habla de las disfunciones fisiológicas, que tienen un origen somático y que no necesariamente es consecuencia de causas divinas como se supone hasta esas fechas.

Después aparecen Platón y Aristóteles, el primero con su teoría de los conflictos psicológicos y su dualidad espíritu – materia, Aristóteles negaba la causalidad de los desordenes mentales, al creer que la mente es un ente inmaterial, y por lo tanto insusceptible a sufrir cualquier clase de desordenes, fueron las ideas de Aristóteles, que contribuyó al tardío desarrollo de la psicopatología. Después de estas ideas, que

complementaron ciertos aspectos a estas teorías, se entra a lo que se llamó la edad media, cuando se presenta un grave retroceso en todas las áreas del saber, fruto de la edad media es la llamada inquisición, que no fue sino una obra de personas perturbadas por sus ideales religiosos, en contra de otras personas, muchas de las cuales eran víctimas de graves trastornos de orden biológico, psicológico o socioculturales, lo que no impidió que terminaran en la hoguera.

Las modernas ideas sobre psicopatología son recientes, en los tardíos 1700 con la revolución francesa, surge una nueva manera de tratar y manejar a las personas con desordenes mentales, por ese tiempo el médico Philippe Pinel desarrolla lo que llama tratamiento moral, que es un cambio de actitud hacia aquellos que sufren algún trastorno, y cómo tienen que ser tratados para su recuperación. De manera reciente surge un renovado interés, en los aspectos somato génicos de los desordenes, que fueron catalogados como trastornos mentales, kraepelin desarrolla su método de clasificación que aún se sigue usando y hace continuos avances al entendimiento de la psicopatología, surge un marcado interés por los aspectos físico – biológicos de los desordenes, mientras que otros creen en la psicogénesis de los problemas mentales, así comienzan a desarrollar aproximaciones separadas dependiendo de cada disciplina. Por lo general son estas dos principales visiones de somato génesis y psicogénesis, las que han dominado la visión de la mayoría de aproximaciones a la psicopatología científica. Las modernas neurociencias y todas las nuevas tecnologías que la ciencia moderna ha traído al campo de estudio, han hecho lo suyo al permitir explorar el cerebro, de una manera más eficaz, en busca de la etiología y desarrollo de los desórdenes mentales.

2.2.2 Anormalidad – normalidad

La psicopatología es la ciencia de los procesos o cambios anormales en el comportamiento y la mente, el término anormal o normal involucra algo más que solo una definición, ha de decirse que por lo general una definición adecuada sobre normalidad o anormalidad, no es algo sencillo como pudiera parecer, ya que ambos términos son por lo general muy variables y pueden cambiar su significado, atendiendo a muchos factores que pueden alterar su significado o comprensión de dichos aspectos.

Una definición general de lo anormal, sería solo la desviación de lo normal; y normal sería la clasificación o regla estándar que se da con cierta autoridad, por lo general se hace uso de la ética y la lógica para definir la normalidad en términos descriptivos. Los médicos han usado desde hace mucho el término anormal, para indicar cuando algo no anda bien en el cuerpo, pero en el aspecto mental no se puede tomar tan solo de esa manera.

Históricamente la psicopatología ha sido objeto cerrado, entre la psiquiatría y la psicología, pero en general se entiende como la ciencia de los desordenes mentales, en donde es difícil de considerar como normal y si no es posible saber que es lo que es normal, no se podrá saber que es anormal.

En término más ecléctico los orígenes de la psicopatología, es abordada desde los ámbitos principales como, la desviación de normas o comportamiento sociales aceptables, hasta una mal función del sistema fisiológico o anatómico en el cuerpo humano, dado que uno de los aspectos podría bien conducir hacia el otro y encontrarse en cierto punto en una sola vía.

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

Los trastornos psicológicos tienen causas fisiológicas, biológicas y genéticas, es decir desde una visión ampliamente física, psicopatología es; la manifestación de procesos desordenados en varios sistemas de la mente, que median en las funciones psicológicas. Es decir que estos desordenes son una ruptura en el equilibrio biológico, fisiológico o en ciertos casos a una herencia genética o de predisposición.

Los problemas psicológicos, son causados por la estructura misma de la mente, o en ciertos casos por la química predominante en el ámbito cerebral, la salud física y las anomalías biológicas, serían dos términos equivalentes y que funciona en conjunto, estos daños podrían eventualmente afectar ciertas actividades normales, también el consumo de sustancias ajenas al cuerpo, tales como drogas, o toxinas, la bioquímica de la mente se ve afectada por el consumo de alcohol, que es frecuente en muchas sociedades. El modelo biológico asume que varios comportamientos anormales, de personas con síndromes muestran síntomas de enfermedades específicas con causas discretas.

Aunque ciertas enfermedades mentales, pueden ser ocasionadas por el ataque de bacterias o agentes extraños en el cerebro, en ocasiones estas bacterias destruyen alguna clase de sistema biológico en el cerebro y al ser este tan organizado y complejo, origina una serie de reacciones psicopatológicas, lo mismo sucede con las alteraciones que las bacterias en su proliferación pueden presentar, la encefalitis es un claro ejemplo de este factor.

La salud mental y los factores biológicos están relacionados, ya que la salud mental depende del bienestar del organismo biológico, pero el modelo bio-psiquiátrico ha ido mas allá, hasta el punto de asimilar que un amplio rango de problemas psicológicos, tienen causas físico-biológicas, haciendo de los problemas psicológicos un indicador, de que algo anda mal con el sistema biológico. Este punto de vista que insiste en observar al ser humano, como una máquina biológica en que cada una de sus partes debe funcionar de manera correcta, por lo que de no ser así, se necesita observar la parte en cuestión desde una visión Físico.-biológica y realizar de la misma manera una intervención biológica para corregirlo.

También el aspecto genético ha sido tomado en cuenta, ya que ciertos problemas psicológicos son ocasionados por los genes, es decir son hereditarios, esto se ha visto mostrado en personas que heredan ciertos desordenes cómo; el síndrome de Down.

Se reconoce a las psicopatologías asociadas con la genética, como los desordenes de la herencia, enfermedades como el Alzheimer, que buscan su comprensión de la manera mas amplia posible y atendiendo a todos los factores, tanto determinantes como desencadenantes, la mayoría de desordenes psicopatológicos son causados por desordenes en el aspecto genético, no existe una cura definitiva, el tratamientos se centra en el manejo de la sintomatología, lo que en realidad no ataca las verdaderas bases de la enfermedad.

2.2.3.1 Principales trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos de los trastornos que se estudiaron y analizaron, los cuales fueron atendidos con frecuencia.

2.2.3.1.1 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo, llamados también trastornos afectivos, engloban aquellos estados en los que la persona se siente triste o deprimida, ello hace difícil el control de los sentimientos. El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría, es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo, que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos.

- Clasificación

I Depresión

La depresión es el trastorno psicológico más frecuente, y suele hacer daño a la persona que lo sufre y a sus familiares, afectando en todos los ámbitos de la vida y, en estados graves, puede llevar al suicidio, ya que es un trastorno psicológico, que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse, por lo tanto afecta al organismo total.

En la depresión se aprecia una forma de pensar negativa acerca de la propia persona, de los demás, del pasado y del futuro, así como del entorno que le rodea.

I.1 Síntomas

Estas manifestaciones no son consideradas importantes por el propio paciente o sus familiares, por lo que no acuden al médico y piensan que sólo pasan por una mala época, sin darle mayor importancia, éstas se van gestando en días o semanas. Incluso en los meses anteriores puede presentar síntomas como: ansiedad generalizada, crisis de angustia o fobias.

Algunos de los síntomas incluyen: sensaciones de desesperanza, insatisfacción o ansiedad, disminución o aumento del apetito, dificultad para dormir y múltiples despertares durante la noche, durante los cuales recuerdan sus problemas, o pueden dormir más de lo habitual, tener cansancio exagerado, inquietud, irritabilidad, cambios en las funciones psicomotrices, pérdida del interés, de energía y de la capacidad para el placer (incluyendo el sexo), sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración, encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeora su rendimiento escolar y laboral, y disminuye su motivación para emprender nuevos proyectos.

Las personas pueden comentar que se sienten tristes, desesperanzados, sumidos en la melancolía o inútiles, pero otros no, son conscientes de su estado de ánimo, aunque es notorio que se aíslan de la familia y de los amigos, abandonan actividades que antes disfrutaban. Sus pensamientos contienen tres elementos claves: se consideran insignificantes o que se merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren en el futuro.

I.2 Causas

La depresión es el resultado de la interacción entre, las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas, de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida. Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están: Las teorías biológicas que suponen que la causa de la depresión, se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

I.3 Efectos

Conlleva efectos destructivos en la vida emocional, pensamientos y la capacidad para disfrutar de la vida, afecta varias funciones del organismo, es decir que afecta la totalidad del ser de la persona, ya que sufren desde un resfriado, problemas de sueño, afecta todo el sistema inmunológico. Cuando éste trastorno es agudo, la vida de la persona corre peligro, ya que los pensamientos suicidas son resultado del pensamiento distorsionado y pesimista, al igual que del desinterés por la vida.

Las persona deprimidas secretan sustancias, que facilitan la formación de coágulos en las arterias, esto puede provocar, interrupciones del flujo sanguíneo al corazón y al cerebro, provocando infartos y derrames cerebrales, también pueden presentar problemas de osteoporosis, en el desarrollo de las capacidades cognitivas y de la memoria, y en el futuro la persona puede padecer de alzheimer. Ya que el cuerpo y la mente están conectados y lo que le afecte a uno tendrá consecuencias en el otro.

I.4 Tratamiento

Se debe diagnosticar la combinación de tratamiento antidepresivo y la terapia que emplea elementos cognoscitivos y conductuales, que pueden producir mejores efectos, llevados con los medicamentos antidepresivos: Los medicamentos que más frecuentemente se usan para trastornos depresivos son: los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, (ISRS), como la fluoxetina, la paroxetina, los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa), y a veces los medicamentos tricíclicos como la imipramina.

Los antidepresivos son, sustancias que actúan a nivel del sistema nervioso, cuya función es controlar la ansiedad, la depresión, la agresividad y la impulsividad, el tratamiento debe ser explicado al paciente y su familia, también se deben mencionar los efectos secundarios que pueden provocar, que por lo general son menos molestos que la enfermedad en si.

La terapia cognitivo – conductual con antidepresivos, ofrece mayores beneficios para los pacientes, especialmente de distimia (depresión crónica). Los pacientes depresivos tienen pensamientos displacenteros (angustiantes, negativos, autodestructivos) respecto a si mismos, al mundo que los rodea y respecto del futuro que les espera. Estos pensamientos no suelen ser totalmente conscientes y se producen en forma automática, sin intervención de la voluntad del paciente, por ellos se debe trabajar la terapia cognitivo – conductual, para cambiar los pensamientos negativos que tienen, como el estar deprimidas, se consideran desdichadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas y miran el futuro sin esperanza. La terapia cognitiva de la depresión intenta corregir estas distorsiones cognitivas.

II Trastorno distímico

El trastorno distímico, se da cuando los síntomas depresivos, suelen iniciarse de forma insidiosa en la infancia o la adolescencia y siguen una evolución intermitente o de baja intensidad a lo largo de muchos años o décadas; a veces el cuadro se complica con episodios de depresión mayor, dando lugar a una depresión doble. En la distimia las manifestaciones depresivas, se producen a nivel sub umbral, y se superponen en gran medida con la expresión de un temperamento depresivo: personas habitualmente tristes, pesimistas, ariscas o incapaces de estar bien, pasivas y letárgicas, introvertidas, escépticas, hipercríticas o quejasas; autocríticas, con reproches y desprecio hacia sí mismas, preocupadas fracasar y por acontecimientos negativos.

II.1 Síntomas

Los síntomas de este trastorno son estables, aunque pueden experimentar variaciones temporales en la gravedad de los mismos. Los pacientes con trastorno distímico, pueden ser a menudo sarcásticos, incrédulos, sórdidos, exigentes y quejarse constantemente; pueden mostrarse tensos, rígidos e incluso resistirse a la intervención terapéutica; pueden quejarse del mundo y de que son maltratados por sus familiares, hijos, padres, amigos, y por el sistema. Existen síntomas de un ánimo deprimido, caracterizado por sentimientos de tristeza y una disminución por el interés ante las actividades cotidianas, sólo que estos síntomas son menores a los del trastorno depresivo mayor. Se producen cambios en el apetito o en los patrones de sueño, presentan baja autoestima, pérdida de energía, sensación de cansancio constante, lentitud psicomotora, disminución del impulso sexual y preocupación obsesiva por asuntos de salud.

II.2 Causas

Podría estar relacionada con algunos cambios en el cerebro, que involucran una sustancia química que se llama; serotonina. La serotonina ayuda al cerebro a manejar las emociones y a emitir juicios. Es posible que otros problemas médicos y el estrés constante de la vida también desempeñen un papel que este afectando la salud de la persona, identificar si se tienen problemas de salud, como está durmiendo, si se siente cansado, muchas veces y si tiene problemas para concentrarse.

Las distímias guardan numerosas coincidencias evolutivas, familiares, biológicas e incluso, terapéuticas con las depresiones mayores.

II.3 Efectos

La distímia es heterogénea, y presenta problemas de personalidad, algunos aspectos biológicos sobre el trastorno distímico pueden ser, que se presentan en el trastorno del estado de ánimo; también problemas neurofisiológicos en las depresiones crónicas, otro aspecto es la latencia REM (tiempo transcurrido desde el inicio del sueño hasta el inicio de la fase de movimientos oculares rápidos). En sujetos normales este tiempo se sitúa alrededor de 90 minutos.

El desarrollo del trastorno distímico es el resultado de una personalidad y un desarrollo del ego “defectuosos“, que producen dificultades en la adaptación, a la adolescencia y al inicio de la edad madura, que es el principal mecanismo de defensa en la formación reactiva. La baja autoestima, la anhedonia y la introversión a menudo se asocian al carácter depresivo. También podría presentar disparidad entre situaciones actuales y fantaseadas, disminuye la autoestima, produce un sentimiento de indefensión.

II.4 Tratamiento

La combinación de terapia cognoscitiva o conductual y farmacoterapia, pueden ser el tratamiento más efectivo para este trastorno. Es importante que el paciente tome el medicamento exactamente como lo indique el médico. Si el antidepresivo ayuda a que paciente se sienta mejor, es posible que necesite tomar este medicamento durante varios años.

III Trastorno bipolar

Es una afección en la cual las personas alternan entre períodos de un estado de ánimo muy bueno o irritable y depresión. Se presentan fluctuaciones en el estado de ánimo, entre manía y depresión que pueden ser muy rápidas.

El trastorno bipolar o maníaco – depresivo, se caracteriza por estados de ánimo cambiantes entre dos polos opuestos, alternándose períodos maníacos (excesiva euforia) y depresivos.

Es un trastorno biomédico, caracterizado por episodios alternos de euforia excesiva (llamada fase maníaca) y depresión; la manía se manifiesta con síntomas graves de excitabilidad, habla alterada y efusiva, expresión emocional intensa, conductas irresponsables y peligrosas, grandes gastos de dinero, conductas de riesgo, estos comportamientos las personas lo presentan, durante una fase maníaca, en la fase depresiva, suelen tener los síntomas de una depresión grave, pudiendo haber ideación suicida.

III.1 Síntomas

Lentitud psicomotriz, hipersomnia y en casos extremos, el estupor del estado de ánimo dominante es la exaltación, pero la irritabilidad y el mal humor con franca hostilidad son recurrentes. Típicamente el paciente viste de forma extravagante y colorista, muestra una actitud autoritaria y una forma de hablar rápida e irrefrenable, tiende a creer que se encuentra en su mejor estado mental. La falta de conciencia y su desordenada capacidad de actividad le pueden conducir a un estado psicótico peligrosamente explosivo.

La actividad mental acelerada es vivida por el paciente como una carrera de pensamientos, que el médico observa como fugas de ideas, siendo difícil de diferenciar de la pérdida asociativa de la esquizofrenia. Los pacientes se distraen con facilidad y saltan constantemente de un tema a otro, el pensamiento y la acción son expansivos y pueden progresar, hacia una franca grandiosidad delirante, algunos pacientes creen que son asistidos por agentes exteriores, aunque en otras ocasiones hay alucinaciones auditivas y visuales.

Una forma habitual de presentación, consiste en un estado de ánimo disfóricamente excitado, llanto, sueño acortado, pensamientos acelerados, grandiosidad, inquietud psicomotriz, ideas suicidas, delirio persecutorio, alucinaciones auditivas, indecisión y confusión, los pacientes con trastorno bipolar, tienen un leve aumento de la mortalidad por causas cardiovasculares, que no se explica por la cardiotoxicidad del litio, ni de los antidepresivos tricíclicos y que tiende a ocurrir también en, familiares de primer grado sin episodios afectivos. Ese aumento puede asociarse a la existencia conjunta de hipertensión, diabetes o arteriopatía coronaria, agravándose con la dependencia de nicotina, distraerse fácilmente, poca necesidad de sueño, deficiente capacidad de discernimiento, control deficiente del temperamento, comportamientos imprudentes y falta de autocontrol.

III.2 Causas

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno, las personas con el trastorno bipolar, han tenido al menos un episodio completo de manía, con períodos de depresión grave. En el pasado, el trastorno bipolar tipo I se denominaba depresión maníaca.

Las personas con trastorno bipolar del tipo II, nunca han experimentado un episodio maníaco completo, en lugar de esto, experimentan períodos de niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos, como la manía (llamado hipomanía), dichos períodos alternan con episodios de depresión.

Una forma leve de trastorno bipolar, llamado ciclotimia implica fluctuaciones en el estado de ánimo menos intensas, las personas con éste trastorno alternan entre hipomanía y depresión leve. Es posible que las personas con trastorno bipolar tipo II o ciclotimia reciban un diagnóstico equivocado de depresión.

En la mayoría de las personas con trastorno bipolar, no hay una causa clara para los episodios maníacos o depresivos. Los siguientes factores pueden desencadenar, episodios maníacos en personas con trastorno bipolar:

- Cambios en la vida, como un parto.
- Medicamentos como, antidepresivos o esteroides.
- Períodos de insomnio.
- Consumo de drogas psicoactivas.

III.3 Efectos

Esta enfermedad es difícil, por ello se debe comunicar con los familiares y amigos, quienes deben conocer los riesgos de no tratar el trastorno bipolar. Tiene pensamientos sobre la muerte o el suicidio, está experimentando síntomas severos de depresión o manía. Los factores que predicen el cambio; son el comienzo precoz de la depresión (antes de los 25 años), la depresión postparto, los episodios frecuentes de depresión, la rápida mejoría del estado de ánimo con tratamientos somáticos y los antecedentes familiares durante tres generaciones consecutivas.

Entre episodios, los pacientes con trastorno bipolar muestran un estado de ánimo depresivo y un alto grado de energía; por otro lado, el bloqueo del funcionamiento de la persona a nivel social y de desarrollo es más corriente, los episodios son más cortos (de 3 a 6 meses), la edad de comienzo más temprana, durante el período hipomaniaco, el estado de ánimo se hace más alegre, disminuye la necesidad de dormir y la actividad psicomotriz se dispara más allá del nivel usual del paciente. Con frecuencia, los cambios son inducidos por factores circadianos (p. Ej., irse a la cama deprimido y despertarse temprano por la mañana en un estado hipomaniaco). Son características la hipersomnia y la ingestión alimentaria excesiva; pueden darse recidivas estacionales (p. Ej., en otoño o invierno); durante las fases depresivas, hay insomnio y pocas ganas de comer.

En algunas personas los períodos hipomaniacos son adaptativos, ya que se asocian a gran energía, sentimiento de confianza en sí mismo y funcionamiento social por encima de lo habitual, las personas experimentan una elevación placentera de su estado de ánimo, generalmente al final de una depresión, pero no informan de ello hasta que se les pregunta concretamente sobre el asunto.

III.4 Tratamiento

Este trastorno requiere tratamiento psicofarmacológico y atención médica de base y con seguimientos regulares. No obstante, el psicólogo puede jugar también un papel muy importante en este tipo de trastorno, orientando y dando información, técnicas y habilidades tanto al paciente, como a sus familiares.

Se puede usar terapia electroconvulsiva (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar, si no responde a los medicamentos. La terapia electroconvulsiva utiliza una corriente eléctrica, para causar una breve convulsión mientras el paciente se encuentra bajo el efecto de la anestesia. Esta terapia es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con medicamentos.

Los tratamientos familiares que combinan apoyo y educación acerca del trastorno bipolar (psicoeducación) pueden ayudar a las familias a enfrentar y reducir las probabilidades de retorno de los síntomas.

La fototerapia es una forma de tratamiento, relativamente nueva para pacientes con trastorno estacional o bipolar II (con depresión en otoño-invierno e hipomanía en primavera-verano).

La psicoterapia individual, puede ayudar a los pacientes, a enfrentar mejor los problemas de la vida cotidiana y adaptarse a su nueva situación. Los pacientes saben inconscientemente que su tendencia a perder periódicamente el control es costosa.

2.2.3.1.2 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente, junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad.

La ansiedad es un trastorno, que puede experimentar la mayoría de personas y que, en condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio. Su finalidad es la de movilizarse ante situaciones peligrosas, amenazantes o en las que se pone en juego algo importante de la vida, con el fin de aplicar estrategias necesarias para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Tiene de base la emoción de miedo, preparada en el organismo, ante situaciones que amenazan la integridad física, con el fin de ponerse a salvo.

Existen varios trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias, pero que comparten la reacción de ansiedad, que es vivida como una emoción negativa de temor intenso y acompañada de sensaciones físicas diversas.

- Clasificación

I Estrés post traumático

Es un trastorno de ansiedad que suele aparecer en personas que han sufrido un acontecimiento altamente peligroso y desagradable (traumático), que pone en juego la integridad física y/o psicológica de la persona, como víctima, o de alguien, si es un hecho observado. Tal suceso puede ser, entre otros: un accidente de tráfico, una

violación, abuso, agresión sexual, una agresión física, un atentado terrorista, un terremoto o un secuestro.

Las personas que lo sufren, suelen reexperimentar mentalmente lo sucedido, a través de pensamientos e imágenes mentales recurrentes y pesadillas relacionadas con el suceso, tienen altos niveles de ansiedad general, fácil sobresalto, depresión, y suelen evitar cualquier situación que les recuerde lo sucedido.

I.1 Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés posttraumático se clasifican en tres categorías principales, siendo las siguientes:

1. Reviviscencia, repetitiva del hecho; lo cual perturba las actividades diarias
 - Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
 - Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho.
 - Pesadillas repetitivas del hecho.
 - Reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

2. Evasión
 - "Insensibilidad" emocional o sentirse como si no le importara nada.
 - Sentirse despreocupado.
 - No poder recordar aspectos importantes del trauma.

- Falta de interés en las actividades normales.
- Mostrar menos expresión de estados de ánimo.
- Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.
- Sensación de tener un futuro incierto.

3. Excitación

- Dificultad para concentrarse.
- Sobresaltarse fácilmente.
- Tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto.
- Sentirse más alerta (hipervigilancia).
- Sentirse irritable o tener ataques de ira.
- Tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.

También se podría tener sentimientos de culpa acerca del hecho, incluyendo culpa del sobreviviente. Manifestando los siguientes síntomas; que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad
- Mareo
- Desmayo
- Sensación de latidos del corazón en el pecho
- Dolor de cabeza

I.2 Causas

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se desarrolla después de una experiencia aterradorante, que involucra daño físico o la amenaza de daño físico. La persona que desarrolla el TEPT puede ser aquella que fue afectada, el daño puede haberle sucedido a una persona querida, o la persona puede haber sido testigo/a de un evento traumático, que le sucedió a sus seres queridos o a desconocidos.

