

PPD-ED-86
G643
C.2

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

06 JUN 2011

BIBLIOTECA UPANA I. 17778

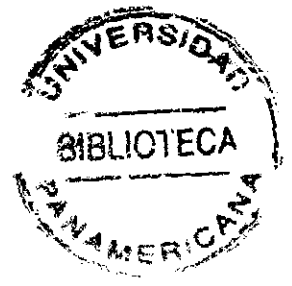
Q. 100. - C.2



“Problemas familiares en conyugues, adolescentes, niños y niñas realizado en el Centro de Salud de San Juan, Alotenango, Sacatepéquez”
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)

Carlos Armando González García

San Juan Alotenango Sacatepéquez, mayo 2011



“Problemas familiares en conyugues, adolescentes, niños y niñas realizado en el Centro de salud de San Juan Alotenango, Sacatepéquez”
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)

Carlos Armando González García (Estudiante)

Licenciada. Sonia Pappa (Asesora)

San Juan Alotenango Sacatepéquez, mayo 2011

**DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

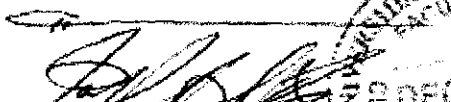
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA**


**ASUNTO: Carlos Armando González García estudiante de la
carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería
Social, de esta Facultad solicita autorización para la
realización de la Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.**

Dictamen No. 001 02/2009

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos del informe de Práctica Profesional Dirigida que es requerido para obtener el título de Licenciatura se resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: “Problemas familiares en conyuges, adolescentes, niños y niñas, realizado en el centro de salud de San Juan Alotenango Sacatepéquez”. Esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para la realización de dicha práctica.
2. La temática enfoca temas sujetos al campo de investigación con el marco científico requerido.
3. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento de egreso de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, artículo No. 9 del inciso a) al i).
4. Por lo antes expuesto, el estudiante **Carlos Armando González García** recibe la aprobación de realizar el informe de Práctica Profesional Dirigida, solicitado como opción de Egreso con el tema indicado en numeral 1.


M.A. José Ramón Bolaños Riquera
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, noviembre de dos mil nueve. –

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida en Centro de Salud de San Juan Alotenango, Departamento de Sacatepéquez, presentado por la estudiante

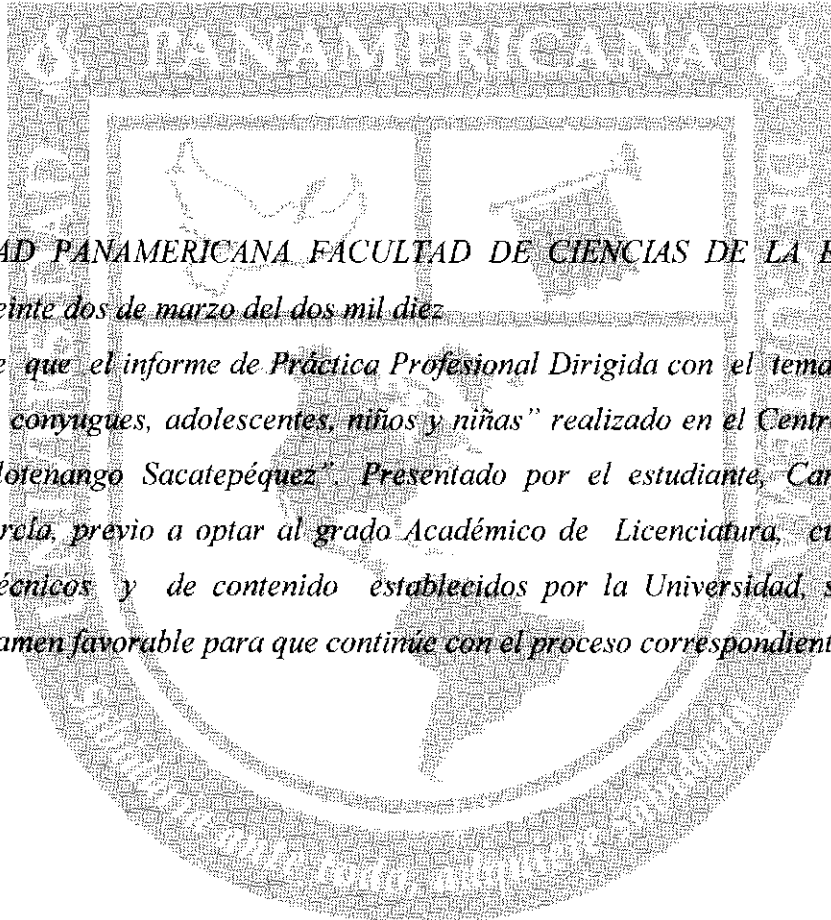
Carlos Armando González García

quien se identifica con número de carné 0402-05-2005510 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 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION,
Guatemala veinte dos de marzo del dos mil diez*


En virtud de que el informe de Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Problemas familiares en conyugues, adolescentes, niños y niñas" realizado en el Centro de Salud de San Juan Atoyac Sacatepéquez", Presentado por el estudiante, Carlos Armando González García, previo a optar al grado Académico de Licenciatura, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Karen Dubón
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, Guatemala a los tres días del mes de julio del dos mil diez. _____

En virtud de que el informe de Práctica Profesional Dirigida con el tema "Problemas familiares en conyugues, adolescentes, niños y niñas realizado en el Centro de Salud de San Juan Alotenango, Sacatepéquez". presentado por el estudiante Carlos Armando González García, previo a optar grado académico de Licenciatura, 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.


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



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Síntesis descriptiva	3
Capítulo 1 Marco de referencia	
1.1 Descripción de la institución	4
1.2 Misión	5
1.3 Visión	5
1.4 Organigrama	5
1.5 Objetivos	6
1.6 Población que atiende	7
1.7 Descripción de la población que atiende	7
1.8 Planteamiento del problema	7
Capítulo 2 Referente teórico	
2.1 Problemas familiares	8
2.2 Definición de la familia