Las personas con TEPT pueden asustarse con facilidad, paralizarse a nivel emocional (especialmente en relación con personas cercanas a ellas), perder interés en las cosas que acostumbraban disfrutar, tener problemas para mostrarse afectuosas, ponerse irritables, más agresivas, o incluso violentas. Las personas evitan situaciones que les recuerdan el incidente original.

La mayoría de personas con TEPT, reviven múltiples veces el trauma en sus pensamientos, durante el día y en pesadillas al dormir. Esta experiencia se llama; escena retrospectiva. Las escenas retrospectivas pueden consistir en imágenes, sonidos, olores, o sensaciones, y con frecuencia son situaciones rutinarias las que las provocan, tales como un portazo o una explosión del escape de un automóvil en la calle. La persona que tiene una escena retrospectiva puede perder el contacto con la realidad y creer que el incidente traumático está volviendo a suceder.

I.3 Efectos

Las mujeres son más susceptibles, a desarrollar un TEPT que los hombres y hay alguna evidencia de que la susceptibilidad al trastorno puede ser hereditaria. Con frecuencia, el TEPT viene acompañado de depresión, abuso de sustancias, o síntomas de otros trastornos de ansiedad.

Los efectos del trastorno de estrés postraumático, pueden presentar factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés, afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios neurotransmisores.

No se sabe por qué, los hechos traumáticos causan trastorno de estrés postraumático en algunas personas, pero no en otras. Tener antecedentes de un trauma puede incrementar el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente.

I.4 Tratamiento

Puede ayudar a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, el asistir a un grupo de apoyo social, en donde las personas que han tenido experiencias similares, comparten sus sentimientos.

Cuando se identifica el trastorno de estrés postraumático, se podría aplicar la técnica de desensibilización:

- Este tratamiento ayuda a reducir los síntomas, estimulándolo a recordar el hecho traumático y expresar sus sentimientos al respecto.
- Con el tiempo, los recuerdos del evento deben volverse menos atemorizantes.

Las personas con trastorno de estrés postraumático, también pueden tener problemas con:

- El consumo excesivo de alcohol o drogas
- Depresión
- Problemas de salud conexos

En la mayoría de los casos, estos problemas se deben tratar antes de aplicar la terapia de desensibilización.

Los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, pueden ayudar a reducir la ansiedad y otros síntomas de este trastorno. Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), pueden ser efectivos para tratar el trastorno de estrés postraumático. Otros ansiolíticos y somníferos también pueden servir.

II Trastorno de pánico

El trastorno de pánico es una enfermedad real, que se puede tratar satisfactoriamente, se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración acelerada, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden, acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentirlas adormecidas, experimentan náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento, incluso al dormir, usualmente un ataque alcanza su máxima intensidad durante los primeros diez minutos, pero algunos síntomas pueden durar mucho más tiempo.

II.1 Síntomas

Una crisis o ataque de pánico comienza de repente, y con mucha frecuencia alcanza su punto máximo al cabo de 10 a 20 minutos.

Algunos síntomas pueden continuar durante una hora o más, un ataque de pánico se puede confundir con un ataque cardíaco, los ataques de pánico pueden incluir ansiedad, respecto a estar en una situación donde un escape pueda ser difícil (como estar en una multitud o viajando en un auto o autobús). Una persona con trastorno de pánico, a menudo vive con miedo de otro ataque y puede sentir temor de estar sola o lejos de la ayuda médica.

Las personas con trastorno de pánico, tienen por lo menos cuatro de los siguientes síntomas durante un ataque:

- Molestia o dolor torácico
- Mareo o desmayo
- Miedo a morir
- Miedo a perder el control o de muerte inminente
- Sensación de asfixia
- Sentimientos de separación
- Sentimientos de irrealidad
- Náuseas y malestar estomacal
- Entumecimiento u hormigueo en manos, pies o cara
- Palpitaciones, frecuencia cardíaca rápida o latidos cardíacos fuertes
- Sensación de dificultad para respirar o sofocación
- Sudoración, escalofrío o sofocos
- Temblor o estremecimiento

Los ataques de pánico pueden cambiar el comportamiento y desempeño en el hogar, el trabajo o la escuela. Las personas con este trastorno a menudo sienten, preocupación acerca de los efectos de los ataques de pánico.

II.2 Causas

La causa se desconoce, aunque los genes pueden jugar un papel importante, por ejemplo: si un gemelo idéntico presenta este trastorno, el otro gemelo también presentará la afección.

Sin embargo, el trastorno de pánico a menudo ocurre cuando no hay ningún antecedente familiar, el trastorno de pánico es dos veces más común, en las mujeres que en los hombres. Los síntomas por lo general comienzan antes de los 25 años de edad, pero pueden ocurrir hacia los 35 años. Aunque el trastorno de pánico se puede presentar en niños, no suele diagnosticarse hasta que son mayores.

II.3 Efectos

Las personas que presentan ataques de pánico repetidos y en su máxima expresión, pueden llegar a quedar muy discapacitadas por esta enfermedad, y deben buscar tratamiento antes de que comiencen a evitar lugares o situaciones, que les provoca un ataque de pánico, éste trastorno afecta tanto a las personas, que terminan evitando actividades normales, tales como: ir de compras, conducir un automóvil, se limitan a vivir en sus casas, pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza.

Las personas con trastorno de pánico, parecen tolerar con mayor dificultad situaciones, en las que se ven amenazadas sus relaciones interpersonales importantes. Suele existir el antecedente de un estilo familiar aprensivo y sobre protector. Además, al presentar crisis de pánico, produce gran inseguridad y dependencia, incluso en personas previamente muy bien adaptadas.

II.4 Tratamiento

El objetivo de la terapia es ayudarlo a desempeñarse bien durante la vida diaria. Una combinación de terapia cognitiva conductista (TCC) y medicamentos funciona mejor. Los antidepresivos llamados ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) son los medicamentos más comúnmente recetados para el trastorno de pánico y abarcan:

- Fluoxetina (Prozac)
- Sertralina (Zoloft)
- Paroxetina (Paxil)
- Otros ISRS

La terapia cognitiva conductual, le ayuda a entender el comportamiento y cómo cambiarlo, durante las terapias, el paciente aprenderá como:

- Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o los hechos de la vida.
- Reconocer y reemplazar los pensamientos, que causan pánico y disminuir la sensación de indefensión.
- Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas.
- Imaginar las cosas que causan la ansiedad, comenzando con la menos temida.
- Situarse en una actividad de la vida real para ayudarlo a superar sus miedos.

Lo siguiente también puede ayudar, a reducir el número o la gravedad de los ataques de pánico:

- Comer a horas regulares.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Dormir lo suficiente.
- Disminuir o evitar la cafeína, no consumir determinados medicamentos para los resfriados y los estimulantes.

III Trastorno fóbico

Existe un amplio espectro de las fobias conocidas como específicas, así se conoce al trastorno, cuando el miedo está desencadenado por un determinado factor fácilmente identificable. Esas fobias tienen nombres propios, tales como: la claustrofobia (miedo al encierro), la zoofobia (miedo a los animales), entre otros.

Otro tipo de fobia muy común es la fobia social, este trastorno es cuando la persona manifiesta un temor y ansiedad excesiva, ante situaciones que impliquen mostrarse o hablar en público.

La fobia social, también llamada; trastorno de ansiedad social, se diagnostica cuando la persona se siente abrumadoramente, ansiosa y excesivamente consciente de sí misma en situaciones sociales de la vida cotidiana. Las personas con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza.

III.1 Síntomas

Los síntomas físicos, que acompañan con frecuencia a la fobia social incluyen: enrojecimiento, transpiración intensa, temblor, náuseas, y dificultad para hablar, cuando estos síntomas ocurren, las personas con fobia social, sienten que todas las personas los están mirando.

Las fobias son miedos irracionales, intensos e incontrolables que algunas personas manifiestan en determinada situación o ante algún elemento en particular, aunque lleguen a darse cuenta de que no representa para ellos una amenaza real. Los síntomas son varios, para explicar por qué determinada persona padece de una u otra fobia, ya que no hay una relación, entre los antecedentes de un paciente y el desarrollo de un trastorno determinado.

Las fobias tienen síntomas específicos, tanto físicos como mentales, emocionalmente, las personas sentirán miedo a morir, pensaran que algo muy malo sucederá con su salud. Mientras que a nivel fisiológico, los más comunes son: una opresión o dolor en el pecho, temblor corporal, escalofríos o una sensación de hormigueo en las extremidades, náuseas o malestar estomacal, mareos, dificultad para respirar, ya que las personas tiene la sensación de que les falta el aire, siente que es taquicardia, también presentan una elevación de la frecuencia cardiaca.

III.2 Causas

Las causas de la aparición de una fobia no siempre están claras. La mayoría de ellas tiene su origen en la infancia, si bien no deben confundirse con los temores infantiles normales, que van superándose conforme madura el niño. Las fobias persisten en la edad adulta e incluso se pueden incrementar, aún cuando el paciente es consciente de que sus temores son, irracionales y sin fundamento.

Existe la posibilidad de un componente genético en las fobias (si un padre la padece, puede llegar a transmitírsela a sus hijos), pero los expertos no están de acuerdo en qué papel juega en estos casos la biología y cuánto corresponde a la crianza: es posible que la transmisión del miedo se deba a que el niño teme aquello, que ve que tanto afecta a sus padres.

Las alturas, los insectos rastreros, los aviones, los lugares cerrados, etc. Todos ellos pueden convertirse en detonadores de sensaciones abrumadoras y asfixiantes para las personas que les temen. Las fobias son, miedos irracionales a objetos específicos que desencadenan ciertas reacciones fisiológicas y mentales, así como conductas de evitación. Es un temor ante un peligro, pero para la supervivencia es natural; sin embargo, las fobias generalmente se presentan ante situaciones u objetos que no son un riesgo real para la integridad de la persona.

III.3 Efectos

Los individuos con fobia social pueden presentar, un temor permanente y excesivo a ofender a los demás en las situaciones sociales, en vez del habitual miedo a pasar apuros. Estos temores adquieren a veces la forma de una extrema ansiedad por el hecho de que el enrojecimiento, las miradas directas y los efluvios corporales puedan ser ofensivos para los demás.

En los niños las fobias sociales, pueden tomar forma de: llanto, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad, también es posible que exista una disminución de su participación en clase, negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad.

III.4 Tratamiento

La psicoterapia implica descubrir, cuál fue la causa de un trastorno de ansiedad y cómo manejar sus síntomas, es importante apoyar con una terapia cognitiva-conductual, la parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento, que dan lugar a sus temores y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar, la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Cuando las personas están listas para enfrentar los miedos, se les muestra cómo usar técnicas de exposición para desensibilizarse a las situaciones que provocan sus ansiedades.

A las personas con trastorno obsesivo compulsivo, que le tienen miedo a la suciedad y a los gérmenes, se les recomienda ensuciarse las manos y que esperen cada vez mayores periodos de tiempo antes de lavárselas.

2.2.3.1.3 Trastornos de alimentación

Los trastornos de la alimentación son problemas de conducta serios, que incluyen:

- Anorexia nerviosa: es cuando la persona adelgaza demasiado, pero no come lo suficiente porque se siente gorda
- Bulimia nerviosa: incluye períodos donde la persona, come continuamente y por ende consume purgas, y por lo regular se provoca vómitos o hace uso de laxantes.

Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres, de tener trastornos de alimentación, este trastorno suelen comenzar en la adolescencia y con frecuencia se presentan con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de drogas.

Los trastornos de la alimentación pueden causar problemas cardíacos y renales e incluso la muerte. Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades médicas, no se deben a una falla de la voluntad y afectan a 1 de cada 30 personas. Las personas ven altera la imagen corporal, la autoestima y la manera de pensar respecto de que significa sentirse y verse bien. La detección precoz y el tratamiento oportuno son de fundamental importancia, para prevenir las complicaciones de estas enfermedades.

- Clasificación

I Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa consiste en una pérdida voluntaria de peso y un intenso temor a engordar, los pacientes experimentan sentimientos de desagrado con su propio cuerpo, problemas para reconocer la sensación de hambre y saciedad, pueden sentirse hinchadas o tener náuseas después de haber comido muy poco.

I.1 Síntomas

Estos síntomas pueden producir en la persona, una serie de consecuencias emocionales, físicas y de comportamiento, estado de ánimo depresivo, pérdida de pelo, piel seca, hipotensión, baja temperatura, deshidratación, aislamiento social, irritabilidad, relaciones familiares alteradas.

Los principales síntomas de la anorexia son:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del mínimo normal para su estatura y edad, llegando en ocasiones a la delgadez extrema
- Miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo
- Sensación de estar gordo/a, o de que algunas partes de su cuerpo están gordas (nalgas, muslos, abdomen). Pueden estar realmente delgados/as y seguir viéndose gordos/as ante el espejo
- Amenorrea (retirada de la menstruación)
- Lanugo (aumento del vello)
- Ejercicio físico excesivo

- Conducta alimentaria extraña (comer de pie, cortar los alimentos en trozos pequeños, esparcirlos por el plato, revolver la comida o secarla para evitar la grasa)

Otros síntomas de anorexia pueden abarcar:

- Piel amarillenta o manchada que está reseca y cubierta con un fino vello
- Pensamiento confuso o lento, junto con mala memoria o capacidad de discernimiento
- Depresión
- Boca seca
- Sensibilidad extrema al frío (usar varias capas de ropa para permanecer caliente)
- Pérdida de la fortaleza ósea
- Atrofia muscular y pérdida de grasa corporal

I.2 Causas

Las mujeres son las que están más propensas, que los hombres en presentar síntomas de anorexia, siendo más común en niñas adolescentes y mujeres jóvenes. La persona afectada generalmente es consciente, de que su patrón de alimentación es anormal y puede experimentar miedo o culpa con los episodios de ingestión excesiva de alimento y purgas.

Se desconoce la causa exacta de la anorexia, pero los factores genéticos, psicológicos, traumáticos, familiares, sociales o culturales pueden jugar un papel importante.

I.3 Efectos

La anorexia es peligrosa y lleva a que se presenten complicaciones graves con el paso del tiempo. Por ejemplo, las posibles complicaciones abarcan:

- Estreñimiento
- Deshidratación
- Caries dentales
- Desequilibrios electrolíticos
- Hemorroides
- Pancreatitis
- Inflamación de la garganta
- Rupturas del esófago a causa del vómito excesivo

I.4 Tratamiento

Las personas con anorexia necesitan ser hospitalizadas, con frecuencia, se utiliza un método por pasos para los pacientes con anorexia. Este método de tratamiento depende de la gravedad de la anorexia y de la respuesta de la persona a los tratamientos:

- Los grupos de apoyo pueden servir para pacientes con estas afecciones.
- La terapia cognitivo conductual (TCC) y la nutricional, son los primeros tratamientos para la anorexia.
- Los antidepresivos, conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) se emplean.

Los pacientes pueden abandonar los programas, si tienen expectativas poco realistas de "curarse" con la terapia solamente.

II Bulimia

La bulimia es más frecuente en la adolescencia y la juventud, el papel de la familia es fundamental en la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad. No se debe limitar a observar los comportamientos de los adolescentes ante la comida. Es importante dejar que expresen los sentimientos negativos, para que así no lo tengan que hacer por medio de la comida.

También es fundamental, que la familia aprenda a valorarse por cualidades distintas al físico, como la empatía, generosidad, habilidades sociales y que desarrollen un sentido crítico de todo lo que rodea a los adolescentes.

II.1 Síntomas

La bulimia nerviosa se caracteriza por la realización de atracones recurrentes. El atracón consiste en la ingesta de una gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo. Para impedir ganar peso tras el atracón, la persona utiliza distintos mecanismos como la provocación del vómito, la utilización de laxantes y diuréticos, ayuno, y ejercicio excesivo.

Los síntomas más comunes de la bulimia son:

- Preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer, haciéndolo de forma voraz en un corto periodo de tiempo y generalmente a escondidas

- Peso normal o ligero sobrepeso
- Vómitos autoprovocados
- Menstruación irregular
- Abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos

Las personas con bulimia, limitan la cantidad de alimento que comen, o comen y luego se provocan el vómito. Otros comportamientos abarcan:

- Cortar el alimento en pedazos pequeños o moverlos alrededor del plato en lugar de comérselos.
- Hacer ejercicio a toda hora, incluso cuando hay mal tiempo, están lastimadas o están muy ocupadas.
- Ir al baño inmediatamente después de las comidas.
- Negarse a comer en torno a otras personas.
- Usar pastillas que las hagan orinar (diuréticos), tener deposiciones (enemas o laxantes) o que disminuyan su apetito (pastillas para adelgazar).

II.2 Causas

No se conocen las causas exactas, aunque las actitudes sociales que promueven tipos de cuerpos muy delgados también pueden contribuir, o bien los conflictos dentro de una familia contribuyan a éste u otros trastornos alimentarios.

Los factores de riesgo que predisponen a padecer bulimia abarcan:

- Estar más preocupado o prestarle más atención al peso y la figura
- Tener un trastorno de ansiedad en la niñez

- Tener una imagen negativa de sí mismo
- Tener problemas alimentarios durante la lactancia o la primera infancia
- Tener ciertas ideas culturales o sociales respecto de la salud y la belleza
- Tratar de ser perfeccionista o demasiado centrado en reglas

La bulimia generalmente comienza durante los años de adolescencia o a principios de la edad adulta y es más común en mujeres, aunque también se puede ver en hombres. El trastorno se observa principalmente en mujeres de alto rendimiento académico y que tienen familia o personalidad orientada hacia el logro de metas.

II.3 Efectos

Es un trastorno alimentario, que lleva a que las personas pierdan más peso de lo que se considera saludable para su edad y estatura. Las personas con este trastorno pueden tener un miedo intenso a aumentar de peso, incluso cuando están con peso insuficiente, es posible que hagan dietas o ejercicio en forma excesiva o que utilicen otros métodos para bajar de peso.

El manejo del peso puede ser difícil y es posible que sea a largo plazo, así como el permanecer con un peso saludable, estas complicaciones pueden abarcar:

- Debilitamiento óseo
- Disminución en los glóbulos blancos, que lleva al aumento del riesgo de infección
- Niveles bajos de potasio en la sangre, lo cual puede causar ritmos cardíacos peligrosos
- Deshidratación grave

- Desnutrición grave
- Convulsiones debido a la pérdida de líquido por la diarrea o el vómito repetitivos
- Problemas de la glándula tiroides
- Caries dental

II.4 Tratamiento

El mayor desafío en el tratamiento de la bulimia, es ayudar a la persona a reconocer que tiene una enfermedad. La mayoría de quienes presenta éste tipo de trastorno lo niega y, con frecuencia, ingresa al tratamiento sólo cuando su afección es grave.

Entre los objetivos del tratamiento están: El primer paso restaurar el peso corporal normal y los hábitos alimentarios. Un aumento de peso de 1 a 3 libras por semana, se considera una meta segura, se han diseñado muchos programas diferentes para tratar la bulimia, algunas veces, la persona puede aumentar de peso:

- Incrementando la actividad social.
- Disminuyendo la cantidad de actividad física.
- Usando horarios para comer.

El tratamiento a menudo es muy arduo y requiere un trabajo intenso por parte de los pacientes y sus familias. Es posible que se ensayen muchas terapias, hasta que el paciente logre vencer este trastorno.

Se utilizan diferentes tipos de psicoterapia para tratar a las personas con bulimia:

- La terapia individual cognitiva conductista, la terapia de grupo y la terapia de familia han sido efectivas.
- El objetivo de la terapia, es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano.
- Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera, la familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.
- Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento, en estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.
- Los medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, pueden ayudar a algunos pacientes.

2.2.3.1.4 Trastornos del sueño

Son problemas que se presentan para dormir e incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño o conductas anormales durante el sueño.

- Clasificación

I Somnolencia

La somnolencia se refiere a sentirse anormalmente soñoliento durante el día. Las personas que son soñolientas pueden quedarse dormidas en situaciones o momentos inapropiados.

I.1 Síntomas

La somnolencia excesiva durante el día (sin una causa conocida), puede ser un signo de un trastorno importante del sueño y es diferente de la fatiga, aunque la depresión, la ansiedad, el estrés y el aburrimiento pueden contribuir a una somnolencia excesiva, estas afecciones causan en particular más fatiga y apatía.

I.2 Causas

El insomnio incluye dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido. Los episodios pueden aparecer y desaparecer, dura entre 2 y 3 semanas (a corto plazo) o ser duraderos (crónicos).

El insomnio puede deberse a:

- Envejecimiento
- Alcoholismo o suspensión abrupta del alcohol después de un largo período de consumo
- Ansiedad
- La cama o el cuarto que no favorece el hecho de dormir
- Depresión
- Enfermedades tales como agrandamiento de la próstata, cistitis, artritis, acidez gástrica y problemas cardíacos o pulmonares
- Alegría o excitación
- Micción frecuente
- Angustia
- Drogas psicoactivas, como anfetaminas y cocaína

- Desajuste de horario
- Falta de exposición a la luz brillante o a la luz del sol
- Medicamentos, como demasiada medicina para la tiroides, efedrina, fenilpropanolamina, derivados de la teofilina y otros
- Actividad excesiva de la tiroides
- Síndrome de las piernas inquietas
- Trabajos por turnos
- Dormir demasiado durante el día
- Estimulantes tomados durante la noche como: nicotina, alcohol, cafeína o alimentos
- Estrés y preocupaciones
- Suspensión repentina de medicamentos (como sedantes o pastillas para dormir)
- Exceso de estimulación a la hora de acostarse
- Alteraciones en el patrón de sueño y vigilia
- Dolor crónico
- Diabetes
- Tener que trabajar muchas horas o turnos diferentes (noches, fines de semana)
- Medicamentos (tranquilizantes, somníferos, antihistamínicos)
- No dormir el tiempo suficiente
- Trastornos del sueño (tales como el síndrome de la apnea del sueño y la narcolepsia)
- Demasiado calcio en la sangre (hipercalcemia)
- Baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)

I.3 Efectos

La somnolencia puede provocar: fatiga, depresión, ansiedad, aburrimiento, estrés, entre otros. Las personas con somnolencia excesiva, se sienten cansadas durante el día. Los síntomas que no son ocasionados por la falta de sueño o por sueño interrumpido se denominan hipersomnio, el insomnio puede causar:

- Ojeras
- Desorientación
- Fatiga
- Irritabilidad
- Cambios en la postura
- Reducción en los niveles de energía
- Afecciones médicas tales como: la fibromialgia y bajo funcionamiento de la tiroides
- Mononucleosis y otras enfermedades virales
- Narcolepsia y otros trastornos del sueño
- Obesidad

I.4 Tratamiento

El uso de medicamentos para tratar el insomnio puede servir en ciertas situaciones, pero hay riesgos potenciales. Los antihistamínicos (el ingrediente principal en las pastillas para dormir de venta libre) pueden llevar a dependencia, tolerancia y con el tiempo pueden afectar la memoria.

Los sedantes se deben utilizar bajo el cuidado cercano de un médico, debido a que también pueden causar tolerancia o dependencia. La suspensión de estos medicamentos puede causar insomnio de rebote y síndrome de abstinencia.

Una consulta con un psiquiatra u otro profesional en salud mental, puede servir para evaluar los trastornos que pueden llevar al insomnio. La asesoría puede ayudar con las pesadillas y los sueños que interfieren con el hecho de dormir.

Algunos antidepresivos como Trazadona se pueden usar a la hora de acostarse, porque inducen el sueño. Si el insomnio es causado por depresión, el tratamiento apropiado de esta afección con la terapia o los medicamentos apropiados debe resolver el problema.

II Terror nocturno

Los terrores nocturnos (terrores al dormir), son trastornos del sueño en los cuales una persona se despierta rápidamente de su sueño en un estado aterrorizado.

II.1 Síntomas

Los terrores nocturnos, son más comunes durante el primer tercio de la noche, con frecuencia entre medianoche y 2 de la mañana.

- Las personas gritan con frecuencia y están muy asustadas y confundidas.
- Al despertarse golpean violentamente a su alrededor y con frecuencia no están conscientes de su entorno.
- La persona puede estar sudando, respirando muy rápido (hiperventilación), tener una frecuencia cardíaca rápida y pupilas dilatadas.

- El episodio puede durar de 10 a 20 minutos y luego la persona se vuelve a dormir.

La mayoría de las personas no son capaces de explicar, en la mañana lo que les sucedió en la noche, no hay ningún recuerdo del evento cuando se despiertan.

II.2 Causas

Se desconoce la causa, pero los terrores nocturnos pueden desencadenarse por:

- Fiebre
- Falta de sueño
- Períodos de tensión emocional, estrés o conflictos

Se presenta especialmente cuando hay tensión emocional o consumo de alcohol, o bien puede ocurrir después de ver alguna películas o programas de televisión de terror o se debe a una experiencia emocional.

III.3 Efectos

El terror nocturno puede reducirse, disminuyendo el nivel de estrés o utilizando mecanismos de adaptación, cuando no es tratado puede provocar pesadilla, los terrores nocturnos ocasionan lesiones en lo físico y emocional, afectando también a las personas que están en el entorno.

III.4 Tratamiento

En muchos casos, las personas que experimentan terrores nocturnos sólo necesitan consuelo, reducir el estrés o usar mecanismos de afrontamiento. La psicoterapia o la asesoría pueden ser necesarias en algunos casos. Las benzodiazepinas (como el diazepam), tomadas a la hora de dormir, a menudo reducirán los terrores nocturnos; sin embargo, rara vez se emplean para tratar este trastorno.

III Narcolepsia

La narcolepsia es una alteración poco frecuente del sueño, que se caracteriza por crisis recidivantes de sueño durante las horas normales de vigilia y también de cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones.

III.1 Síntomas

Los síntomas suelen iniciarse en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, sin que exista enfermedad previa, y persisten durante toda la vida. Una persona con narcolepsia puede tener una crisis de sueño en cualquier momento y el deseo de dormir sólo podrá resistirlo temporalmente. La persona despierta del sueño narcoléptico, con igual facilidad que del sueño normal. Pueden producirse una o varias crisis al día y es habitual, que en cada una de ellas se prolongue durante una hora o menos. Es más probable que las crisis, se presenten en situaciones monótonas como las reuniones aburridas o la conducción prolongada por autopistas. La persona puede sentirse bien al despertarse y, sin embargo, puede volver a dormirse a los pocos minutos.

III.2 Causa

Se desconoce la causa, pero el trastorno suele presentarse en personas con antecedentes familiares, lo que sugiere una predisposición genética. Aunque la narcolepsia no tenga consecuencias graves para la salud, puede producir un sentimiento de temor y aumentar el riesgo de accidentes.

III.3 Efectos

Los efectos de narcolepsia puede manifestar una parálisis momentánea, sin pérdida de la consciencia (un trastorno denominado cataplejía) en respuesta a reacciones emocionales bruscas, como sentimientos de enfado, temor, alegría, gozo, o sorpresa. Dicha persona puede experimentar una debilidad en las extremidades, puede soltar lo que esté sosteniendo en las manos o puede caerse. También pueden producirse episodios esporádicos de parálisis del sueño en los que, al quedarse dormida o inmediatamente después de despertarse, la persona quiere moverse pero es incapaz de hacerlo. Estos episodios suelen asociarse a un gran sentimiento de terror, en ocasiones pueden producir alucinaciones vívidas, en donde la persona tiene ilusiones visuales o auditivas, al inicio del sueño o, con menor frecuencia, al despertar, estas alucinaciones son semejantes a las de los sueños normales, pero más intensas.

III.4 Tratamiento

Para el alivio de la narcolepsia, pueden ser útiles los fármacos estimulantes como efedrina, anfetaminas, dextroanfetamina y metilfenidato, es necesario un ajuste de la dosis para prevenir los efectos secundarios como: sacudidas, hiperactividad o pérdida de peso. Los médicos o psiquiatras deben controlar cuidadosamente a los pacientes cuando se inicia el tratamiento farmacológico.

2.3 Psicodiagnóstico

Se denomina psicodiagnóstico, a la evaluación completa el estado mental de una persona, por lo general con el propósito de explicar un determinado padecimiento y determinar la forma adecuada de tratarla, se podría decir que el psicodiagnóstico evalúa la mente, para comprender las dificultades que pueden tener factores biológicos y sociales.

El psicodiagnóstico, constituye el paso inicial para encarar con éxito un tratamiento, una buena evaluación parte de una visión integral de la persona, e implica necesariamente que las técnicas que se utilizan estén actualizadas y especializadas, se basa en un conjunto de pruebas psicológicas, acompañadas de entrevistas, en donde se obtiene información relevante para poder entregar finalmente un reporte con el diagnóstico de las áreas evaluadas de la persona, que puede ser un niño, adolescentes o adultos.

El psicodiagnóstico brinda un informe psicológico detallado, para quienes desean conocer a profundidad la dinámica psicológica y las características de personalidad de la persona. Este servicio es requerido desde diversos ámbitos (familiar, educativo, profesional, forense, laboral, entre otros) y consiste en un proceso que implica, la concreción de entrevistas y una serie de test que darán la información necesaria para llegar al informe final.

El psicodiagnóstico brinda información sobre la conducta general de la persona, los recursos adaptativos, formas de interacción con los demás, aspectos intelectuales y afectivos, por lo general posee una finalidad específica; también se hace uso de distintas técnicas que conforman una batería de test, para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección para seguir el tratamiento completo.

2.3.1 Antecedentes

Desde hace un siglo se han realizado psicodiagnóstico, en los años sesenta cuando nace la psicoterapia humanista, en la que se propone la consideración global, holística de la persona, basándose en la acentuación de sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad). A partir de esta fecha se considero a cada ser humano como único, quien crece haciendo una serie de ajustes creativos al entorno, también único en el cual se desenvuelve.

Pero a lo largo del último siglo las diferentes escuelas de psicología, han proporcionado técnicas de psicodiagnóstico, con la finalidad de conseguir que la psicología sea considerada, una ciencia tan fiable como las matemáticas o la física.

La rama de la psicología que inicia en resolver el problema del psicodiagnóstico es la psicometría. Ésta engloba la teoría y la construcción de pruebas, test y otros procedimientos de medición válidos y confiables. Incluye la elaboración y aplicación de procedimientos estadísticos que permitan determinar si una prueba o test es válido, o no para la medición de una variable o conducta psicológica previamente definida.

Inevitablemente un problema surge en la persecución de la cuantificación de aspectos psicológicos como objetivo. La psique humana es el resultado de una serie de ajustes, fruto de una gran inteligencia e intuición con la que todos nacen. Estos ajustes personales e individuales, no pueden predecirse ni cuantificarse, se trata de una adaptación al entorno de cada persona, fuera del alcance de las estadísticas y las generalizaciones.

2.3.2 Tipos de psicodiagnóstico

Al realizar un psicodiagnóstico en adultos o en niños, se debe tener en cuenta que cada momento del niño es diferente, su mundo emocional es muy cambiante y de una gran influencia en su forma de actuar y en las funciones cognitivas (memoria, atención, etc.).

El psicodiagnóstico en pacientes adolescentes, es un proceso dificultoso y de gran controversia, ya que los adolescentes se encuentran en una etapa de su vida de búsqueda de identidad, de crisis, caos y confusión, estas variantes las viven a nivel interno, pero el reflejo de estas angustias lo hacen a nivel exterior de muchas maneras, entre las expresiones están: las conductas peligrosas, bajo rendimiento escolar, problemas de noviazgo, que podrían ser propias de una psicopatología grave en personalidades cristalizadas. El profesional debe comprender, que a pesar de ser una edad de cambios, también es una puerta de entrada a nuevos recursos, cambios y posibilidades, es una etapa de mayor flexibilidad, que la edad adulta.

Se realizan distintos tipos de psicodiagnóstico, de acuerdo a lo que la persona requiera o demande la situación, para ello es importante considerar el tiempo a emplear, la cantidad y estilo de test aplicados y el informe psicológico final varía, ya que se consideran requerimientos específicos.

2.3.3 Técnicas utilizadas en psicodiagnóstico

Las técnicas de psicodiagnóstico, deben tener análisis transaccional, ya que en el psicodiagnóstico se incluyen, una serie de técnicas y procedimientos encaminados a detectar características psicológicas de la persona o colectividad.

En las técnicas utilizadas, existe una clasificación, que es la siguiente:

1. Estudio del contexto cultural de la persona
2. Registros físicos como: constitución corporal, regulación hormonal y datos hereditarios
3. Registros sociales como: trabajo, frecuencia de aparición de determinada conducta
4. Registros personales tales como: biografías, diarios íntimos, y correspondencia personal
5. Movimientos expresivos, en los que se contabilizan las primeras impresiones y los rasgos grafológicos
6. Las escalas de evaluación
7. Utilización de test tipificados de distintas modalidades
8. Análisis en profundidad de la conducta con la utilización de asociaciones libres y análisis de sueños
9. Técnicas de autclasificación de la persona, con relación a determinados tipos ideales deducidos por análisis lógico o literario

La aplicación de tests, por la validez se agrupan en:

- a. Pruebas proyectivas. Consisten en presentar a la persona, una serie de estímulos no estructurados (manchas de tinta, relatos inconclusos, frases incompletas), para que él los organice de acuerdo con sus modos peculiares de categorización y conducta ante lo real, aludiendo a que en la realización de la prueba el sujeto proyecta los principales rasgos de personalidad. Las pruebas proyectivas más utilizadas han sido: la prueba de Rorschach y el Test de Apercepción Temática (TAT) de H. Murray.

- b. Técnicas subjetivas. En este grupo se incluyen, aquellas cuyas normas de calificación son objetivas pero no se encuentran tipificadas y cuyos resultados no alcanzan un nivel de generalización satisfactorio. La más usada es la entrevista, bien sea tipificada, estructurada según ciertas normas, o libre., C. Rogers, partidario y creador de la terapia no directiva, defiende la postura fenomenológica y reinterpreta los datos en función de la búsqueda de la autorrealización de la persona, pretendiendo conseguir la confluencia entre el yo real y el yo ideal.
- c. Técnicas objetivas. Se trata en este caso, de la realización de ciertas pruebas que simulan situaciones reales, y que son susceptibles de normalización y tratamiento cuantitativo. Algunas de estas técnicas se utilizan, desde que se crearon los primeros laboratorios de psicología experimental; se refieren a las medidas encaminadas a encontrar los diferentes tiempos de reacción de los sujetos y que han servido incluso para caracterizar algunos cuadros clínicos. Otras han registrado físicamente algunas medidas de emocionalidad, como el detector de mentiras que, utilizando la respuesta psicogalvánica, aislaba qué palabras o frases tenían repercusión en la emocionalidad de la persona y podrían servir de orientación para el fin perseguido. Pertenecen también a las técnicas objetivas los experimentos de laboratorio sobre solución de problemas, que controlan las estrategias de las personas cuando se enfrentan a una tarea.
- d. Test psicométricos, inventarios y cuestionarios. Son llamadas tradicionalmente pruebas de «papel y lápiz». Los test psicológicos son unas técnicas, de medida que pretenden determinar el nivel de realización de un individuo en relación con las normas del grupo al que pertenece. Sus rasgos diferenciales estriban en su generalidad y en la utilización de los métodos psicométricos de tipificación y normalización. Los test psicométricos se han utilizado sobre todo para el diagnóstico de la inteligencia. Estos test de inteligencia están basados en el

concepto de cociente de inteligencia, para precisar la edad mental. El cociente de inteligencia o intelectual resulta de dividir la edad mental nivel medio que alcanzan los individuos en los test por la edad cronológica, y multiplicar el resultado por 100. El cociente intelectual considerado como normal oscila entre 90 y 110. A partir de ahí empieza la inteligencia alta, hasta el nivel aproximado de 160, que ya es considerado propio de personas geniales. Por debajo de 100 se encuentra la inteligencia baja, y hacia los 80 roza la subnormalidad; hacia los 50 se considera retraso mental.

Una última técnica que se basan en la observación y registro de la actividad humana. Permite una posterior manipulación y control de los datos obtenidos, en la utilización de las llamadas «escalas de conducta». Entran así, en el campo de la experimentación los procesos psicológicos superiores y conductas complejas dentro de los límites que impone la existencia de la libertad humana. Frente al movimiento de tests, las modernas técnicas de observación permiten un análisis mucho más flexible y pormenorizado de las respuestas relevantes en una situación de psicodiagnóstico.

2.3.3.1 Entrevista psicológica

La entrevista reviste especial consideración y una importancia ampliamente reconocida en el proceso del psicodiagnóstico. Es la técnica que más se usa y por la naturaleza de información que aporta es insustituible e indispensable para el psicólogo.

Es la conversación/relación interpersonal entre 2 o más personas, con unos objetivos determinados, en la que se solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia de roles, estos roles marcan una relación asimétrica, ya que uno es experto y el otro necesita ayuda.

Características específicas: (previa al diagnóstico; conversación con una finalidad; espacio y tiempo limitados; petición de ayuda; roles específicos; interacción recíproca; flexibilidad; modelo de trabajo; objetivos y funciones diversas.)

- ✓ Es una técnica previa al diagnóstico e intervención, es imprescindible en el proceso por la cantidad de información, que se puede recolectar con la apertura de la persona o sus familiares.
- ✓ La entrevista es una conversación, en donde la finalidad debe centrarse en la identificación de las demandas de la persona, los problemas y sentimientos, en donde se analizan tanto los elementos verbales y no verbales, elaborando hipótesis sobre la consulta, para después proponer la estrategia de resolución y dar respuesta.
- ✓ Es el punto de partida de una relación interpersonal, donde en común, se limitan y orientan las demandas, es una relación que se inicia con desconocimiento mutuo por lo que se necesitan estrategias de acercamiento, para saber como ayudar, a la persona en resolver el conflicto, sufrimiento, no es solo buscar datos sino también como percibe la persona el malestar.

2.3.3.1.1. Funciones de la entrevista

- ❖ Función motivadora: estimula y posibilita el cambio
- ❖ Función clasificadora: al nombrar, clasificar ordenar y buscarles la razón de ser a los problemas, se permite que clarifique la demanda.
- ❖ Función terapéutica: al verbalizar lo que preocupa y al ofrecer alternativas y estrategias de cambio, aporta puntos de vista diferentes que modifican la cognición e indirectamente la conducta.

2.3.3.1.2 Tipos de entrevista

No es una técnica unívoca aprendida y aplicada independientemente del nivel de estructuración, objetivos o contexto. Las entrevistas varían en función de las variantes que la configuran.

- a) Por el grado de estructuración
 - Estructurada: Hay un guión establecido y generalmente estandarizado para formular preguntas, también existen las mecanizadas y los cuestionarios guiados por el entrevistador.
 - Semiestructurada: En este formato hay un guión previo con cierto grado de libertad para preguntar.
 - Libre: Es cuando se permite hablar, en función de las necesidades formulando preguntas abiertas que promueven una conversación.

- b) Por la finalidad
 - Entrevista diagnóstica: está orientada a un diagnóstico ante un problema que se consulta.
 - Entrevista consultiva: el objetivo prioritario es responder a una pregunta, en un tema específico con una finalidad concreta y donde no se sigue un trabajo clínico.
 - Entrevista de orientación vocacional: orientar que estudios /trabajo elegir según las capacidades, intereses y valores de la persona.
 - Entrevista terapéuticas y de consejo: La finalidad es operar un cambio, en una dirección acordada por ambos. Tiene objetivos, estrategias y temática definidas.

- Entrevista de investigación: para determinar la adscripción o no de una persona a la investigación (definición del caso), conocer, comprobar, confirmar y abrir vías de conocimiento psicológicos.

La entrevista se encuadra en un proceso temporal en diferentes momentos y objetivos, que son:

- ❖ Entrevista inicial: Es la primera fase del proceso y que abre la relación, identifica el objeto y objetivos, encuadrando la interacción, reúne las características a examinar.
- ❖ Entrevista de información complementaria: Para conocer datos más completos de la persona con entrevistas a familiares, compañeros, profesionales.
- ❖ Entrevista biográfica o anamnesis: Recorren los hitos evolutivos, del desarrollo temprano, maduración y autonomía en un esquema ordenado cronológicamente. En la evaluación infanto-juvenil, es imprescindible para el diagnóstico y permite la valoración de la vivencia de los padres ante el desarrollo del hijo.
- ❖ Entrevista de alta clínica: Objetivo, despedir física y administrativamente a la persona y cerrar el caso.
- ❖ Entrevista de devolución: Ofrece información elaborada del diagnóstico, pronóstico, y estrategias planteadas. Debe haber comprensión del problema, motivación para el cambio, y aceptación de las estrategias.

Se debe considerar la entrevista, en función de la edad del entrevistado.

- Entrevista a niños y adolescentes: ésta es una categoría muy amplia que generalmente no se requiere de ayuda, sino que demanda de los adultos, ser parte de la solución y no el problema. Las capacidades del niño obligan a una

adaptación muy personalizada del caso, más que en adultos. El conocimiento evolutivo y experiencia profesional del terapeuta son imprescindibles.

- Entrevista a adultos: (mayoría edad – vejez), los problemas dependen en parte de la evaluación, la importancia de la pareja y relaciones sexuales, etapa de crianza, dificultades de la adolescencia, limitaciones físico/psicológicas, laborales o eventos en la vida que son diferentes según la persona y el momento o etapa en que ocurren.
- Entrevista a ancianos o personas con deterioro: requieren entrenamiento específico, en cuanto al tipo de lenguaje, modo de preguntar, objetivos del cambio, los problemas por lo regular son de apoyos económicos, sociales y emocionales con los que cuentan.

2.3.3.1.3 Objetivos de la entrevista

Los objetivos de la entrevista inicial, varían según el modelo teórico, pero existe acuerdos en relación a:

1. Guiar la entrevista al objetivo establecido
2. Establecer un buen *rapport* (clima de confianza para propiciar la comunicación)
3. Percibir al paciente en su totalidad tal y como es, según las conductas verbales y no verbales y su grado de coherencia.
4. Contener la angustia
5. Conocer los antecedentes y consecuentes del mismo
6. Conocer las tentativas de solución y sus resultados
7. Estimular la expresión verbal, con preguntas adecuadas para obtener la información y datos necesarios (y escuchar sin interrumpir más que hablar o preguntar) e interesarse por lo que cuenta y como lo cuenta

8. Definición operativa del problema, captando lo que se solicita, para integrar datos y darles sentido

2.3.3.1.4 Etapas de la entrevista

La entrevista inicial tiene una secuencia temporal encuadrada, en un contexto mayor del proceso, esta secuencia tiene sus etapas bien delimitadas, en donde los profesionales no reciben a la persona directamente, ya que por lo regular se tiene una asistente, quien le da la bienvenida a la consulta, anotando el motivo de consulta y recoge datos oportunos. Después se llama al paciente para precisar fecha y hora de consulta, de tal manera que cuando llegue a la consulta el psicólogo, ya sepa de forma breve quien solicita ayuda y por qué.

Primera fase: Mutuo conocimiento

Tres aspectos básicos: contacto físico, saludos sociales y tentativas de conocimiento mutuo, se abre la entrevista clarificando los objetivos, tiempo a invertir y discernimientos de la demanda.

Segunda fase: Exploración e identificación del problema

Es el cuerpo de la entrevista donde la persona explica su demanda, formula un problema y solicita ayuda y el profesional deberá analizar las demandas, quejas y metas. El psicólogo debe escuchar, observar y preguntar adecuadamente para abordar el problema.

Tercera fase: Despedida

Encuadre o plan de trabajo, nueva cita y despedida física; en esta fase final o cierre de la entrevista es donde se despide al paciente, pero también es conveniente clarificar el modo de trabajo en la próxima sesión, horario, duración, frecuencia, coste económico, si ya se ha hecho antes, ahora debe recordársele, se concreta una nueva fecha de sesión y tras eso, levantarse y despedirse.

2.3.3.2 Observación

La observación es una parte fundamental en la práctica del profesional, y forma parte del proceso de entrevista, es de utilidad en la recolección de datos del paciente, los registros de observación sistemática deben reunir varias condiciones, entre ellas está la validez (que es útil para predecir futuros comportamientos). Para lograr la validez, de la observación es importante desarrollar la metodología que permita observar, registrar y tratar a un solo organismo para encontrar la regularidad, repetitividad y el orden en las relaciones entre el medio ambiente y la persona.

La observación es la inspección y estudio realizado por el profesional, mediante el empleo de sus propios sentidos, se considera que la observación juega un papel muy importante en el proceso de la entrevista ya que proporciona elementos fundamentales.

Cuando la observación se emplea como instrumento, para recopilar datos hay que tomar en cuenta algunas consideraciones de rigor. En primer lugar como método para recoger la información debe planificarse a fin de reunir los requisitos de validez y confiabilidad. Un segundo aspecto está referido a su condición hábil, sistemática y poseedora de destreza en el registro de datos, diferenciado los modos significativos de la situación y los que no tienen importancia.

Es importante observar al paciente desde su ingreso al centro de atención, porque aunque no diga ni una sola palabra, la expresión dará la pauta de cómo es la persona, que le está pensando y sintiendo en ese momento. Este tipo de lenguaje, se refiere a los mensajes que se envían a través de los gestos corporales y las expresiones faciales.

Los expertos afirman que solo el 7 % de la comunicación se realiza de manera verbal, el resto de la comunicación se hace por medio del lenguaje corporal, tono de voz y las expresiones faciales, ya que todo el tiempo se están enviando mensajes a los demás a través de la postura, los gestos y expresiones, todo esto se produce de manera inconsciente.

Si el paciente ingresa, con los hombros caídos, la mirada hacia abajo, evita mirar a las personas de frente, lo que se percibe es que el paciente está deprimido o que carece de confianza en sí mismo, es una señal de que podría ser una persona insegura, todas las expresiones de la persona no se deben interpretar por separado para no obtener conclusiones erróneas.

2.3.3.3 Tests

Los tests arrojan resultados numéricos cuya utilidad es dar un panorama claro y objetivo, de toda una serie de áreas de funcionamiento de la persona, que serán analizadas en el contexto de la individualidad de cada persona para llegar a comprenderlo.

Las pruebas poseedoras de rigor científico se dividen en dos clases:

- a. Las que indagán sobre la presencia o ausencia, de conductas o pensamientos mediante cuestionarios o entrevistas dirigidas y estandarizadas.

- b. Aquellas que ponen a prueba diferentes funciones cognitivas mediante pruebas específicas. Ambos tipos de pruebas se utilizan en forma combinada para un diagnóstico completo.

2.3.3.4 Manuales de psicodiagnóstico

Los manuales son herramientas diferenciales utilizadas en la disciplina psicológica, cada uno de los manuales tiene sus propias clasificaciones y contenido de utilidad, para diagnosticar al paciente, entre los que se utilizan están los siguientes:

I Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSMIV – TR)

Fue publicado en 1994, desde entonces se cuenta con una clasificación de las enfermedades mentales. Esta edición, es un texto revisado, que recoge las últimas actualizaciones, que parten de una exhaustiva revisión de la literatura sobre las investigaciones de los trastornos mentales publicadas desde la aparición del DSM-IV hasta la fecha, así como la actualización de los códigos CIE-9 y CIE-10. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exige, que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y que se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Posee la más amplia gama de información, que puede aplicarse y usarse en todo el mundo, además de incorporar los códigos de CIE-9 y CIE-10, lo que aumenta la compatibilidad entre los dos sistemas. El cuerpo central de la obra está dedicado a los diferentes trastornos mentales: de inicio en la infancia, amnésico y cognoscitivo, causado por otra enfermedad, psicótico, de ánimo, de ansiedad, somatomorfos.

El DSMIV-TR es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de los diferentes ámbitos de funcionamiento, que son los siguientes:

- Eje I: Trastornos clínicos; el cual describe los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente. (Por ejemplo: trastorno del estado de ánimo, ansiedad, conducta alimentaria, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, entre otras).
- Eje II: Trastornos de la personalidad y retraso mental; Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado y otros).
- Eje III: Enfermedades médicas; se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales; se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, entre otros).
- Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG), en este apartado se evalúa el funcionamiento general del paciente (psicológico, social y ocupacional).

II Clasificación internacional de las enfermedades de trastornos mentales y del comportamiento (CIE – 10)

La CIE-10 es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, siendo la décima versión correspondiente a la versión en español del inglés (ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos,

síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud, el uso es nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO *Family of International Classifications* (WHO-FIC) (en español, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS).

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia presentó su primera edición, la “CIE-10- AM” en 1998; Canadá; publicó su versión en el 2000, la “CIE-10 CA”. Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM». En EE.UU., se añadió el anexo con el sistema de clasificación de procedimientos o ICD.10PCS.

III Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico, es un intento de optimizar el uso y la utilización del capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; World Health Organization [WHO], 1992a), por tanto comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y formulación diagnóstica, particularmente pertinente para Latinoamérica y que incluya ajustes a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades

latinoamericanas. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos, quienes han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular, el propósito fundamental es mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y personas particulares de la región, para dar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. La elaboración de ésta guía es el resultado de un esfuerzo continuado a lo largo de ocho años, de un grupo extenso de investigadores y de clínicos en casi todos los países de América Latina. Se inició en 1994 con la conducción de una encuesta a más de 500 psiquiatras de siete países latinoamericanos.

2.4 Psicoterapia

El origen etimológico de psicoterapia, se halla en el griego y concretamente en la unión de dos términos, que son: psico (*psyche*) que se traduce como “alma” y terapia (*terapia*) que el significado es “tratamiento”.

Partiendo de ésta definición, la psicoterapia es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta), para conseguir que el paciente logre mejorar y realizar cambios positivos en lo respecto al comportamiento, salud psíquica, física y adaptación al entorno. La psicoterapia es una herramienta, que ayuda a las personas para que puedan enfrentar los problemas de comportamiento, tristeza crónica, pautas de alimentación inadecuadas, conflictos de pareja, problemas con el consumo de drogas, fracaso escolar o insatisfacción de tipo sexual y otros.

Es decir que la psicoterapia es un proceso de, comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente), éste proceso se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida del paciente, a través de un cambio en la conducta, actitudes, pensamientos o afectos, el profesional se especifica en diversas orientaciones teórico – prácticas.

Se comprende por psicoterapia, todo tratamiento de naturaleza psicológica, que parte de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve cambios de comportamiento, adaptación al entorno, salud mental y física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, como la pareja o la familia.

Las intervenciones terapéuticas, son de naturaleza fundamentalmente verbal y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas, a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo.

Dentro de la psicoterapia existe una diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación, siendo las características de la psicoterapia las siguientes:

1. El contacto directo y personal, entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
2. La calidad de relación terapéutica, considerando el contexto de comunicación, que es una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

En toda psicoterapia es fundamental, hacerle saber al paciente la privacidad y confidencialidad, de la conversación e información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico). Aunque hay diferentes tipos de psicoterapia, todos los modelos dependen de la comunicación, para lograr cambios en las emociones y el comportamiento de la persona. La psicoterapia puede brindarse individualmente, en grupo o bien a nivel familiar. En el caso de niños y adolescentes, es fundamental aplicar el juego, dibujar, el construir, y no pretender solamente el dialogo, ya que son formas importantes que utiliza el psicoterapeuta para compartir sentimientos y resolver problemas.

En la evaluación inicial, se determinará la necesidad de la psicoterapia, ésta decisión estará basada en factores tales como: los problemas presentados, la historial, edad, educación, nivel de desarrollo, habilidad para cooperar con el tratamiento y la decisión, para definir el tipo de intervención, que será la más compatible para resolver el problema encontrado en el paciente, la psicoterapia se puede usar en combinación con otros tratamientos (medicamentos, control del comportamiento, o trabajos con la escuela).

La relación que se desarrolla entre el psicoterapeuta y el paciente es crucial, es importante que el paciente se sienta cómodo, seguro y comprendido. Esta clase de ambiente de confianza le permite expresar sus pensamientos y emociones, guiar la terapia de manera eficaz, para mejorar la calidad de vida, de manera que al recibir apoyo emocional, el paciente pueda resolver los conflictos con otras personas.

2.4.1 Antecedentes

Las distintas corrientes psicoterapéuticas, han desarrollado hasta la actualidad, varias líneas teóricas que sustentan a cada una, aunque en ellas existan elementos comunes descritos de manera explícita o implícita. Sin embargo, es posible encontrar componentes diferenciadores entre una y otra escuela de psicoterapia, que corresponden a énfasis distintos en las conceptualizaciones iniciales.

Ésta variedad de corrientes y escuelas, tiene su origen en las distintas formas de comprender la experiencia humana, la salud o enfermedad, metodología utilizada y, muy especialmente, el contexto socio-histórico de donde fue creada. En la actualidad se puede abordar el mismo fenómeno desde distintas corrientes teóricas, alcanzando así ejes comunes que permiten dar solidez al ejercicio de las psicoterapias.

Los orígenes de la psicoterapia se remontan al siglo XIX, período que se conoce como modernidad, se caracterizó por un predominio de doctrinas filosóficas como: materialismo, mecanicismo y funcionalismo. Todas ellas planteaban un concepto del hombre como resultado de mecanismos estrictamente fisiológicos y mecánicos, ésta línea de pensamiento es opuesta a lo que se conoce como vitalismo, es decir, el predominio de los aspectos humanistas y espirituales para explicar lo humano.

La modernidad no se basaba en teorías empíricas, sino que todo se debía demostrar de manera experimental, éste paradigma colapsó con el correr del tiempo, ya que las evidencias de fenómenos sin explicación clara, crearon las condiciones para la emergencia de una nueva visión. Esto condujo a nuevas prácticas y a un concepto del ser humano no conocido hasta ese momento. Es decir que se habla del hombre como un ser integral, dotado de cuerpo y alma, los orígenes más remotos de la psicoterapia provienen de la filosofía estoica (350 a.c. al 180 d.c.) y la filosofía religiosa oriental budista y

taoísta. La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón).

Aunque en oriente (Buda), proclamaba los principios de religión atea: el dominio del sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones humanas, que lleva a un estado de insensibilidad e indeterminación total, el nirvana (desnudez, extinción). El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.

Ya en el siglo XX, la corriente fenomenológica (Husserl) y la existencial (Heidegger) destacaron, el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el papel de la conciencia y los actos conscientes, las creencias adquiridas en la primera infancia, que se hacen inconscientes y por lo regular perturban a las personas en su vida adulta.

Desde el ámbito de la lingüística, a finales de los años sesenta, Noam Chomsky, le da un giro radical a la lingüística dominada en su época por planteamientos conductistas de estímulo-respuesta.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

La psicoterapia es un proceso, en donde se requiere de pautas y formación, que a continuación se detallan:

2.4.2.1 Intercambio de pago de servicio

Es un proceso que consiste en el pago de una cuota, por parte del cliente, a cambio de un servicio, lo que los clientes están pagando es un diálogo basado en la filosofía de que dos cabezas son mejor que una, es un servicio proporcionado por los terapeutas, como una suma de recursos entre el terapeuta y el cliente, que están enfocados en la búsqueda de solución a los problemas del cliente.

2.4.2.2 Ofrecer consejo

Este principio se basa, en lo que es aplicable a los niños, también es de utilidad para los adultos, es importante averiguar lo que quieren y guiarlos en el proceso para que cumplan con lo que se han propuesto. Hay tres razones, por las cuales un terapeuta debe evitar dar consejo:

1. El dilema si es ético o no, que los terapeutas asuman o pretendan saber qué es lo mejor para los clientes.
2. Otra razón es, crear en el cliente la dependencia, de la sabiduría del terapeuta en lugar de pensar por si mismos.
3. La última razón es porque, el cliente es capaz de resolver sus conflictos.

2.4.2.3 Ampliar la visión del mundo del cliente

Cuando los clientes llegan a terapia, habitualmente están estancados, no saben como solucionar sus problemas y las soluciones que están poniendo en práctica no funcionan. Un proceso importante en la terapia, es ayudar a los clientes a contemplar los problemas desde una nueva perspectiva, así como el que estén conscientes a las respuestas de afrontamiento, que no han considerado o que nunca imaginaron que fueran posibles.

2.4.2.4 Ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos

Una de las contribuciones de Freud a la psicoterapia, fue su conocimiento de la tendencia de los clientes a transferir conflictos no resueltos en la infancia al terapeuta. Este proceso fue denominado transferencia y contemplado como un elemento crucial en la terapia. También se utilizó el término de contratransferencia, para describir las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el cliente. Los terapeutas deben considerar las siguientes etapas:

1. El terapeuta es consciente de sus sentimientos respecto al cliente, y de sus reacciones ante los comportamientos de éste.
2. El terapeuta intenta comprender el significado de los comportamientos del cliente, y cómo estos significados pueden ser entendidos, dentro del contexto de las experiencias vitales de éste y sus relaciones con otras personas significativas.
3. El terapeuta evita jugar un rol complementario en los dilemas vitales del cliente.
4. El terapeuta ayuda al cliente a ganar “*insight*”, sobre los efectos de su comportamiento.

2.4.2.5 Establecer una experiencia emocional correctiva

Este concepto es para explicar un objetivo central de la terapia, que trata de exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado, este proceso implica lo siguiente:

1. Establecer una relación terapéutica segura, para que el cliente se exprese y sea receptivo, el terapeuta debe proveer una sensación de serenidad y confianza.
2. Empatía del terapeuta, esto valida el sentido de si mismo.
3. Re experimentar en el aquí y ahora, como lo que le afecta al cliente, si fue algo adquirido de manera experiencial, debe ser también modificado experiencialmente.
4. Responder de una manera diferente de lo que espera el cliente, ya que el cliente espera respuestas determinadas a sus estilos de interacción con los demás, la tarea del terapeuta es no confirmar las expectativas del cliente, sino el proporcionar respuestas nuevas y diferentes, de forma correctiva.

2.4.2.6 Promoción de expectativas positiva

Los clientes se desenvuelven mejor en la terapia, cuando tienen expectativas positivas, un componente es el acercamiento psicoterapéutico, que promueve expectativas de éxito en el cliente a través de:

1. Reforzar la demanda de terapia del cliente
2. Preparar a los clientes para la terapia
3. Inculcar expectativas realistas
4. Acentuar la responsabilidad del cliente

5. Proporcionar alivio a los síntomas
6. Desarrollar una relación terapéutica positiva

2.4.2.7 Permitir experimentar emociones

La terapia no es sólo un ejercicio intelectual, en el que los clientes hablan y analizan sus problemas, sino que también lo sienten, para comprender el proceso de experimentar emociones en psicoterapia, es importante considerar tres categorías de emociones, que son las siguientes:

1. Las emociones primarias; son los sentimientos auténticos, experimentados en el aquí y el ahora, en éste ejercicio el cliente se conecta con sus emociones, es decir que son experiencias espontáneas, que facilitan la resolución de problemas y comportamientos orientados a objetivos.
2. Las emociones secundarias; son las que interfieren con la solución del problema, es importante capacitar a los clientes, para analizar aquellos acontecimientos que precipitan emociones secundarias.
3. Las emociones instrumentales; son utilizadas consciente o inconscientemente para alcanzar un logro personal, éstas se deben explorar durante la sesión de terapia.

La experimentación de emociones, implica los siguientes seis procesos:

1. Reconocimiento
2. Creación de un significado
3. Activación
4. Toma de responsabilidad

5. Modificación de respuestas afectivas disfuncionales
6. Expresión de sentimientos en la relación terapéutica

2.4.2.8 Ejercer una influencia social

Es importante que los terapeutas tengan creencias, valores y formas de comprender el mundo que influyan sobre su forma de trabajar con las personas, ser consciente de los propios valores y creencias, es una responsabilidad ética de los psicoterapeutas.

2.4.2.9 Promover la práctica de nuevas competencias

Un proceso importante en la terapia, implica ofrecer a los clientes la oportunidad de practicar nuevas competencias, nuevas formas de comportarse, pensar y sentir, que deben ser puestas en práctica, primero en la terapia y posteriormente en la vida del cliente. Un método común para establecer la practica de nuevas competencias, es mediante el empleo de tareas para la casa.

2.4.3 Competencias de la psicoterapia

Las competencias del terapeuta, son fundamentales para el éxito en la psicoterapia. Los terapeutas competentes, están técnicamente bien formados y son capaces de implementar de manera flexible intervenciones terapéuticas con una sensación de colaboración con el cliente, siendo capaces de manejar los propios problemas.

Las competencias en psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, ello implica que el resultado terapéutico satisfactorio, depende tanto de las competencias interpersonales del terapeuta, como de su dominio técnico, en donde las competencias y

características personales del terapeuta tienen un efecto, especialmente para establecer una relación de apoyo, para ello se deben considerar los siguientes puntos:

1. Interés por la persona
2. La visión teórica de la psicoterapia, que no interfiera con el interés del terapeuta de ayudar a los clientes a comunicarse libremente
3. La ausencia de patrones neuróticos de comportamiento, que pueden interferir con el establecimiento de una comunicación fluida con el cliente
4. Disposición mental hacia la receptividad, ser sensible a la duplicidad o a los elementos no comunicativos del comportamiento del cliente.

A. Proximidad

El terapeuta próximo, comunica al cliente un interés vital por lo que tiene que decir, los terapeutas próximos son capaces de embarcarse en un diálogo activo con el cliente, la proximidad por parte del terapeuta promueve un diálogo fluido, el cliente experimenta reconocimiento, confianza y estímulo para participar activamente en la sesión de terapia.

A.1. Competencias de la proximidad

Ser próximo requiere de las siguientes competencias:

- Habilidad para atender o que el cliente está intentando comunicar
- Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente
- Energía para responder al ritmo demandado por el cliente
- Habilidad para comprender lo que el cliente está comunicando desde su punto de vista

- Estar entrenado en competencias básicas de entrevista

B. Competencias verbales

Las nueve competencias verbales son:

- ✓ Tanteo: el tanteo es una pregunta que formula el terapeuta, para obtener mayor información.
- ✓ Clarificación: una clarificación es una pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo, las clarificaciones se utilizan para; estimular a los clientes a elaborar su discurso, confirmar con el cliente que se está comprendiendo con precisión su mensaje y comprender mejor frases vagas.
- ✓ Paráfrasis: la paráfrasis es reformular las frases del cliente, de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho.
- ✓ Reflejo: un reflejo es una reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente, los reflejos es la forma principal que tienen los terapeutas, de comunicar empatía hacia sus clientes, así como la aceptación de sus sentimientos.
- ✓ Ofrecer información: a veces la desinformación o falta de información está comprometiendo la capacidad del cliente para tomar una decisión informada.
- ✓ Confrontación: se utiliza para identificar mensajes confusos en el cliente, y explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. La confrontación no debe estar dirigida hacia la persona del cliente, sino hacia la dificultad que está experimentando.
- ✓ Interpretación: la interpretación se utiliza para ayudar a los clientes, a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos.

Los cuatro criterios para realizar interpretaciones efectivas son: momento oportuno, dosis mínima, detalle concreto y enfoque individual.

- ✓ **Recapitulación:** son proposiciones que se utilizan para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión de terapia. Los terapeutas utilizan la recapitulación para, identificar temas comunes, revisar el progreso y proporcionar un encuadre, cuando las proposiciones del cliente parecen estar inconexas.
- ✓ **Preguntas:** se usan para obtener hechos, deben ser preguntas sobre búsqueda de hechos que se encuadren dentro del aquí, ahora, el qué y por qué.

C. El poder del Humor

El humor es útil en la psicoterapia, cuando se emplea para transmitir esperanza y ayuda, a los clientes en contemplar los problemas, desde una perspectiva nueva y diferente. El humor es una valiosa competencia de afrontamiento, las personas pueden utilizarlo, para tomar una posición activa con respecto a sus problemas, para continuar en la adversidad y para evitar tomarse a sí mismos con demasiada agresividad.

2.4.4 Metas de la psicoterapia

Es una relación de trabajo entre terapeuta y cliente, encaminada a buscar soluciones a los problemas de los clientes, la meta de la psicoterapia es, ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración, con una mayor concientización sobre de dónde vienen y a dónde van, esto implica ser más flexible con los comportamientos, creencias, expectativas y modos de afrontamiento, esto conlleva las siguientes implicaciones:

✓ De la patología al afrontamiento

La patología no es necesariamente un constructo explicativo, la persona llega a terapia debido a que las soluciones que está aplicando a los problemas no funcionan. El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los clientes, y ayudarles a superar el estancamiento, mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar.

✓ Cambio en lugar de curación

El objetivo no es una curación total, sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del paciente, incluyendo síntomas y comportamientos interpersonales inadaptativos. El objetivo del terapeuta es ayudar a los pacientes, ha apreciar que el cambio es una posibilidad.

✓ El cliente es el responsable

Los síntomas y problemas de un cliente a menudo son una expresión de pérdida de control, la incapacidad del cliente o su falta de voluntad para controlar su vida, la tarea del terapeuta es hacer consciente al cliente, de no expresarse mediante excusas y animarle a emplear un lenguaje de responsabilidad.

Las metas de la terapia deben enfocarse al cambio en el comportamiento, comprensión de sí mismo, mejorar las relaciones con los demás, o bien disminuir la ansiedad y mejorar la autoestima, así como el lograr nuevos pensamientos de concebir la vida y reaccionar ante ella, soltar las pesadas cargas de rencor y dolor que se han generado en el pasado, aprender a enfrentar futuras crisis, restaurar la capacidad de amar y ser feliz, viviendo en el momento presente.

2.4.5 Modelos de la psicoterapia

A. Modelo psicodinámico

El modelo psicodinámico se basa en la teoría psicoanalítica, postulada por Sigmund Freud, entre finales del siglo XIX y principios del XX, que se ha ido actualizándose, ésta teoría concibe al psiquismo como algo dinámico, compuesto por una parte consciente y otra inconsciente, siendo esta última la que sobre determina la conducta.

Este modelo parte, de que los problemas del presente, tienen su base en conflictos del pasado que no fueron resueltos, siendo los mismos de carácter inconsciente, de forma que la persona repita una y otra vez el mismo modelo de comportamiento.

El tratamiento de los pacientes, es conocido por el uso del diván, en donde se aplica la introspección, asociación libre, pidiéndole al paciente que diga todo lo que piensa, sin omitir el más mínimo detalle, por muy insignificante o ridículo que parezca, porque todo tiene un sentido, incluso los sueños. De esta forma se hace una reconstrucción de lo vivenciado desde la infancia más temprana, en definitiva pretende hacer consciente lo inconsciente, para que la persona deje de repetir el mismo modelo. Es una terapia que se caracteriza por tratamientos largos, llevando de dos a tres sesiones por semana.

El modelo psicodinámico fue evolucionando, para adaptarse a los trastornos del tiempo, dando origen a otra modalidad psicoanalítica, como la psicoterapia psicoanalítica o la terapia breve psicoanalítica, con objetivos más limitados y de menor duración.

B. Terapia humanista

La psicología humanista, es un modelo de psicoterapia desarrollado por C. Rogers, que valora a la persona como sujeto individual, resalta su carácter único, y está en contra por tanto de las clasificaciones. En este modelo no se suele emitir diagnósticos, ya que no considera enfermos a las personas, ya que concibe a cada ser como único, por tanto no clasificable dentro de un grupo, además dio origen al término de cliente, evitando el de paciente, así también se basó esencialmente en el potencial de crecimiento que tiene cada paciente.

Es un modelo positivo, porque considera que el cliente nace con un potencial de desarrollo que tiende a madurar, y con capacidad de tomar las riendas de su propia vida, también se basa en la empatía, en la conexión psicólogo-paciente, en este proceso el profesional se convertirá en el "mejor amigo". El trabajo del psicólogo no es tratar, sino hacer crecer el carácter personal, lo que importa es el presente, y no el pasado.

El trabajo es considerar positivamente y aceptar todo cuanto diga el "cliente" sin condiciones de valor, evitando corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos.

C. Modelo conductual

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, se sabe que para resolver un problema hay que modificar determinadas conductas, considerándose entre ellas los pensamientos, los sentimientos y las emociones.

La psicoterapia cognitivo-conductual tiene dos partes, que son: la primera se debe hacer una reflexión conjunta sobre el problema y la otra es hacer responsable al paciente en

contribuir plenamente en la definición del problema, que es guiar al paciente en decir aquello que le preocupa y lo ha llevado a consulta.

Una vez establecida la visión que el paciente tiene de su problema, bajo la guía del terapeuta, se debe realizar un análisis funcional del problema, enunciándolo en términos operativos y modificables, se deben fijar los objetivos de la terapia y dar comienzo al tratamiento, que consiste en el establecimiento de un programa para modificar conductas, pensamientos y sentimientos relevantes en el mantenimiento del problema.

2.4.6 Formas de psicoterapia

Las formas de psicoterapia, son el conjunto de métodos utilizados por el terapeuta, para mejorar la salud de las personas, ayuda a sanar los males; tanto físicos como mentales, los métodos psicológicos requieren necesariamente de la participación del paciente en esfuerzo conjunto con el terapeuta.

Cada método terapéutico parte de una concepción, de cómo se generan las enfermedades (trastornos, incapacidades, limitaciones o conflictos que dan origen a la necesidad de un tratamiento), conflictos inconscientes entre instancias psíquicas determinados por las vicisitudes de la energía vital durante el desarrollo del individuo, en el caso del psicoanálisis; aprendizaje inapropiado de conductas incluidos los sentimientos y pensamientos, en el caso del conductismo; distorsión de la comunicación y el tipo de relación interpersonal.

2.4.6.1 Psicoterapias psicodinámicas

I Psicoanálisis

El psicoanálisis es la disciplina que se dedica al estudio del inconsciente. El psicoanálisis (del griego *psyque*, alma o mente); es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se desarrollaron posteriormente diversas escuelas de psicología profunda de orientación dinámica y analítica, ésta teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El concepto de psicoanálisis designa, por una parte, el modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana, éste modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos, es decir que el psicoanálisis se refiere a la terapia psicoanalítica misma, que contiene un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos. Finalmente el psicoanálisis puede referirse además al método psicoanalítico; un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual.

El desarrollo del psicoanálisis es permanente, la estructura propia del psicoanálisis une teoría y práctica las cuales se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra, Freud sostuvo que una de las glorias del psicoanálisis era la coincidencia de investigación y tratamiento, si bien aclara que la técnica de ambas difiere. El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico.

Esta teoría postula que, muchas veces, lo que no le permite vivir tranquilo a la persona, es porque tiene traumas del pasado "escondidos" en el inconsciente, y que se deben hacer conscientes para superados.

En la famosa terapia del diván, en donde se trabaja la introspección, asociación libre, en este proceso se le solicita al paciente que diga todo lo que piensa sin omitir el más mínimo detalle, por muy insignificante o ridículo que parezca, porque todo tiene un sentido, incluso los sueños. De esta forma se hace una reconstrucción de lo vivenciado desde la infancia más temprana, ya que esta perspectiva pone mucho énfasis en la influencia de esta etapa en el bienestar emocional presente, este tratamiento provoca que sea un tipo de terapia bastante extenso en el tiempo.

En psicoterapia primero se empleó la hipnosis, como medio para lograr acceso al inconsciente, pero pronto se abandonó esta técnica en favor de la asociación libre, método en el que se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños, mediante la interpretación de estas asociaciones, Freud ayudaba a los pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente, como forma de llegar al origen de sus problemas. Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de los pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta.

II Psicoterapia junguiana

La psicoterapia junguiana se enfoca en el paciente, estableciendo un proceso de determinación o crecimiento, desde una concepción finalista y prospectiva, desde el momento presente y con la información biográfica, se trata de adecuar actitudes inoperantes o que confunden la existencia de la persona.

La psicoterapia junguiana utiliza el análisis de los sueños producidos en el inconsciente durante el dormir, y explica aspectos, elementos y actitudes que ahora han florecido a la consciencia y que pueden informar de rasgos de personalidad y, de la energía psíquica que se está moviendo en la persona. También toma en cuenta la simbología que aportan los sueños, la imaginación activa o la escritura espontánea.

El analista junguiano utiliza un sistema “cara a cara”, y de diálogo con el paciente, el proceso terapéutico acompaña al individuo para que se aproxime a la resolución de su construcción neurótica y/o psicótica, enfrentándose con los complejos y consiga acercar las polaridades o contrarios.

La psicoterapia junguiana, se realiza sobre la base de psicología transpersonal, este método es conveniente para toda persona que busca lo espiritual, que debe poner en orden su mundo interior, para evolucionar verdaderamente.

El sí mismo, es una fuente de sabiduría y poder, entra en interacción con la personalidad individual durante toda la vida y va configurando una personalidad definida, que participa a su vez de manera activa y responsable, desde el punto de vista junguiano, hay cuatro áreas en las que siempre se trabaja en la psicoterapia, siendo las que a continuación se detallan:

- 1) La sombra: Es el aspecto oculto o inconsciente de la persona, tanto negativo como positivo, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido, son todos los rasgos indeseables, de los cuales la persona se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección. Hay que saber distinguir la sombra personal, de la sombra colectiva, enfrentarse directamente con la sombra colectiva, puede llegar a ser una experiencia traumática y destructiva.

- 2) Complejo parental: Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres, es una influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad, se ha considerado en gran parte como una imagen arquetípica de los padres primordiales que existe en toda psiquis, el crecimiento espiritual puede quedar abortado, cuando no se resuelve el lazo que los atan a los padres, es un paso decisivo y una verdadera iniciación, ya que en la sociedad no se realiza ningún rito de paso de la pubertad a la etapa adulta.
- 3) La persona: Son los aspectos ideales y sociales, que se presentan frente al mundo externo, como el nombre lo indica, sólo es una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo representa un rol, a través del cual habla la psiquis colectiva. Es necesario identificar en la terapia, hasta dónde están representados los roles que se han impuesto, también en relación con el grupo familiar. Así el hombre de fuerte personalidad social puede ser un niño en su casa, cuando expresa sus reacciones emocionales. Es importante trabajar en la capacidad que dirige la propia vida, tomar las decisiones, y cultivarse basándose en las tendencias y talentos personales.
- 4) Complejos sexuales: *Anima Animus*: Aspecto femenino interno del hombre, aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el ánima del hombre, como el *animus* de la mujer, son un complejo personal.

A lo largo de la vida, las personas han pasado por distintas fases de desarrollo y se proyectan en un hombre o mujer, en este caso la persona, entra a jugar determinados condicionamientos sociales y familiares; que debieran ser concientizados en el proceso terapéutico. Trabajar con el Anima-Animus, a la par del complejo parental, es la clave para que el cliente encuentre su pareja correcta.

Se trabaja en un nivel profundo y con plena participación del cliente, el acceso al inconsciente se realiza a través del análisis de los sueños y del uso de la técnica "Imaginación Activa". La regresión al pasado, a diferencia de otras terapias, solamente se realiza cuando es necesario, y con un método apropiado para "zambullirse" y extraer el recuerdo correcto y preciso para la sanación.

Una búsqueda unilateral y exagerada de armonía, puede indicar la huida de los propios conflictos internos. Como también atribuir todo lo desagradable que le pasa a causas externas (vecinos, malas ondas, malos espíritus, los gobernantes, etc.), puede ser un mecanismo semejante al que ocurre en la infancia, cuando el niño proyecta en fantasmas nocturnos, sus temores de abandono afectivo.

III Psicoterapia de apoyo

La psicoterapia de apoyo se utiliza o esta destinada a restituir o reforzar las defensas del yo, en pacientes cuyo marco de referencias perceptivos se encuentra mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales, lo fundamental es que el paciente retorne a un nivel de equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que generan ansiedad, la terapia de apoyo está indicada para cualquier tipo de enfermedad, en la que el paciente muestre estados de ansiedad intensos.

La psicoterapia de apoyo proporciona un periodo de aceptación y dependencia temporal, para un paciente que necesita ayuda, también es de ayuda para tratar sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad, si tiene que enfrentarse a frustración o presiones externas, las mismas que han sido intensas o traumáticas y que no han sido controladas en forma efectiva.

En este proceso el establecimiento de una buena relación terapéutica, constituye el aspecto más importante de toda la psicoterapia, ya que lo primero que el paciente espera del terapeuta, es ser comprendido, que tenga la capacidad de empatía para enfrentar juntos los problemas que no puede resolver por si solo.

Es importante crear un clima emocional favorable que propicie la comunicación y despeje las barreras invisible de la resistencia, otro de los aspectos que debe tomarse en cuenta, es que esta terapia está orientada basicamente a tratar las dificultades actuales, evitando investigar el pasado del paciente o tratar de penetrar en el inconsciente del individuo.

La psicoterapia de apoyo esta inclinada en el tratamiento de pacientes, con un yo debilitado que puede conducir a un trastorno del pensamiento, lo fundamental de la psicoterapia de apoyo es que el paciente retome su equilibrio emocional, a traves de la reduccion de los sintomas que generan ansiedad y que perturban al yo, la psicoterapia de apoyo permite restaurar el equilibrio.

En general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de gran utilidad en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única, en la aplicación se recurre a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento, en función de las necesidades particulares del caso.

Resulta básico crear una atmósfera favorable, que propicie una buena relación terapeuta – cliente, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de ello se ofrecen explicaciones, así como el intentar clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados o latentes. Con la ayuda profesional se investigan posibles soluciones, haciendo especial hincapié, en la realidad

objetiva, saliendo al paso de posibles distorsiones de ella, así como se intenta reforzar las defensas del “ego” del paciente.

El proceso va acompañado de estímulos, para incentivar el cambio personal en los sitios de vida más desadaptadas, en muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones del paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. Los procedimientos que se emplean y la utilización está condicionado a una serie de factores: los rasgos de personalidad, edad, educación, cultura, nivel de inteligencia, naturaleza del problema, y otros. En la psicoterapia de apoyo, se han recopilado algunas técnicas de utilidad que son las siguientes:

1. La liberación de los sentimientos
2. Reforzamiento del principio de la realidad
3. Alentar el sentimiento de esperanza real
4. Estimular la socialización
5. Dar seguridad y confianza
6. Enseñarle a razonar
7. Reorganización perceptiva
8. La interpretación
9. La sugestión
10. Persuasión y consejo

2.4.6.2 Terapias conductistas

I Terapia racional emotiva

Esta terapia explica como el conocimiento, que se adquiere esta influido por las interpretaciones que se imponen a las percepciones. La TRE es una terapia activa, en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados.

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, ya que cuando hay cambios en alguno, inmediatamente se producen cambios en los otros. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo de aplicación denominado; A B C, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, las mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Con la aplicación de esta formula surgen las apariciones irracionales de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente. La terapia involucra el entrenamiento, para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias, que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales, todo este proceso será guiado por el terapeuta, a través de la realización de diferentes ejercicios efectivos. Para ello es importante usar las siguientes opciones:

- ❖ *Insight* racional emotivo: La meta principal de esta técnica, es ayudar a los pacientes a ver con claridad y reconocer en forma abierta los procesos irracionales importantes.
- ❖ Método socrático: Se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas, que guían el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas.
- ❖ El debate filosófico: El método principal es, reemplazar una creencia irracional por una racional, el debate filosófico consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana.
- ❖ Imaginación racional emotiva: Consiste cada vez que la gente se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, empleando imágenes racionales emotivas, que es la forma más eficaz de práctica emocional.
- ❖ Autoanálisis racional: Es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones causa – efecto, entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de los problemas y también los cambios racionales que deben hacerse y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices de inmediato.
- ❖ Las imágenes racionales emotivas: Su base descansa en el hecho neuropsicológico, de que las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real.
- ❖ Reestructuración racional sistemática: El objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos habilidades de enfrentamiento, para que aprendan a funcionar como los propios terapeutas.
- ❖ Debatir creencias irracionales: Consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis, que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo.

- ❖ Auto examen racional: Es el análisis racional, con él cual el paciente dirige su pensamiento con el fin de controlar sus razones emocionales ante los hechos o eventos.

II Modificación de la conducta

La modificación de la conducta tiene como objetivo, promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen las potencialidades y oportunidades disponibles en el medio.

Las diferentes técnicas de modificación de conducta se basan en el denominado modelo conductual. Éste modelo surgió como una reacción y renovación de los postulados psicológicos vigentes a principios del siglo XX. En esos momentos el objeto de estudio predominante de la psicología era la mente o la conciencia y su contenido, siendo la introspección su método.

Este modelo se enfoca en desplazar a la mente cómo objeto de estudio a favor de la conducta, comprendiendo que la misma es una consecuencia del aprendizaje que tiene lugar en el medio social en el que crece y se desenvuelve el individuo.

La base teórica que sustenta los diferentes enfoques del modelo conductual, se remontan a los estudios pioneros (a principios del siglo XX) de la escuela rusa a través de autores tan relevantes como Paulov (Condicionamiento Clásico), Sechenov o Betcherev (Reflejos) o de psicólogos experimentales como Watson o Thorndike. Los trabajos de estos teóricos, comprendían rigurosos estudios de experimentación animal, con los que intentaban llegar a encontrar las bases científicas para poder explicar la conducta humana.

Esta perspectiva está centrada, en primer lugar, en el estudio de la conducta externa o manifiesta y en las relaciones funcionales de ésta con los estímulos del medio, entre las características de este modelo se mencionan los siguientes:

1. La conducta, tanto normal como anormal, es principalmente una consecuencia del aprendizaje en las condiciones sociales del medio.
2. El modelo concede una especial importancia a las influencias del medio, como causa o determinante de la conducta y un menor protagonismo a los factores innatos o hereditarios, la posible influencia sobre la conducta de determinados factores genéticos o constitucionales.
3. El objeto de estudio del enfoque, está centrado sobre la conducta, normal o anormal, como actividad medible o evaluable. Hay que señalar que por medible no debe entenderse necesariamente observable, ya que algunas mediciones se efectúan sobre variables psicofisiológicas que no son observables directamente pero sí medibles a través de ciertos instrumentos (presión arterial, resistencia eléctrica, ritmo cardíaco, entre otros).
4. El modelo conductual concede una importancia especial al método científico experimental, en ese sentido puede afirmarse, que cualquier intervención dentro del modelo puede ser considerado esencialmente como un experimento.
5. La mayoría de técnicas y métodos utilizados por el enfoque conductual, tanto en evaluación como tratamiento han sido derivados de los procedimientos experimentales, una vez comprobada su eficacia.
6. Señalar que, contrariamente a lo difundido por otros enfoques (más humanistas), el modelo conductual, especialmente en las versiones actuales del mismo, es igualmente sensible hacia el bienestar del paciente. El rigor experimental no es incompatible con un adecuado trato al paciente.

El área de la modificación de la conducta, es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas, que permitan el control de la conducta para producir, bienestar, satisfacción y competencia personal.

III Psicoterapia cognitiva

La terapia cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención), desde un punto de vista intrapsíquico, que se ha entendido que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de una persona está determinado en gran medida por el modo que tiene la persona de estructurar el mundo, en donde las cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con los problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La concepción implica que el paciente distorsiona sistemáticamente las experiencias en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de si mismo y de los recuerdos, por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se modifique el auto contexto y la autoimagen.

Se basa en nuevas experiencias de aprendizaje 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.

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 la terapia el paciente llegue a darse cuenta de las distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos.

El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar, evaluar los pensamientos de manera objetiva, e intenta mitigar las alteraciones emocionales, de esta manera cada paso progresivo del tratamiento, sirve para desarrollar y hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación.

El modelo de la terapia esta basado, en la colaboración del paciente con el terapeuta, que tiene como fin la comprobación de los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas.

Este modelo de terapia, parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología, destaca fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos, sin embargo se deben considerar los otros factores señalados. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias), se consideran esenciales para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel.

El significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos, con el término "significado", se hace referencia al sentido que tienen los acontecimientos de la vida para una persona.

Existen distintas psicoterapias cognitivas, las más conocidas son: la terapia de Beck, centrada en los "pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas", un gran conjunto de síntomas clínicos pueden ser explicados a través de la cognición, el modelo cognitivo de psicoterapia está ampliamente difundido y es respetado por la investigación y la comprobación de sus resultados. Las características más notorias de este modelo son las siguientes:

- ❖ Se trabaja en el presente, en el aquí y el ahora.
- ❖ Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- ❖ En la mayoría de casos no es necesario investigar el pasado ni sus orígenes, para lograr los resultados.
- ❖ El paciente y el terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente por igual en el proceso.
- ❖ Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes. Se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad.
- ❖ El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.
- ❖ Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- ❖ El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.

- ❖ A la eficacia terapéutica, se le suma así por el enfoque de prevención de futuros trastornos, por lo que la persona aprende a enfrentar futuras situaciones sin generar un nuevo trastorno.

2.4.6.3 Terapias humanistas

I Terapia centrada en el cliente

Esta terapia fue desarrollada en un principio por Carl Rogers, él decía que los problemas psicológicos, en general, se daban por algunos “auto conceptos distorsionados”; es decir, que al crecer bajo las condiciones de valor, llegaron a olvidar las propias experiencias y emociones que van en contra de dichas condiciones, lo que ocasiona desórdenes en el desarrollo normal del yo.

Los terapeutas humanistas utilizan con ello, la aceptación incondicional y el afecto positivo incondicional, para lograr la eliminación de estos paradigmas, llevando a los terapeutas a usar la comprensión empática y también un reflejo de las percepciones y sentimientos del cliente, al final del proceso se ve a los clientes como, seres humanos únicos con muchas características deseables.

La terapia centrada en la persona, permite al cliente entrar en un proceso de toma de consciencia de la experiencia real y reestructuración de su yo, a través del establecimiento de una sólida alianza terapéutica con el terapeuta y de la escucha matizada de los significados profundos de su experiencia.

Rogers y sus colaboradores desarrollaron los constructores centrales del enfoque, partiendo de su experiencia clínica y basándose en el método científico.

La terapia centrada en el cliente, se basa en que la persona logre recuperar el contacto con su naturaleza orgánica, con su Yo real; para ello, el terapeuta por medio de la actitud de la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia, establece una relación de seguridad psicológica con el cliente, que le permitirá la entrada progresiva en su mundo interno, el avance hacia la toma de consciencia de la experiencia negada, el encuentro con nuevos significados de su experiencia y el avance hacia el proceso progresivo de reorganización de su Yo.

De manera que cambió el nombre a centrada en el paciente (también llamada terapia centrada en el cliente). Rogers seguía creyendo que el paciente era el que debía decir lo que estaba mal, hallar formas de mejorar y de determinar la conclusión de la terapia.

En la actualidad, la mayoría de los profesionales simplemente le llaman terapia rogeriana, una de las frases que Rogers utiliza para definir su terapia es: “de apoyo, no reconstructiva”. Si la independencia (autonomía, libertad con responsabilidad), es lo que se quiere que un paciente logre, no lo logrará si se mantiene dependiente del terapeuta. Los pacientes deben experimentar sus introspecciones por sí mismos, en la vida cotidiana, fuera de la consulta del terapeuta.

Existe solo una técnica por la que los rogerianos son conocidos: El reflejo, que es la imagen de la comunicación emocional, que se da cuando el terapeuta está permitiendo que el paciente se de cuenta de lo que él mismo está comunicando, por lo regular las personas que sufren, dicen cosas que no quieren decir por el hecho de sacarlas para sentirse mejor. El reflejo debe usarse cuidadosamente, es decir que el terapeuta no debe estar solamente repitiendo las frases que dice el cliente, y hacerlo sentir mal.

Esta terapia debe ser utilizada de forma especial, para que sea efectiva, y para ello se deben considerar las siguientes tres cualidades:

1. Congruencia: Ser genuino; ser honesto con el paciente.
2. Empatía: Habilidad de sentir lo que siente el paciente.
3. Respeto: Aceptación, preocupación positiva incondicional hacia el paciente.

Rogers dice que estas cualidades son “necesarias y suficientes”, si el terapeuta muestra estas tres cualidades, el paciente mejorará. En esta terapia es ser como más humano dentro de la consulta que lo que normalmente se es, estas características deben dejarse ver en la relación terapéutica.

Se debe comprender que el paciente es el primer participante de la psicoterapia, y el segundo es el psicólogo clínico que a través de una especialización, entrenamiento y experiencia, tienen una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo del tratamiento. El terapeuta debe poseer las habilidades que le permitan, comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con él para que aprenda a manejar sus problemas actuales eficazmente.

El terapeuta intenta construir una relación que sea importante con el cliente, de manera que no pierda de vista la necesidad de que la relación alcance los esfuerzos del cliente por cambiar su comportamiento.

Los participantes en cualquier intervención psicológica, tienen derecho de estar bien informados de la naturaleza e intervención antes de participar, es decir, los pacientes tienen derecho al consentimiento informado, la decisión de entrar y de continuar en la psicoterapia debe tomarse inteligente y voluntariamente.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo, la persona desarrolla necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que la llevan a la búsqueda de satisfacciones de

necesidades, intentando promover el desarrollo y la capacidad para enfrentar la vida de manera adecuada, durante el proceso se debe evitar considerar a la persona como diagnosticada y clasificada, sino atenderla y guiarla a una transformación.

II Terapia gestáltica

La terapia gestalt, fue desarrollada por el psicoanalista alemán Frederick Perls. Según Perls, la civilización moderna, obliga a las personas a reprimir sus deseos naturales y, por tanto, los frustra en su tendencia innata a adaptarse biológica y psicológicamente a su entorno. En consecuencia, aparece la ansiedad. Perls sostenía que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es insuficiente para curar el trastorno, por lo que elaboró ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas, a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente.

La terapia gestalt, se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para desarrollar el potencial humano, se enfoca más a los procesos que en los contenidos, pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo.

En esta terapia se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a qué el terapeuta lo cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta.

En esta terapia, el cliente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo guía y ayuda para que lo consiga, el terapeuta hace la función de observador externo y no tanto de "el que cura". El objetivo de la terapia gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse

de los síntomas, le permite que sea completo y creativamente vivo de liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento.

En la terapia gestáltica, básicamente se trabaja con tres clases de técnicas, que son:

1. Técnica supresiva

Esta técnica pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o exprese lo oculto, con el fin de facilitar que se de cuenta, en lo que esta suprimiendo.

- a) Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo así mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- b) Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- c) Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos, es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de", son forma de no ver lo que se es.
- d) Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ello y del rol que juegan en la vida. Entre las principales formas de manipular se hallan: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

2. Técnicas expresivas

Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda la vida pero que no percibía, a través de expresar lo no expresado.

- a) Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado, para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es, se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que aflore temores, situaciones inconclusas, también se puede minimizar la acción no expresiva.
- b) Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.
- c) Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

Al terminar o completar la expresión, se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles, también se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez, se debe buscar la dirección y hacer la expresión directa, a través de:

- a) Repetición: La intención de esta técnica, es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado.
- b) Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo

emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

- c) Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace.

3. Técnica integrativa

Se busca con esta técnica, que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes perturbadas, aunque las técnicas supresivas y expresivas son, también integrativas de algún modo, se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- a. El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser.
- b. Asimilación de proyecciones: Se busca que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite, para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

III Análisis transaccional

El análisis transaccional es un sistema de psicoterapia individual y social que se engloba dentro de la psicología humanista, propuesto por el psiquiatra Eric Berne en los años 1950 en Estados Unidos.

Esta técnica busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el

tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en la interacción con los demás, como también en sí mismo, creciendo en el logro de una personalidad integradora.

El análisis transaccional es aplicable en crecimiento personal, educación, enfermería, trabajo social, desarrollo organizacional y en otras actividades, en las cuales las personas interactúan entre sí. Es una teoría de la personalidad neofreudiana que retoma por los conceptos de ello, yo y superyó y se concentra en las interacciones de unas personas con otras y el cambio de estas interacciones para la resolución de problemas emocionales.

Berne creía en el compromiso de "curar" a sus pacientes, en lugar de solamente entenderlos, para este fin, él introdujo uno de los aspectos más importantes del análisis transaccional: el contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el cliente, para buscar el cambio específico que el cliente desea.

El objetivo es avanzar hacia la autonomía, la espontaneidad, la intimidad, la resolución de problemas en lugar de evasión o pasividad, la curación como un ideal, no limitarse a hacer el progreso, el aprendizaje de nuevas opciones.

Berne afirma que todos los seres humanos, manifiestan tres estados del yo, definidos como sistemas coherentes de pensamientos y sentimientos manifestados por los correspondientes patrones de conducta, asegura que estos tres estados se refieren a fenómenos basados en realidades verdaderas.

El estado "Padre del yo", derivado de los padres y madres que han tenido, y de las personas mayores que han intervenido de manera directa en la educación de cada persona, se siente, se piensa, se actúa y se habla de una manera muy semejante a como lo hacían los padres y madres cuando se era niño, ya que ellos fueron modelos básicos en la formación de la personalidad.

Los valores e ideas acerca de la vida, las pautas de comportamiento, las normas, reglas y leyes de convivencia, se van a ir grabando en el hijo o hija, e influyen de forma poderosa en la configuración futura de la personalidad, todo eso sucede sin que la persona sea consciente de ello, por lo que se terminan reproduciendo pautas aprendidas en la infancia sin darse cuenta.

El estado “Niño del yo”. En él aparecen los impulsos naturales, las primeras experiencias que se graban en la infancia y cómo se responde ante ellas. Este estado es la parte de la persona que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que cuando se era niño. Tiene un tipo de pensamiento mágico e irracional, las relaciones las concibe como algo eminentemente emocional.

El estado “Adulto del yo”. En él se percibe la realidad presente de forma objetiva, de forma organizada, se calculan las circunstancias y consecuencias de los actos con la base de la experiencia y los conocimientos. Es la dimensión interior del individuo, que se caracteriza por el análisis racional de las situaciones, la formulación sensata de juicios y la puesta en marcha del propio sentido de la responsabilidad.

Este estado hace posible la supervivencia y, cuando está suficientemente desarrollado, debe analizar si en la conducta hay exceso de influencias inconscientes e irracionales de los padres o del niño.

Cuando se ingresa a una organización o grupo de trabajo, la interacción va a provenir de la posición o tipo de adaptación que se decidió en la infancia, predominantemente, en el nivel emocional. Ya adultos, se tienen mecanismos adicionales, para generar otras conductas, pero la posición que se decide en la niñez, se queda grabada como el programa que correrá la computadora. Es por eso que repiten conductas que en

ocasiones no son agradables, intelectualmente se dice que las cambiaran, pero luego de un tiempo se vuelve a repetirlas.

Para que el cambio sea efectivo debe trabajarse con redecisión: hacer un plan de modificación de conducta en términos medibles y observables e implantarlo. Si esto no se da, se puede relacionarlos con otros e ingresar a dinámicas de grupos, desde una posición de inferioridad, de superioridad, o de autodescalificación y descalificación de la otra persona. La posición sana para una dinámica de grupo adecuada es la de " Yo valgo y Tú vales", es desde una posición de autorespeto y valía, así como de respeto a la otra persona y a su valía, que puede generarse una dinámica de grupos adecuada.

Conclusiones

- ❖ La psicoterapia es un proceso, en donde interactúan una persona que busca ayuda y un profesional, que posee técnicas y métodos, que están destinadas a promover cambios positivos en la persona que padece un sufrimiento.
- ❖ La psicoterapia promueve la sanación personal y la autodeterminación, que le permita al paciente organizar su vida productivamente, en este proceso el terapeuta proporciona una ayuda profesional, que se diferencia de la ayuda informal que ofrece toda persona.
- ❖ El profesional que es el terapeuta, guía e influye en el paciente de forma positiva, para tratar los trastornos emocionales a través de la utilización de métodos exclusivamente psicológicos.
- ❖ Por la diversidad de psicoterapias, las cuales trabajan la conducta, los pensamientos, el ambiente, la familia, infancia, y otras, tiene cada una carácter único, por ello es importante considerar al paciente como persona, ya que es quien llega a una consulta sobre determinada situación, a la cual por si mismo no le encuentra solución.
- ❖ Las psicoterapias, deben proporcionar al cliente la capacidad de autocuidado, a través del uso de técnicas que pueda aplicar para superar los problemas que se le presenten, ya que el terapeuta no estará siempre con él.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo, se da a conocer la metodología utilizada en las diferentes actividades requeridas durante la realización de la práctica profesional dirigida, que se llevó a cabo en la institución “Liga Guatemalteca de Higiene Mental”. También se presentan los programas, planificaciones, cronogramas y agendas de trabajo.

3.1 Programa de práctica profesional dirigida

I. Propósito del curso

La práctica profesional dirigida, es dada durante el último año de la carrera de psicología y consejería social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico –clínico y psicológico – social, por lo que las y los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

La práctica profesional dirigida debe ser una actividad para aplicar la psicología y consejería social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

II. Competencias a fortalecer

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Investiga temas relacionados de interés en la aplicación práctica de la psicología.
- Resuelve problemas sociales ocasionados en las áreas de riesgo de la sociedad guatemalteca.
- Brinda ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica así como a poblaciones en riesgo con el fin de promover la salud mental en Guatemala.
- Atiende casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.

III. Indicadores de logro

1. Realiza procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.
2. Elabora y aplica programas de salud mental.
3. Detecta y atiende casos con técnicas apropiadas.
4. Atiende a comunidades en riesgo.
5. Da capacitaciones y servicios a grupos de personas con conflictos.

IV. Contenido temático del curso (temas y subtemas generales)

1. Planificación de programas de aplicación de la psicología
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico

y tratamiento psicológico.

3. Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico.
4. Detección y atención de casos.
5. Capacitación en salud mental.
6. Investigación de problemas de salud mental en Guatemala.
7. Atención a comunidades en riesgo.
8. Detección de situaciones de resiliencia.
9. Creación de programas y proyectos.

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

- La universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La práctica profesional dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas; así como con las normativas establecidas por la universidad.
- Se utilizarán diálogos, foros, exposiciones para discutir conocimientos adquiridos en investigaciones y análisis de documentos.

- Se elaborarán planificaciones y agendas para organizar el trabajo de la práctica.
- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- Las fechas de entrega de trabajos serán las únicas para recibirlos, de lo contrario tendrá que justificar por escrito y hacer una petición a la coordinación y a la catedrática para tener la mitad del punteo previo estudio del caso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

VI. Formas / técnicas / procedimientos de evaluación

Actividades	Punteo
I Fase	
Resumen del libro la entrevista psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos
II Fase	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
III Fase	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado.	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2. Calendarización o cronograma de actividades y valoración del curso

I Fase del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ entrega de trabajos
<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de centros de práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la universidad 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica ❖ Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo ❖ Diagnóstico de conocimientos ❖ Visita al centro de práctica, acuerdos administrativos, del 1 al 12 de marzo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrega de resumen del libro. La entrevista psiquiátrica ✓ Entrega de planificación
La entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Panel foro ❖ Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado 	✓ Guía de lectura
Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, informe clínico	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Laboratorio ❖ Inicio de práctica 1 de Marzo <p>En centro de práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Investigación marco de referencia ❖ Observación de actividades <p>Integración en actividades del centro de práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Investigación de problemática principal atendida en el Centro de práctica. 	✓ Entrega y revisión

Continúa fase I

<p>Referente metodológico</p> <p>Detección y atención de casos en centro de práctica</p>	<p>❖ Elaboración de referente metodológico</p> <p>En centro de práctica:</p> <p>❖ Actividades de <i>rapport</i> e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, entre otros.</p> <p>❖ Registro de casos/ formularios.</p> <p>❖ Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, y otros.</p> <p>❖ Discusión de casos</p>	<p>✓ Entrega y revisión del marco de referencia.</p> <p>✓ Entrega de historias clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).</p>
<p>Marco de referencia</p>	<p>Elaboración de marco de referencia</p>	<p>✓ Entrega y revisión</p>
<p>Análisis y discusión de formas de psicoterapia:</p> <p>➤ Psicoterapias psicoanalíticas</p> <p>➤ Psicoterapias humanistas</p> <p>➤ Psicoterapias conductistas</p>	<p>❖ Exposiciones y aplicaciones prácticas</p> <p>❖ Laboratorios</p> <p>❖ Investigaciones</p>	<p>✓ Investigación sobre tema de psicoterapia</p> <p>✓ Entrega de informes mensuales</p> <p>✓ Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)</p>

II Fase del 6 de mayo al 26 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica
Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de historias clínicas ❖ Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) ❖ Discusión de casos/ llevar caso principal al aula 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación de 5 historias clínicas completas ✓ Participación
Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico	Investigación del tema de psicodiagnóstico	✓ Entrega de tema
Psicopatologías encontradas durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de psicopatología
Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de planificación y cronogramas ❖ Ensayos en el aula ❖ Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrega de planificación y contenido de capacitaciones ✓ Presentación de constancias firmadas y selladas

Continúa fase II

<p>Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Elaboración de proyecto de salud mental❖ Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad.❖ Clausura en centro de práctica	<ul style="list-style-type: none">✓ Entrega de proyecto✓ Entrega de carta de✓ evaluación de práctica por encargado del centro
---	--	---

III Fase del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	Aplicación de proyecto de salud mental en comunidades rurales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto ✓ Entrega de evidencias electrónicas del proyecto ✓ Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)
Análisis de resultados y logros obtenidos durante la práctica profesional dirigida	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de resultados ❖ Elaboración de gráficas y tablas 	Presentación de capítulo IV del informe final presentación de resultados
Primera revisión de informe final	Elaboración de informe final	Presentación de primera parte del informe
Segunda revisión de informe final	Correcciones	Presentación de segunda parte del informe
Tercera y última revisión de informe final	Correcciones	Presentación completa del informe final
Entrega de informe/ examen final		

3.3. Planificación general de práctica profesional dirigida

Mes: enero y febrero

Lugar: Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Chimaltenango.

Practicante: Consuelo Veronica Inay Raxjal

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Obtener información general de las actividades a realizar en la práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Información general sobre elaboración de informe final de práctica. • Visitas a instituciones para realizar la práctica. • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad 	Planificación en clase Clases magistrales Exposiciones Sondeo de instituciones de atención psicológica Realizar un recorrido en el centro de práctica.	Formato de planificación Elaboración de cartas para el centro de práctica.	Se ha realizado la planificación de práctica. Se cuenta con el centro para la práctica.

Mes: marzo

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Contar con los formatos necesarios para la práctica e información para el marco de referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita centro de práctica, para presentación de documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico. • Observación de actividades del centro de práctica. • Investigación de marco de referencia. • Investigación de problemática principal, de atención en el centro de práctica. • Investigación de temas para capacitación • Capacitación de temas de interés. 	<p>Reunión para la presentación de documentos.</p> <p>Revisión bibliografía de temas.</p> <p>Capacitaciones interactivas.</p> <p>Dinámicas relacionadas con el tema</p>	<p>Formatos de documentos a utilizarse.</p> <p>Cañonera.</p> <p>Laptop</p> <p>Equipo de sonido</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p> <p>Hojas</p>	<p>Se tienen los documentos necesarios para la práctica,</p>

Mes: abril

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Elaborar el marco metodológico y atender a personas en el centro de práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de marco metodológico. • Identificación de personas para atención en el centro de práctica. • Atención de personas. • Aplicación de entrevista. • Discusión de casos en el aula. 	<p>Redacción del referente metodológico.</p> <p>Aplicación de <i>rapport</i> en atención</p> <p>Realización de entrevistas</p> <p>Clases magistrales e interactivas</p>	<p>Investigación</p> <p>Formatos de entrevistas.</p> <p>Formatos de documentos necesarios para la atención de personas.</p>	<p>Se tienen el marco metodológico.</p> <p>Se lleva a cabo la atención de personas</p>

Mes: mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Aplicar los lineamientos de investigación y atención en la práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del marco de referencia • Análisis de atención de personas. • Discusión de formas de atención de personas. 	<p>Investigaciones</p> <p>Exposiciones</p> <p>Aplicaciones en el centro de práctica</p>	<p>Formatos de entrevistas.</p>	<p>Se cuenta con el marco de referencia y lineamientos adecuados para la atención</p>

Mes: junio

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Socializar un caso en el aula.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de historias clínicas. • Elección del caso para llevar al aula. • Presentación del caso en el aula. 	Exposición	Formato de historia clínica	Se ha presentado un caso en el aula.

Mes: julio

Objetivo	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Compartir con la población del centro de práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de técnicas de intervención clínica en Psicodiagnóstico • Psicopatologías encontradas durante la práctica. • Clausura en el centro de práctica 	Entrega de carta de agradecimiento al centro de práctica. Realización de dinámicas	Carta	Se ha concluido la práctica.

F. _____

Consuelo Veronica Inay Raxjal
Alumna practicante

F.  _____

Vo. Bo. Licda. Sonia Pappa
Asesora de práctica

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

El contenido de este capítulo da a conocer los resultados y logros obtenidos, en el proceso de práctica profesional dirigida, se presenta el panorama de cómo se desarrolló cada programa y cómo pudo obtenerse un aprendizaje significativo. También se dan a conocer algunas dificultades que se presentaron en el transcurso de la práctica, que se llevo a cabo como un ejercicio profesional. Así también se presentan las historias clínicas obtenidas durante la atención de casos, y por último se incluye el proyecto de salud mental elaborado por el grupo de alumnos de 5º. grado.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- ❖ Asistencia de las y los pacientes a las sesiones planificadas.
- ❖ Atención a diversidad de personas, provenientes de diferentes lugares del departamento de Chimaltenango.
- ❖ Excelente comunicación y confianza del coordinador de la institución, para abordar los casos que se presentaban.
- ❖ Culminación del proceso de práctica satisfactoria por el centro de atención.
- ❖ Mayor demanda en atención psicológica de pacientes.

4.1.2 Limitaciones

- ❖ Ubicación y acceso al centro de atención psicológica.
- ❖ El horario para la atención de los pacientes, que se solicitaba que fuera de acuerdo a las necesidades del mismo.
- ❖ No contar con varias clínicas de atención psicológica en el centro.
- ❖ Los pacientes requería de atención psicológica los fines de semana

4.1.3 Conclusiones

- ❖ El proceso de práctica, que se llevo a cabo en la institución fue de beneficio, para la población que buscaba ayuda, ya que no contaban con el recurso económico, que cubriera los honorarios de las sesiones requeridas.
- ❖ La atención psicológica, fue dada a las personas de diversas edades, se atendió tanto a hombres y mujeres, quienes profesaban diferente religión, así como a niños, niñas y adolescentes.
- ❖ La práctica es una fase de apoyo, dirigida a todas las personas que presentan dificultades en el comportamiento, manejo de sus emociones y pensamientos, que les dificulta el desenvolverse de forma armoniosa con los que se encuentran en su entorno.

4.1.4 Muestra de cinco casos atendidos (presentación de historias clínicas)

Historia clínica

Caso No. 1

I. Datos generales

Nombre:	M. E. C. B.	Sexo:	F	Edad:	42
Religión:	Evangélica	Escolaridad:	6to. Primaria		
Ocupación:	ama de casa	Estado civil:	Casada		

II. Motivo de consulta

Indica el hijo de la paciente que desde hace 7 meses, la señora empezó a mostrarse diferente a como era antes, ha manifestado desinterés por realizar las diversas actividades cotidianas, no le despierta interés el ocuparse del hogar, salir a fiestas, participar en actividades, sociales, religiosas, no platica con los hijos. La paciente comenta que se siente cansada, desinteresada, sin entusiasmo, y solo quiere estar durmiendo, sola, que no le hablen, que no la molesten, ni le comenten de situaciones familiares. Todas estas actitudes son de preocupación para los hijos.

III. Historia del problema actual

La paciente es una señora de 42 años de edad, fue traída por el segundo hijo a consulta, quien explicó los cambios que ha presentado durante los últimos meses, la paciente vive con sus cinco hijos, esposo y nieta. La tercera hija resulto embarazada, no se caso, la nieta fue creciendo en la casa, ahora tiene 4 años, la mamá decidió irse de la casa, llevándose consigo a la hija, siendo madre soltera, no trabaja, ni quiso estudiar, no colabora en la casa con los oficios domésticos. La paciente es la abuela y se ha hecho responsable de la nieta y cubre todas las necesidades de ella. Ante esta situación, su hijo, quien es el segundo se preocupó por la mamá, porque ha cambiado de humor con todos los hermanos, se ha vuelto muy irritada, no tiene ánimo de compartir con la familia.

IV. Factores precipitantes

Según comenta la paciente comenzó a sentirse mal, cuando la hija se fue de la casa y se llevó a la nieta, la preocupación de la abuela es que la hija debido a su falta de responsabilidad en el pasado, no se preocupe por la nieta, porque se fue a vivir con una nueva pareja. La paciente, ya no quiere comer, no se preocupa de los hijos, ni de la hija menor que tiene 7 años, constantemente llora, porque no sabe de su nieta, no sabe donde está viviendo, se siente sola.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La situación ha perjudicado la relación familiar, los hermanos tratan de colaborar en los oficios de la casa, pero la paciente insiste en que nadie la comprende y que no la ayudan, pero la preocupación de los hijos, es que tienen una hermana menor de 7 años, quien ha bajado en su rendimiento escolar, por el cambio que ha tenido la mamá por la partida de la hija y la nieta. Ante esta situación, el segundo hijo le recomendó que buscara ayuda para poder resolver el problema, ya que ha raíz de la conducta de la paciente la hija menor ha bajando su rendimiento escolar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

No ha padecido de enfermedades graves.

VII. Historia médica

Comenta la paciente que los cinco partos fueron normales, durante su niñez vivió con sus padres. Además no ha sido intervenida quirúrgicamente, ha padecido de enfermedades comunes, como: gripe, resfriados, pero nada complicado, constantemente se queja de dolor de cabeza, pero ya le realizaron un examen neurológico y el médico, comentó que no tiene ninguna enfermedad física.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente esta compuesta por la madre, padre y una hermana menor y ella, cuando se casó se fue a vivir con los suegros, pero después lograron construir y viven con su esposo y sus hijos en casa propia. No ha tenido mayores complicaciones con los cuatro hijos, ya que la primera hija, se caso y vive con el esposo. Los otros dos hijos menores son solteros, y quien le ha dado dificultades, ha sido la tercera hija con quien desde pequeña la relación madre – hija no ha sido buena, porque ha sido rebelde, ante esta situación la paciente ha presentado cambios de humor, actitud, y comportamiento con todos los integrantes de la familia.

IX. Examen mental

La paciente presenta baja autoestima, sentimientos de culpa, su arreglo personal es de acuerdo a su edad, tiene una expresión verbal adecuada, sabe en donde esta, y porqué esta solicitando ayuda, no muestra rigidez, esta atenta a las preguntas, tiene capacidad de insight.

X. Criterios diagnósticos

- ❖ Tristeza
- ❖ Temor
- ❖ Insomnio
- ❖ Inseguridad
- ❖ Apego con la nieta
- ❖ Baja autoestima
- ❖ Sin apetito
- ❖ Timidez
- ❖ Soledad
- ❖ Desinterés
- ❖ Psicopatización

XI. Diagnóstico multiaxial

- Eje 1 sin diagnóstico
- Eje 2 sin diagnóstico
- Eje 3 sin diagnóstico
- Eje 4 Problemas relativos al grupo primario de apoyo

XII. Pronóstico

Es favorable, con la ayuda de atención psicológica y asistencia familiar a las sesiones.

XIII. Plan terapéutico

Con la paciente se planificaron seis sesiones, y con los hijos las mismas, se trabajará la terapia sistémica familiar, también se trabajara la autoestima, el manejo del temor, seguridad, comunicación con la familia, otra técnica aplicada fue el realizar ejercicios de respiración, relajación, cambiar pensamientos negativos por positivos, todas estas técnicas se enfocaron en modificación de la conducta.

Historia clínica

Caso No. 2

I. Datos generales

Nombre:	E. E. G. A.	Sexo:	F	Edad:	21
Religión:	Evangélica	Escolaridad:	5to. primaria		
Ocupación:	ama de casa	Estado civil:	Casada		

II. Motivo de consulta

La paciente comenta que desde hace 5 meses su esposo, la insulta, la maltrata, no le da gusto, físicamente no le pega, pero en cualquier oportunidad ya sea en público o privado la trata mal, ella pensó que era normal, porque le comento a la mamá, quien le respondió que eso era porque él la quería y así se lo demostraba. Pero ella se ha sentido incomoda ante esta situación ya que no se esperaba que su matrimonio cambiara después de 3 años, actualmente tiene una nena de 2 años, y en ocasiones ha pensado salirse de su casa. Porqué ya no soporta más, ante esta situación y sin encontrar apoyo en la familia, le comento a una vecina la situación que estaba viviendo, y la misma fue quien le dijo que buscara ayuda.

III. Historia del problema actual

Comenta la paciente quien tiene 21 años de edad, que durante el noviazgo, el novio fue atento, cariñoso, no mostro celos, le compraba regalos, cuando se casaron era responsable, pero que no tenia casa propia, le dijo que se irían a alquilar, pero que mientras tanto que vivirían con los suegros, es decir en la casa de los papas del esposo, la suegra constantemente se entrometía en todo, que como se viste, que se arreglaba demasiado, que salía constantemente, que no se preocupa por el esposo, por la hija, y cuando el esposo regresaba del trabajo, primero pasaba con la mamá quien le informa todo lo que, acontecía durante el día, ante esta situación ella le dijo al esposo que se fueran a alquilar, quien le respondió que no dejaría a sus papas, ante ello, la paciente le respondió que no soportaba más esa situación, desde entonces tiene que salir a trabajar para cubrir las necesidades de la casa, los personales y los de la hija.

IV. Factores precipitantes

Según comenta la paciente que el cambio, se dio cuando el esposo cambio de trabajo ya que anteriormente estaba trabajando en una construcción, como ayudante de albañil, pero que desde que se fue a trabajar en una empresa de verduras, en donde tiene turnos rotativos, ya no llega a dormir, por varias noches durante la semana, a veces trabaja los fines de semana, y cuando ella le pide gasto el argumenta que no le han pagado, y que tiene que pagar un cuarto donde duerme cuando no llega a la casa, ante esta situación y los malos tratos la paciente asume que su esposo ya tiene una nueva pareja y por eso es el cambio de humos y de responsabilidad.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La paciente se ha sentido utilizada, con temor de que llegue a golpearla físicamente, se siente triste, insegura, no cuenta con el apoyo de sus padres, no cuenta con un trabajo estable, ya que se dedica a trabajar en casas de lavar y planchar, tiene temor por que le quiten a su hija, por no darle lo necesario, y que el papá tenga la solvencia económica.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

No padece de ninguna enfermedad que requiera medicamento.

VII. Historia médica

La paciente comenta que no se ha enfermado de ninguna enfermedad, no ha requerido de intervenciones quirúrgicas, los padres de la paciente han sido sanos y no tiene historias genéticas de enfermedades.

VIII. Historia familiar

La familia de la paciente esta compuesta por la madre, padre y una hermana mayor, ella y una hermana menor, cuando se caso se fue a vivir con los suegros, ello complicó la relación con su esposo, la familia no la apoya, todo ello ha provocado que constantemente este irritada, estresada, mal humorada y cuando la niña se le acerca o comete una travesura la niña, reacciona mal y constantemente la esta regañando, ante esta situación la mamá, esta solicitando ayuda para manejar su ira y culpa.

IX. Examen mental

La paciente, muestra tristeza, temor, baja autoestima, inseguridad, el arreglo personal es de acuerdo a su edad, tiene una expresión verbal adecuada, sabe en donde esta, y porqué esta solicitando ayuda, esta atenta a las preguntas, tiene capacidad de insight, muestra una conducta colaboradora.

X. Criterios diagnósticos

- ❖ Tristeza
- ❖ Temor
- ❖ Inseguridad
- ❖ Baja autoestima
- ❖ Soledad

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje 1 sin diagnóstico
Eje 2 sin diagnóstico
Eje 3 sin diagnóstico
Eje 4 Problemas psicosociales y ambientales

XII. Pronóstico

Es favorable, a través de atención psicológica.

XIII. Plan terapéutico

Con la paciente se planificaron cuatro sesiones, se trabajara la terapia humanista del aprendizaje social, que llevo durante su niñez, fortaleciendo su autoestima, seguridad, manejo del temor.

Historia clínica

Caso No. 3

I. Datos generales

Nombre:	J. A. G. J.	Sexo:	M	Edad:	35
Religión:	Católico	Escolaridad:	Graduado		
Ocupación:	Perito Contador	Estado civil:	Casado		

II. Motivo de consulta

El paciente comenta que desde hace dos años esta separado de su esposa, vive solo, tiene 3 hijos, pero que hace un año conoció en la institución donde labora a una persona, con quien ha iniciado una relación de noviazgo, ésta pareja sabe de su situación matrimonial, pero la esposa se enteró de esta nueva relación y lo demandó, argumentando que no le da gasto, ante esta situación el esposo aprovechó para plantear su divorcio, pero su novia le comentó que no es conveniente por la relación con sus hijos, y que es mejor que se solvente la pensión alimenticia de los hijos, pero la esposa no esta dispuesta a darle el divorcio y lo manipula, diciéndole que si sigue con la relación ya no vera a sus hijos. Esto ha generado inseguridad, baja autoestima, preocupación, insomnio, pérdida de apetito, temor a la nueva relación.

III. Historia del problema actual

El paciente ha vivido solo, comenta que ha cumplido con las responsabilidades del hogar, solamente que la separación se debió, a que la esposa llevó a vivir a sus hermanos a la casa, y como tenían habitaciones vacías, vio la oportunidad de ayudar a sus hermanos, esto se fue agravando, porque lo que se compraba para la despensa era para todos los que habitan en la casa, los hermanos llegaron a la casa, porque el centro educativo les quedaba muy lejos, la esposa les dio alojamiento mientras ellos conseguían donde instalarse, pero después de un año, surgieron los problemas, los gastos se incrementaron. El paciente le comentó a la esposa de los gastos y que tenían que aportar los papás de los hermanos, pero ella le dijo que no y que saldría a buscar trabajo, ante esta situación, la convivencia en el hogar se fue tensando, hasta que un día la esposa le dijo que mejor se fuera, porque por todo peleaban y que ella se quedaba con la casa y con los hijos.

IV. Factores precipitantes

Según comenta el paciente, que esa situación lo hizo sentirse mal, porque no se esperaba que su esposa cambiara y que la prioridad fueran sus hermanos y no su esposo, pero para no dañar a los niños, él decidió salirse de la casa, ya que no era un ambiente agradable para sus hijos, pero los cuñados, comenzaron a entrometerse en la relación comentando que él tenía a otra persona, por eso que no daba el gasto, que llegaba tarde a la casa, que tenía a la esposa como empleada doméstica, que no le daba todo lo que ella merecía, la relación con los hijos se fue distanciando, ya que cuando él salía de su casa sus hijos estaban durmiendo y al regreso igual. Todo ello provocó que él se desesperara y decidiera irse de la casa.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El paciente comenta que quiere salvar la relación con sus hijos, ya que su esposa no quiere saber nada de él, ante esta situación su novia después de conocerlo en el trabajo lo ha apoyado para que continúe con su vida, y siga apoyando a sus hijos, pero la mamá los ha convencido de que por la novia los abandona, y que por eso les limita en lo que ellos le piden, la comunicación no ha sido muy buena, ya que la esposa los utiliza, para reclamarle que es un irresponsable, que los abandona, que no los quiere y que por eso se quiere separar, todo ello provocado en el paciente inseguridad, temor y tristeza.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

El paciente no padece de ninguna enfermedad que requiera medicamento.

VII. Historia médica

El paciente comenta que nació de un parto normal, que se ha enfermado de lo común, varicela, paperas, gripe, tos, pero que nada complicado.

VIII. Historia familiar

El paciente tiene una familia que está constituida por la mamá y papá, quienes fallecieron, hace 10 años, es el menor de cuatro hermanos dos mujeres y un hombre él es el más pequeño. Se lleva bastante bien con sus hermanos, ellos lo apoyan en la nueva relación, ya que saben que ha cumplido con su familia, pero que la esposa se ha aprovechado de la situación.

IX. Examen mental

El paciente muestra temor, inseguridad, preocupación, tristeza, presenta un arreglo personal que es de acuerdo a su edad, tiene una expresión verbal adecuada, mantiene una conversación cortés, sabe donde está, comprende que es necesario el acompañamiento psicológico, para no dañar y continuar con la nueva relación, pero que también quiere saber como tratar a sus hijos y como no perderlos. No muestra rigidez, está atento a las preguntas que se le plantean, tiene capacidad de insight, muestra una conducta colaboradora.

X. Criterios diagnósticos

- ❖ Tristeza
- ❖ Temor
- ❖ Inseguridad
- ❖ Preocupación

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje 1 sin diagnóstico
Eje 2 sin diagnóstico
Eje 3 sin diagnóstico
Eje 4 Problemas psicosociales y ambientales

XII. Pronóstico

Es favorable, a través de atención psicológica y legal.

XIII. Plan terapéutico

Con el paciente se planificaron cinco sesiones, haciendo uso de la terapia cognitivo – conductual, para fortalecer la seguridad, manejo del temor, manejo del duelo de la primera relación, identificar las instancias legales para asesoría, que corresponde en el caso.

Historia clínica

Caso No. 4

I. Datos generales

Nombre:	K. P. F. Ch.	Sexo:	F	Edad:	10
Religión:	Católica	Escolaridad:	4to. Primaria		
Madre:	C. R. Ch. R.	Ocupación:	Ama de casa		
Estado civil:	Casada				

II. Motivo de consulta

La madre indica que la hija hace 6 meses empezó a mostrarse indiferente, a como era antes, se ve triste, ha bajado en el rendimiento escolar, no sale a jugar con sus amigas, constantemente pelea con el hermano de 2 años, le responde de forma incorrecta a la mamá e incluso a la maestra de grado, constantemente se irrita, no colabora en los oficios de la casa, hay que estar recordándole que realice la tarea. La mamá esta preocupada porque no quiere comer y que a su edad, debe jugar y estudiar, la maestra le recomendó que buscara ayuda, para que la niña no dejara de estudiar.

III. Historia del problema actual

La paciente es una niña de 10 años, quien durante los años anteriores ha sido una estudiante regular, no había mostrado desinterés en los estudios, la paciente comenta que su papá estaba en el extranjero y que hace 3 años regresó a la casa, pero que desde su llegada su mamá y su papá constantemente se pelean, discuten por todo y lo hacen frente a ella, eso le provoca miedo, y por eso ya no quiere ir a la escuela, porque piensa que si deja a su mamá sola, su papá le pegara.

IV. Factores precipitantes

Según comenta la paciente, comenzó a sentirse mal, a raíz de la llegada del hermano menor, ya que cuando estaba sola, la mamá le daba toda la atención y no discutían con el papá, pero después del nacimiento, constantemente están discutiendo, se insultan y el papá se va a comer con la abuelita, ya que comparten el mismo terreno, pero no la misma casa. Otra situación fue que cambiaron a la

maestra de grado, y que no les explica, no les tiene paciencia como la anterior, y que constantemente esta regañando y castigando, es muy enojada.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

La niña quien es la paciente comenta que quiere que su papá y mamá no peleen, que estén viviendo bien en la casa y que la abuelita no sea entrometida, ya que todo eso ha hecho que sus amigas de la escuela se burlen de ella, y le digan que su papá se buscara otra mujer, porque solo peleando se esta con su mamá y que se quedara sin papá.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente es la primogénita, el desarrollo durante la niñez ha sido de adecuado a su edad, no se ha enfermado de gravedad, los padres han sido sanos.

VII. Historia médica

Comenta la mamá de la paciente que el proceso de gestación fue sin complicaciones, de igual forma el parto fue normal, el esposo se fue a trabajar al extranjero, cuando la niña tenía un año. y que se ha enfermado de lo común, que es gripe, tos, pero que nada complicado.

VIII. Historia familiar

El papá se fue durante 6 años a trabar al extranjero, durante ese tiempo la esposa se quedó viviendo con los suegros, pero en casa separada, la relación con los mismos ha sido cordial, aunque de un principio no aceptaban el matrimonio, después cuando el hijo se fue constantemente le informaban de lo que hacia su esposa, a la niña la tratan bien. La paciente comenta que cuando regreso el papá todo estaba bien, pero que con el tiempo, el papá empezó a cambiar, ya que llegaba tomado, después empezó a pelear, y que cuando la paciente le pide dinero, el dice que no tiene, y que se volverá a ir al extranjero, ya que su esposa no lo quiere y que con la llegada del hermano menor se quedo sin dinero, por eso la paciente dice que la culpa la tiene su hermano menor, que si el no hubiera llegado su papá no fuera así, por eso no lo quiere y constantemente esta peleando con el y por eso la mamá la castiga.

IX. Examen mental

La paciente muestra tristeza, su arreglo personal que es de acuerdo a su edad, tiene una expresión verbal adecuada, mantiene una conversación cortés, sabe donde esta, y porque la mamá la llevo a buscar acompañamiento psicológico, para que pueda compartir con el hermano menor y no deje la escuela.

X. Criterios diagnósticos

- ❖ Tristeza
- ❖ Temor
- ❖ Inseguridad
- ❖ Falta de apetito
- ❖ Indisciplina

XI. Diagnóstico multiaxial

- Eje 1 sin diagnóstico
- Eje 2 sin diagnóstico
- Eje 3 sin diagnóstico
- Eje 4 Problemas psicosociales y ambientales

XII Pronóstico

Es favorable, a través de atención psicológica familiar.

XIII Plan terapéutico

Se planificaron 10 sesiones, para abordar el temor, la inseguridad, la disciplina en el hogar, los roles del papá y la mamá, retomar la comunicación y la convivencia familiar, se trabajo la silla vacía, la ludoterapia, alegoría. Estas técnicas fueron para trabajar la conducta de la niña.

Historia clínica

Caso No. 5

I. Datos generales

Nombre:	C. D. J. Ch.	Sexo:	M	Edad:	9
Religión:	Evangélico	Escolaridad:			3ro. Primaria
Madre:	T. R. R. G.	Ocupación:			Ama de casa
Estado civil:	Casada				

II. Motivo de consulta

La madre indica que el hijo, es muy inquieto en la escuela, que no hace la tarea ni en la casa ni en la escuela, que distrae a sus compañeritos, que le gusta estar jugando, ello ha contribuido a que el rendimiento escolar sea bajo, esto se ha dado desde hace 5 meses. Por ello la maestra le sugirió que buscara ayuda, para que pierda el grado.

III. Historia del problema actual

El paciente comentó que el papá hace 7 meses, empezó a trabajar en una empresa de transporte, en donde constantemente tiene que viajar al interior del país y se va por largas temporadas, y que se mudaron de casa, ya que anteriormente vivían con la abuelita, quien lo consentía por ser el menor de los nietos. Y que en la escuela constantemente le están cambiando de maestras y maestros, y cuando llega el nuevo, vuelve a retomar las clases, que ya se han dado, entonces le resulta aburrido y por eso se pone a jugar con sus compañeritos y no le da gana de hacer la tarea.

IV. Factores precipitantes

Los cambios que presenta el paciente se debe a los cambios, que se han dado en su entorno, tanto en el centro educativo, como en la casa, todo ello ha contribuido ha que baje en las notas.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El niño comenta que quiere que su papá, este mas tiempo en la casa, que se interese en sus tareas, que nos maestros no estén cambiando, ya que unos son muy estrictos y otros no dan clases. La separación con la abuela le afecto, ya que la mamá cuando salía de la casa a hacer las compras o mandados, es la abuela, quien lo cuidada, y el papá estaba en la casa, pero que ahora como ya no están, se siente triste y sin ganas de hacer nada. Incluso solo molestar.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

El desarrollo del paciente en lo educativo, y en el desarrollo de la niñez ha sido de adecuado a su edad, no ha padecido de ninguna enfermedad que requiera medicamento.

VII. Historia médica

Comenta la mamá del paciente que el proceso de gestación fue sin complicaciones, de igual forma el parto fue normal,

VIII. Historia familiar

El papá se va por temporadas a trabajar, de dos o tres meses y regresa a la casa por dos semanas, en ese tiempo se dedica a su familia y a sus hijos, pero anteriormente el papá llegaba todos los días a comer y era quien los llevaba a la escuela, pero ahora la mamá es quien los lleva, y de regreso almorzaban con la abuelita, pero desde que el papá cambió de trabajo, ya no juegan tanto, ya no visitan a la abuelita, ya que la mamá dicen que tiene que estar en su casa y hacer la tarea. Porque no quiere que su esposo se moleste por las bajas notas de sus hijos. El paciente es el tercero de la familia.

IX. Examen mental

El paciente muestra tristeza, su arreglo personal que es de acuerdo a su edad, tiene una expresión verbal adecuada, mantiene una conversación, sabe donde esta, y porque la mamá lo llevo a buscar ayuda psicológico, para que pueda comprender el trabajo de su papá y la separación con la abuelita.

X. Criterios diagnósticos

- ❖ Tristeza
- ❖ Inquieto
- ❖ Desconfianza
- ❖ Temor
- ❖ Inseguridad
- ❖ Baja autoestima
- ❖ Miedo
- ❖ Abandono
- ❖ Dependencia

XI. Diagnóstico multiaxial

- Eje 1 sin diagnóstico
- Eje 2 sin diagnóstico
- Eje 3 sin diagnóstico
- Eje 4 Problemas psicosociales y ambientales

XII Pronóstico

Es favorable, a través de atención psicológica familiar.

XIII Plan terapéutico

Se planificó trabajar la terapia cognitivo – conductual, a través de 10 sesiones, para abordar el temor, la inseguridad, la separación de la abuelita y del papá en el hogar, se trabajo a través de la ludoterapia, se trabajo el programa de economía de fichas. Estas técnicas se usaron para el cambio de conducta.

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

- ❖ Asistencia y participación de las personas en cada una de las capacitaciones realizadas en los diferentes lugares.
- ❖ Responder a la demanda, en cuanto a los temas de interés de la población beneficiada en cuanto a recibir el tema.
- ❖ Las capacitaciones realizadas, fueron un puente de promoción para la atención psicológica.
- ❖ Los temas abordados en las capacitaciones, fueron de ayuda en la formación personal de los participantes.

4.2.2 Limitaciones

- ❖ El traslado del equipo, para llevar a cabo cada una de las capacitaciones, ya que a las y los participantes se les dificultaba el trasladarse a la institución.
- ❖ No contar con recursos de la institución, para llevar a cabo las capacitaciones.

4.2.3 Conclusiones

- ❖ Los temas abordados en las capacitaciones, fueron de beneficio y de apoyo para las y los participantes, ya que fueron los comentarios que se daban al finalizar.
- ❖ Las y los participantes, se sintieron apoyados y valorados por la institución, ya que esta no tiene fines de lucro.

- ❖ En cada capacitación las y los participantes, comprendieron la importancia de asistir a las diferentes actividades que se llevan a cabo en las comunidades.

4.2.4 Recomendaciones

- ❖ Realizar coordinaciones con otras instituciones afines, para abordar varios aspectos en actividades comunitarias.
- ❖ Promover la participación tanto de mujeres y de hombres, en las capacitaciones.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres impartidos

Charla 1

Tema: El Bullying o acoso escolar

Dirigida a madres y padres de familia, de las comunidades del municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

Fecha: 15 de Mayo de 2012.

1. Objetivo

- ❖ Los y las participantes, identifican el acoso, que pueden estar sufriendo sus hijos e hijas en el centro educativo.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de lluvia de ideas
- Desarrollo del tema a través de la elaboración de un rompecabezas

3. Cronograma de actividades

- ❖ Dinámica rompe hielo (camarón - caramelo)
- ❖ Bienvenida
- ❖ Tema: El Bullying o acoso escolar
- ❖ Desarrollo del tema, el papel del agresor y de la víctima
- ❖ Dinámica retroalimentación del contenido (sopa de letras)
- ❖ Dinámica de cierre (despedirse con un abrazo, tocando la cabeza, la nariz y el ojo)

4. Resumen del contenido

El Bullying o acoso escolar

El acoso escolar (conocido por su término en inglés bullying) es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Estadísticamente, el tipo

de violencia dominante es el emocional y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia (12-13 años), siendo ligeramente mayor el porcentaje de niñas en el perfil de víctimas.

Este tipo de violencia escolar se caracteriza, por una reiteración encaminada a conseguir la intimidación de la víctima, implicando un abuso de poder en tanto que es ejercida por un agresor más fuerte (ya sea esta fortaleza real o percibida subjetivamente) que aquella. El sujeto maltratado queda, así, expuesto física y emocionalmente ante el sujeto maltratador, generándose como consecuencia una serie de secuelas psicológicas (aunque estas no formen parte del diagnóstico); es común que el acosado viva aterrorizado con la idea de asistir a la escuela y que se muestre muy nervioso, triste y solitario en su vida cotidiana. En algunos casos, la dureza de la situación puede acarrear pensamientos sobre el suicidio e incluso su materialización, consecuencias propias del hostigamiento hacia las personas sin limitación de edad.

Charla 2

Tema: Autoestima

Dirigida a madres y padres de familia, de la aldea San Jacinto, comunidad del municipio de Chimaltenango.

Fecha: 20 de Junio de 2012.

1. Objetivo

- ❖ Los y las participantes, identifican los niveles de autoestima en la persona y como mejorarla, para llevar una vida saludable emocionalmente con las personas de su entorno.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de lluvia de ideas
- Desarrollo del tema a través de dinámicas

3. Cronograma de actividades

- ❖ Dinámica rompe hielo (La caja de sorpresas)
- ❖ Bienvenida

- ❖ Tema: Autoestima
- ❖ Desarrollo del tema, niveles de la autoestima
- ❖ Dinámica retroalimentación del contenido (fortalecer en todo lugar y momento la autoestima)
- ❖ Dinámica de cierre (verse frente al espejo y decirse, no hay otra como yo)

4. Resumen del contenido

Autoestima

Es un aspecto muy importante de la personalidad, es el logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, también se podría decir que es el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor. O bien es la capacidad que tiene la persona de valorarse, amarse, apreciarse y aceptarse a sí mismo, o el conjunto de las actitudes del individuo hacia sí mismo.

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima equilibrada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas, pueden manejar mejor el estrés y menos depresión que las personas con una autoestima baja o elevada. La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. El niño, aquí, compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña, las opiniones de los niños acerca de sí mismos tienen un gran impacto en el desarrollo de la personalidad, en especial en su estado de ánimo habitual y la presentación de patrones de conducta que lleven al individuo a establecer una autoestima que le permita un mejor desarrollo de sí mismo.

Charla 3

Tema: Violencia intrafamiliar

Dirigida a madres de familia, Acatenango municipio del departamento de Chimaltenango.

Fecha: 05 de Julio de 2012.

1. Objetivo

- ❖ Las participantes, identifican el círculo de la violencia intrafamiliar y puedan romper con el silencio para que ya no se reproduzca en los nuevos hogares.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de lluvia de ideas
- Desarrollo del tema a través de dinámicas

3. Cronograma de actividades

- ❖ Dinámica rompe hielo (dos personas atadas con una cuerda)
- ❖ Bienvenida
- ❖ Tema: Violencia intrafamiliar
- ❖ Desarrollo del tema, el papel del agresor y de la víctima
- ❖ Dinámica retroalimentación del contenido (el círculo de la violencia)
- ❖ Dinámica de cierre (identificando al líder)

4. Resumen del contenido

Violencia intrafamiliar

Es la violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

La violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación o retención económica.

Dinámica de la VIF:

- ❖ Fase 1. Acumulación de tensión
- ❖ Fase 2. Episodio agudo de violencia
- ❖ Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel

Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez. El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Personalidad del maltratador

Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo. Los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

Charla 4

Tema: La adolescencia

Dirigida a madres y adolescentes, en Zaragoza municipio del departamento de Chimaltenango.

Fecha: 30 de Julio de 2012.

1. Objetivo

- ❖ Los y las participantes, identifican los tipos de adolescencia, y los cambios físicos, psicológicos y sociales.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de lluvia de ideas
- Desarrollo del tema a través de dinámicas

3. Cronograma de actividades

- ❖ Dinámica rompe hielo (tipos de música que les gusta a los participantes)
- ❖ Bienvenida
- ❖ Tema: Adolescencia
- ❖ Desarrollo del tema, fases de la adolescencia
- ❖ Dinámica retroalimentación del contenido (el manto mágico)
- ❖ Dinámica de cierre (gente con gente)

4. Resumen del contenido

La adolescencia

La adolescencia (del latín "adolescere": crecer, desarrollarse) es una transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas, comienza a una edad determinada a los doce o trece debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico – sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar.

Es importante identificar que sentimientos, acompañan a estas manifestaciones, y que son consecuencia directa de las crisis que está atravesando:

- ✓ Sentimiento de inseguridad: sufre a causa de sus propios cambios físicos que no siempre van parejos con su crecimiento emocional, puesto que la pubertad, es decir la madurez física, siempre precede a la psíquica, con lo que a veces se encuentran con un cuerpo de adulto, que no corresponde a su mente, y por lo tanto no se reconocen, y desarrollan una fuerte falta de confianza en si mismos.
- ✓ Sentimientos angustia: puesto que existe una frustración continua. Por una parte le pedimos que actúe como un adulto (en sociedad, responsabilidad) y por otra se le trata como un niño, se le prohíbe vestir de una u otra forma, o se reglamentan sus salidas nocturnas.

Equivalentes depresivos en la adolescencia

1. Trastorno del comportamiento (desobediencia total, faltar a clase, fugas)
2. Problemas escolares graves habiéndose descartado problemas intelectuales, de aprendizaje o de mecánica de estudio.
3. Tendencia a adicciones, drogas, alcohol.
4. Conducta sexual desordenada.
5. Delincuencia.
6. Quejas psicósomáticas.

Charla 5

Tema: La comunicación efectiva en la pareja

Dirigido a parejas, en la aldea Bola de Oro, que pertenece al municipio del departamento de Chimaltenango.

Fecha: 03 de agosto de 2012.

1. Objetivo

- ❖ Los y las participantes, promuevan una comunicación asertiva en el hogar.

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de lluvia de ideas
- Desarrollo del tema a través de dinámicas

3. Cronograma de actividades

- ❖ Dinámica rompe hielo (escuchar y no hablar)
- ❖ Bienvenida
- ❖ Tema: La comunicación efectiva en la pareja
- ❖ Desarrollo del tema, tipos de comunicación
- ❖ Dinámica retroalimentación del contenido (espalda con espalda, dibuja lo que te describo)
- ❖ Dinámica de cierre (a través de mímica identifica, quien es)

4. Resumen del contenido

La comunicación efectiva en la pareja

El matrimonio conlleva siempre dificultades, crisis, conflictos, problemáticas entre el uno y la otra. Por ello es importante abordar la comunicación con la persona del otro sexo, con mentalidad, expectativas, esperanzas, sueños, deseos completamente diversos de los propios, es el modo más inteligente para adentrarse en la vida matrimonial.

Por comunicación no se debe entender solamente la verbal, aunque en general sea predominante, sino también la de los gestos, de la mímica del rostro, de la postura del cuerpo, del comportamiento, de las actitudes, el tono de voz, muchas veces se usan palabras dulces o formalmente irreprochables, pero algo, una señal, un matiz, una inflexión de voz, una mirada delata Y hace comprender el verdadero mensaje, aquello que se experimenta en verdad.

La comunicación entre personas de diferente sexo debe ser constructiva,

- ❖ No debe acusar.
- ❖ No debe exigir.
- ❖ No debe burlarse.
- ❖ No debe dominar.
- ❖ No debe guardar rencor.
- ❖ No debe ser pedante, repetitiva.

Debe estar abierta, disponible, dispuesta a cambiar de opinión; debe convertirse en lugar y medio para comprender mejor el universo del otro, tan diverso y lejano del propio. Por tanto, la comunicación debe ser permitir al uno conocer la profunda intimidad del otro.

4.3 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

4.3.1 Logros

- ❖ Realización de cada una de las actividades programadas de forma profesional
- ❖ Fortalecer la salud mental del psicólogo a través del auto cuidado, en cada momento profesional en donde se desenvuelva.
- ❖ Culminación del proyecto de manera armoniosa, para mantener una salud mental equilibrada

4.3.2 Limitaciones

- ❖ Organización y planificación del proyecto
- ❖ El tiempo fue corto, para la realización de las actividades

4.3.3 Conclusiones

- ❖ El desarrollo de la actividad de salud mental, apporto elementos fundamentales, que no se deben olvidar en la practica del ejercicio profesional, como es el auto cuidado.
- ❖ La salud mental, es una práctica en la vida cotidiana del profesional, y con todas aquellas personas donde se desenvuelva.

4.3.4 Proyecto de salud mental “Fortaleciendo la salud mental del psicólogo”

I Introducción

Los estudiantes del quinto año de la Licenciatura en Psicología y Consejería Social de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, llevan a cabo un proyecto de salud mental dentro de las actividades del curso de práctica profesional dirigida.

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que esta por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del autocuidado propio, para que pueda brindar un servicio de calidad a las personas que atiende. Es por ello que en este proyecto se impartirán temas relacionados a la salud mental del psicólogo como también actividades de convivencia, relajación, reflexión, entre otros.

II Justificación

Con el propósito de que los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología social y consejería familiar de la Universidad Panamericana, fortalezcan la salud mental adquirida durante su preparación académica a lo largo de estos cinco años; se realiza un proyecto de cuidado personal, emocional y psicológico. Ya que es de suma importancia que la salud mental del psicólogo en formación esté a un nivel equilibrado, debido a las situaciones a las que ha sido sometido (estudio intenso de los cursos, trabajo personal, práctica en atención de casos, estrés por ser el último año de la carrera, etc.), para concluir con éxito su último año de carrera profesional.

Cada estudiante tendrá la oportunidad de auto conocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana; creemos que todos estos aspectos, de manera integrada, son fundamentales para la salud mental y el correcto auto cuidado que debe poseer un psicólogo.

III Objetivos

Objetivo general

- ✓ Fortalecer la salud mental del futuro profesional aplicada en el área personal, laboral, familiar y social.
- ✓ Crear y aplicar proyectos que promuevan la salud mental

Objetivos específicos

1. Compartir y convivir grupalmente para fortalecer las relaciones interpersonales.
2. Aprender y aplicar algunas técnicas que promueven la salud mental en el profesional de la psicología.
3. Impulsar la salud mental como parte fundamental en la vida del psicólogo.

IV Metodología

El grupo de estudiantes utiliza el proyecto como método, esta es una estrategia con la cual se puede llevar al futuro profesional a un proceso donde se integra el conocimiento adquirido durante la formación del psicólogo. Dicho proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones

reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto.

La metodología utilizada en el proyecto es la participación activa y responsable de cada uno de los miembros, con el cual se pretende mejorar la salud mental de los futuros profesionales en psicología, solo así se tendrá una generación capaz de solventar las dificultades que día con día se deben resolver.

V Recursos

* Humanos:

El proyecto se llevara a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social.

El proyecto será asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.

* Didácticos:

Para llevar a cabo este proyecto será necesario un área para audiovisuales, el retroproyector electrónico, película en DVD, papelógrafos, marcadores, hojas bond, lapiceros y lápices.

* Financieros:

El apoyo económico personal es de Q.350.00 incluye pasaje, hospedaje y 4 tiempos de alimentación.

* Transporte:

Para este proyecto se contrató un vehículo expreso.

4.4.1 Presentación de resultados con gráficas

4.4.2 Programa de atención de casos

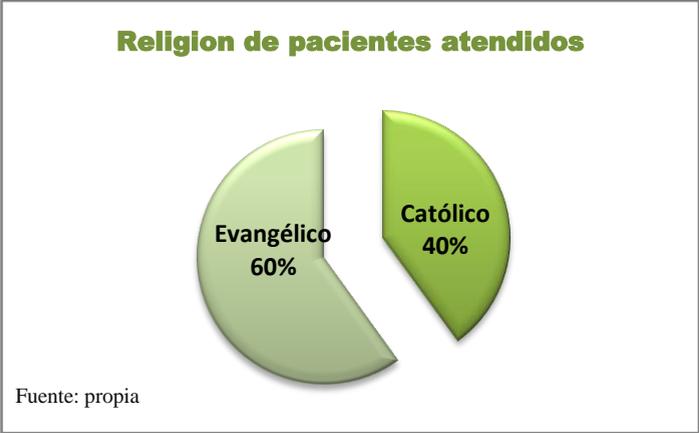
Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3



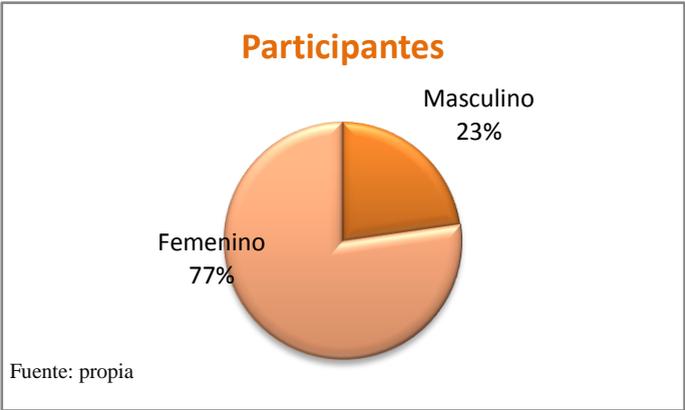
Gráfica 4



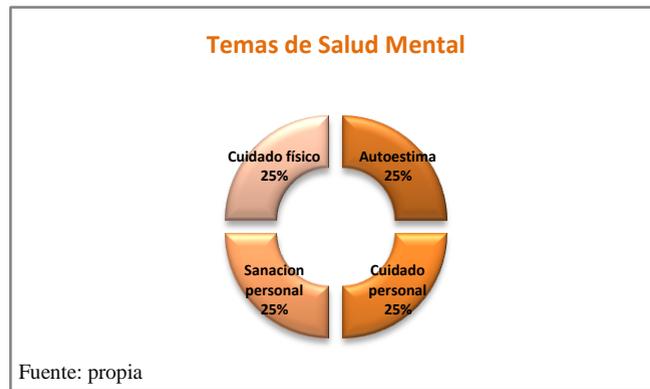
Gráfica 5



Gráfica 6



Gráfica 7



4.4.4 Análisis de datos

1. En la gráfica 1, se muestran los meses de atención psicológica, que se brindó a los pacientes que llegaban en búsqueda de ayuda, este servicio se llevó a cabo durante los meses de abril a agosto, del año 2012. La publicidad de la atención psicológica se realizó en el mes de marzo, para que las personas acudieran al centro de Higiene Mental, la estadística muestra, que la mayor asistencia de pacientes fue en el mes de mayo y julio, ya que en abril, también se llevó la promoción, y en el mes de junio y agosto, se dio por concluida la atención psicológica.
2. En la gráfica 2, la estadística revela que la atención psicológica, fue en su mayoría al sexo femenino, haciendo un total del 65% por ciento de la población atendida, en cuanto que en un 35% fue del sexo masculino, haciendo un total del 100%, de los casos atendidos.
3. La gráfica 3, muestra la religión que profesan los pacientes atendidos, dando como resultado que el 60% de personas atendidas, profesan la religión evangélica y el 40% son católicos, ante este resultado se podría decir que son más las personas evangélicas las que están buscando ayuda, para solventar los diferentes problemas que se les presenta, y los católicos son un buen porcentaje que también quieren mejorar las relaciones interpersonales y tener una mejor calidad de vida.

4. En la gráfica 4, se exponen los problemas que se tratarón en la atención psicológica, entre los temas de mayor atención fue el de violencia intrafamiliar, como segundo tema está el noviazgo y la baja autoestima que presentan las personas ante diversas situaciones cotidianas, seguidamente la conducta agresiva, el duelo y por último esta el insomnio y el bajo rendimiento escolar, que igual que los anteriores, son temas que estan causando desordenes emocionales en la población.
5. En la gráfica 5, se dan a conocer los temas impartidos, que se llevaron a cabo en cinco comunidades diferentes del departamento de Chimaltenango, quienes participaron y asistieron, al 100%, ya que eran temas de interés.
6. En la gráfica 6, se da a conocer la cantidad de participantes en el proyecto de salud mental, de acuerdo al sexo, siendo el 77% mujeres, y 23% hombres, que hacen un total del 100%.
7. La gráfica 7, presenta los temas impartidos en el proyecto de salud mental, en el que se abordaron temas de interés, para cada uno de los participantes.

Conclusiones

1. El proceso de práctica profesional dirigida, es un aprendizaje significativo y al mismo tiempo una oportunidad para apoyar a las personas que requieren de atención psicológica
2. En la atención psicológica, se atendieron a mujeres, hombres, adolescentes, niñas y niños, quienes buscaban ayuda, para resolver problemas diversos, siendo los más frecuentes los de violencia intrafamiliar y baja autoestima.
3. Los pacientes atendidos provenían de diferentes comunidades del departamento de Chimaltenango.
4. Las charlas impartidas, se llevaron a varios municipios de Chimaltenango, que fueron solicitados por los diferentes grupos organizados, abordando temas de interés como fue la autoestima, violencia intrafamiliar, la adolescencia, entre otros.

Recomendaciones

1. El realizar la práctica profesional dirigida, de psicología y consejería social, conlleva gestiones, coordinaciones y planificaciones, con las diferentes instituciones afines para trabajar en las diferentes comunidades, para que cada una de las actividades planificadas se realicen de una forma adecuada.
2. Es fundamental e importante abordar temas de interés, para que las personas estén informadas en aspectos de salud mental, para que tengan una mejor calidad de vida y puedan ayudar a las personas que se encuentran en su entorno.
3. Durante el proceso de práctica, es primordial tener una comunicación efectiva, con las autoridades del mismo, para que el proceso sea de beneficio, no solo para el o la practicante, sino para todas aquellas personas que necesitan ayuda.

Referencias

1. Abuchaem, J.: (1979). *El Proceso psicodiagnóstico*, Tomo I, Tema 2 y 3, Editorial. Kargieman, Bs.As.
2. Aguilar, G. (2009). *Problemas de la conducta y las emociones en el niño normal*. México: Editorial Trillas.
3. Ajouria Guerra, (1997). *Manual de Psiquiatría Infantil*, Editorial Masson, España.
4. Álvarez, R. y Bisquerra, A. (2006). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Cisspraxis S.A.
5. Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*, Editorial Masson, S.A: México.
6. Barlow D. Y Durand. M. Thomson *Psicología Anormal*. Lerner. Edición, México
7. Bellak Leopold (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México D.F.
8. Belloch, A y Sandísn B. (1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I, Mcgraw Hill. México.
9. Benson, C. Nigel. (2007). *Psicología para todos*. Editorial Paidós. España.
10. Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. Mcgraw Hill, México.
11. Bleger, José. (1985). *La Entrevista Psicológica*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
12. Bruce E. Compas, (2003) *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill
13. Carl R. *Terapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
14. Castañedo y cols. (1993) *Seis enfoques terapéuticos*. México DF.
15. Collins G. y Mijangos S. (1992), *Consejería Cristiana Efectiva*, editorial portavoz, Michigan; Estados Unidos.
16. Collins, Gary. (1992) *Consejería Cristiana efectiva*. Editorial Portavoz

17. Corsi, J. (1999). *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
18. Craig, Grace. *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall
19. De la Fuente R. *La Patología Mental y su Terapéutica* Fondo de Cultura Económico
20. Dorch, F. *Diccionario de Psicología*. Herder
21. Ellis, Albert. *Manual de la Terapia Racional Emotiva*. Volumen II Bilbao: Editorial Desclee .
22. Enrique Echeburúa-Odrizola (1996). *Avances para el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*. Pirámide. España.
23. Ey H Bernard, P, Brisset Ch. (1969) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ed. Toray-Masson
24. Eysenk, Arnold, Meil: (1979). *Diccionario de psicología"*, Tomo I, Ed. Rioduero.
25. Fernández B., Rocío. (1996). *Técnicas Proyectivas*, Editorial Piramide.
26. Fernández Ballesteros. (1983). *Psicodiagnóstico*, Madrid UNED.
27. Fernández Rojero C. (1991). *Ciclo vital y sistema familiar*. Medifam. Madrid.
28. Fernández, R. (2001) *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
29. Fierro A. (1996). *Manual de Psicología*. Editorial Paidós España.
30. Frankl, Viktor E, (1979) *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Editorial Herder, duodécima edición.
31. García Ramos J., y Gallego Rodríguez J. M: (2003). *Psicoterapias en Atención primaria*. Terapéutica en APS.FMC.
32. González N. J. *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno
33. Harry Snack Sullivan, (1994). *La entrevista psiquiátrica*, Prefacio de la edición Inglesa.

34. Jay E. Adams (1984). *Manual del Consejero Cristiano*, editorial CLIE, Barcelona; España.
35. Kleinke, Chris. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
36. Kolb, L. *Psiquiatría Clínica Moderna*. Prensa Médica Mexicana
37. Lorraine, S. (1992). *Agonía, Muerte y Duelo*. México: Manual Moderno.
38. M. Jacobs. *Esa Voz Interior*. Editorial Clie
39. Martín, A. (1988): *Psicología Comunitaria*. Madrid, Editorial Visor.
40. Martínez Arias M.R., Hernández, M^a.J. Y Hernández, M^a. V. (2006): *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial
41. Mendoza C. Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H, (2005), *Intervención en Crisis*. 2da. Edición.
42. Montilla, R. E. y Vilera, A. C. (2007). *Manual del estudiante, en consejería profesional*. Caracas, Venezuela: EPTC.
43. Muñiz, J. (2002): *Teoría Clásica de los Test*. Madrid, Pirámide.
44. Neimeyer, R.A. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Editorial. Paidos.
45. Oblitas Luis, (2008). *Psicoterapias contemporáneas*, México, editorial Edamsa.
46. R. Wick-Nelson, A. Israel. (1997). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*, México, Editorial Prentice Hall.
47. Raber, M, Dyck, G. (1991). *Control emocional y salud mental*. México: Trillas.
48. Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.
49. Ronald Jay Cohen, Mark E. Swerdlik. (2006). *Pruebas y evaluación Psicológicas*. Editorial mcgraw Hill, México. Sexta Edic.
50. Sánchez, A. (1988): *Psicología Comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona, PPU.
51. Sarason S. (1975). *Psicología Anormal*, Editorial Prentice Hall.

52. Shertzer, B. y Stone, S. (1986). *Manual para el Asesoramiento Psicológico*. Ediciones Paidós. Barcelona.
53. Skinner, B. F. (1938/1975). *La conducta de los organismos*. Barcelona: Fontanella.
54. Stierlin Helm. (1979). *Psicoanálisis y Terapia de Familia*. Barcelona, España. Edit. Icaria. 1era Edición.
55. Sullivan, H. *La Entrevista Psiquiátrica*. Editorial. Psique
56. UNICEF, (2011). *Estado mundial de la infancia*.
57. Vargas Mendoza, Jaime Ernesto. (2007). *Examen del Estado Mental*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
58. Vergeles Blanca J. (2000). *Orientación Familiar en Atención Primaria de Salud*. Pensar en términos de familia. Tribuna Docente en Medicina de Familia.
59. Zamorano F. y Celdrán M.I. (2006). *Programa de prevención de los trastornos del lenguaje*, Ed. Infantil y 1er. Ciclo de Primaria.

Anexos

Anexo 1

Constancia solicitud centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Escuela de psicología
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Chimaltenango, 28 de febrero de 2012.

Coordinador:
Lic. Israel López Ramos
Liga Guatemalteca de
Higiene Mental
Chimaltenango

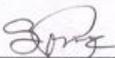
Respetable coordinador

Los saludamos deseándole muchas bendiciones y éxitos en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que la alumna practicante de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, Consuelo Verónica Inay Raxjal, pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

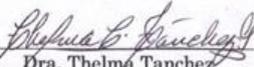
Dicha práctica dura de marzo a agosto, considerando que en este período la alumna cumplirá con lo estipulado por la universidad.

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

Atentamente,

F. 
Licda. Sonia Pappa
Catedrática de Práctica



F. 
Dra. Thelma Tánchez
Coordinadora Sede Chimaltenango



*Recibido
Israel López Ramos
Autorizado*

Anexo 2

Constancia autorización centro de práctica



LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL

Guatemala, 1 de marzo del 2012

Licda.
Sonia Pappa.
Asesora de Práctica Profesional Dirigida.
Universidad Panamericana.
Extensión Chimaltenango.

Distinguida Licenciada:
Por medio de la presente le manifiesto que se ha concedido el espacio del Centro de Salud Mental Comunitaria de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental ubicado en el lote 456 del Parcelamiento "La Alameda" Chimaltenango, para que la señorita CONSUELO VERONICA INAY RAXJAL estudiante del 5to. Año de la carrera de Psicología y Consejería Social, realice su práctica Profesional en esta institución.

No está demás agradecerle la oportunidad que nos brinda la Universidad Panamericana y usted para contribuir en la formación de profesionales de la psicología con mucha ética y responsabilidad.

Atentamente.


Lic. Jairo Félix López Ramos.
Coordinador.
Área de Chimaltenango

 LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL
12 Calle "A" 0-27, Zona 1
Tels: 2232-6269 / 2238-3739




60
Años
1952 - 2012

12 Calle A 0-27 Zona 1, Guatemala
Tels. 2232 - 6269 / 2238 - 3739
ligahm@gmail.com

Anexo 3

Constancia horas de práctica



LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL

Chimaltenango, 31 de agosto del 2012

Licda. Sonia Pappa
Asesora de práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango
Presente.
Estimada licenciada:

Por medio de la presente manifiesto que la Señorita **Consuelo Veronica Inay Raxjal**, estudiante de 5to año de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, ha realizado la práctica profesional dirigida, a través de atención psicológica, a niñas, niños, jóvenes y adultos, en este centro, durante los meses de marzo a agosto, del año en curso, acreditando **Quinientas sesenta horas (560 hrs.)** de práctica. No está demás agregar que durante este tiempo la Señorita Inay Raxjal demostró mucha dedicación, interés y calidad en su formación profesional; situación que nos obliga a quedar muy agradecidos con la Estudiante en mención y con la Universidad Panamericana.

Atentamente,

Lic. Israel Felix López Ramos
Coordinador Área Chimaltenango
Col. 392.



4ta. Calle 2-10 Zona 1, Guatemala
Tels. 2232 - 6269 / 2238 - 3739
liaahm@gmail.com

Anexo 4

Constancia capacitaciones realizadas



LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.
Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

A continuación se dan a conocer las capacitaciones que se realizaron durante la práctica profesional dirigida; con el apoyo de la practicante **Consuelo Veronica Inay Raxjal**, de quinto grado de la carrera de Licenciatura en Psicología y consejería social, llevadas en diversas comunidades del departamento de Chimaltenango.

No.	Lugar	Fecha	Tema	# de participantes
1	San Andrés Itzapa, Chimaltenango	15/05/2012	El Bullying	30
2	San Jacinto, Chimaltenango	20/06/2012	Autoestima	25
3	Acatenango	05/07/2012	Violencia intrafamiliar	22
4	Zaragoza, Chimaltenango	30/07/2012	Cambios en la adolescencia	50
5	Bola de Oro, Chimaltenango	03/08/2012	La comunicación en la pareja	20

Lic. Israel Félix López Ramos
Coordinador Área Chimaltenango



4ta. Calle 2-10 Zona 1, Guatemala
Tels. 2232 - 6269 / 2238 - 3739
lhoahm@gmail.com

Anexo 5

Programas del proyecto de Salud Mental

Programa del proyecto de Salud Mental

“Fortaleciendo la salud mental del psicólogo”

No.	Actividad	Encargados
1	Salida de Chimaltenango	Todo el grupo
2	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
3	Instalación y ubicación de habitaciones	Nadia Awadallah
4	Almuerzo	Veronica Inay y Yessica Archila
5	Descanso	
6	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martinez, Doris Martínez, Glenda Solando e Ingrid Sitán
7	Tiempo libre (playa)	
8	Cena	Sara Mux, Angélica Juchuña
9	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, Nadia Awadallah, Camila Mendoza, Felipe Yool
10	Película	Isaí López, Jessica Mota
11	Dulces Sueños	

Continúa programa de salud mental

12	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amilcar Lima
13	Aseo Personal	
14	Desayuno	Veronica Inay, Yessica Archila
15	III Actividad “Rally”	WillyTexaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
16	Preparación de equipaje	
17	Almuerzo	Veronica Inay, Yessica Archila
18	Paseo por Monte Rico	
19	Retorno a Chimaltenango	

Actividad No. 1

“Programados para triunfar”

Fecha: 06-10-12

Hora: 3:00 a 5:00 p.m.

Responsables: Glenda, Ingrid, Doris y Aracely

Objetivo

Compartir y motivar a cada uno de los compañeros en el fortalecimiento de la salud mental previo a cerrar cursos de la carrera de Licenciatura en psicología y consejería social.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida “cuidado con la lluvia”	10	Doris Martínez
2.	Tema Motivacional “Programados para triunfar”	10	Aracely Martínez
3.	Dinámica 1 “El creador Positivo”	10	Glenda Solano
4.	Dinámica 2 “Te tengo confianza” para fomentar confianza en el grupo	10	IngridSitán
5.	Dinámica 3 “la Flor”, los participantes interactúan entre sí.	10	Doris Martínez
6.	Dinámica 4 “comunicación activa” para interactuar con el grupo.	10	Glenda Solano
7.	Dinámica 5 “Como a mí mismo” El participante debe cuidar algo.	10	IngridSitán
8.	Dinámica 6 “El objeto imaginario” para interactuar con el grupo.	10	Doris Martínez
9.	Dinámica 7 “tela de araña” para interactuar en grupo.	10	IngridSitán
10.	Dinámica 8 “El paracaidista confiado”	10	Glenda Solano
11.	Conclusión: la actividad se titula “una obra maravillosa”	10	Aracely Martínez

Nota: Cada participante debe de llevar ropa cómoda para ésta actividad.

Slogan: “Si quieres triunfar, no te quedes mirando la escalera. Empieza a subir, escalón por escalón, hasta que llegues arriba.”

Actividad 2

Programa de la cena especial “Cuidado personal”

Hora: 7:00 – 9:00 p.m.

No.	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
1	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presente que el trabajo que realicemos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno de ellos por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angélica Juchuñá. Sara Mux
2	Papa caliente	Al que le quede el globo tiene que dar un consejo o un tip para el autocuidado	Alcanzar comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto, para poder desempeñar un buen papel a la hora de laborar como psicólogo.	Angélica Juchuñá. Sara Mux
3	Cena	Cena	Cena	Cena
4	Característica y una cualidad	Cada uno de los participantes reflexionara sobre sus actitudes (positivas y por mejorar.	Cambiar y aceptar nuestras actitudes para mejorarla mas adelante.	Angélica Juchuñá. Sara Mux
5	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a si mismos para el autocuidado.	Angélica Juchuñá. Sara Mux

Actividad 3

Fogata "sanación personal"

Responsables: Camila Mendoza
Janina Callejas
Nadia Awadallah
Felipe Yool

Objetivo

Lograr el reconocimiento de aspectos negativos en nuestra personalidad, que afecten el desenvolvimiento personal y profesional.

No.	Actividad	Tiempo	Responsable
1.	Bienvenida	05 min.	NadiaAwadallah
2.	Charla motivacional	15 min.	NadiaAwadallah
3.	Cantos	05 min.	Janine Callejas
4.	Reflexión y redacción	15 min.	Janine Callejas
5.	Compartir experiencias	20 min.	Camila Mendoza
6.	Celebración	15 min	FelipeYool

Actividad 4

Película: "Tan fuerte tan cerca"

Responsables: Isaf López y Jessica Mota.

Objetivo

Promover la convivencia grupal de los estudiantes a través de la proyección de una película con el fin de fortalecer la amistad y el compañerismo ya existente.

Objetivos	Actividad	Recursos
Concientizar a los jóvenes estudiantes, sobre el valor de nuestros seres queridos y lo importante que es pasar tiempo de calidad con ellos, porque no se sabe el tiempo que estarán con nosotros. Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.	Proyección de la película "tan fuerte, tan cerca"	-cañonera -computadora -bocinas -película

Actividad 5

Rally “cuidado fisico”

Se realizará un Rally, en el cual se formaran tres grupos en los que competirán entre sí, en diferentes juegos y obstáculos previamente planificados.

Responsables: Willy Texaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez

Objetivo

Promover en los estudiantes la competición sana por medio de actividades que ayuden a unir lazos de amistad, entre los mismos, así mismo fomentar el auto cuidado por medio de actividades que ayuden a combatir el estrés en los mismos.

No.	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
1	Presentación e instrucciones de la actividad, dividir a los grupos por colores de playeras (lila, gris y negra)	10 minutos	❖ Humanos	Willy Texaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez
2	Primer juego encostados	10 minutos	❖ Humanos, costales	Heidy Gálvez
3	Segundo juego carretitas humanas	10 minutos	❖ Humano	Willy Texaj
4	Tercer juego mímica	6 minutos	❖ Humano y agua gaseosa	Olga Andrade
5	Cuarto: manzanas flotantes	10 minutos	❖ Humanos y vejigas	Willy Texaj
6	Quinto juego llevar un limón con la cuchara en la boca	10 minutos	❖ Humano servidoras huevos	Heidy Gálvez

Continúa programa de actividad 5

7	Sexto juego la cubeta y agua	10 minutos	❖ Humano agua cubeta esponja	Olga Andrade
8	Séptimo póngale la cola al burro	5 minutos	❖ Humano figuras	Willy Texaj
9	Octavo: reventazón de vejigas	7 minutos	❖ Humano lazo	Olga Andrade
10	Compartir que sintieron los participantes al realizar estos juegos.(telaraña) como cierre de la actividad	12 minutos	❖ Humanos	Heidy Gálvez

Las actividades que realizaran los participantes van enfocadas al desarrollo físico y emocional del psicólogo, ya que el psicólogo necesita un espacio para despejar su carga emocional, como profesional y ser humano.

Anexo 6

Fotográficas de las actividades realizadas

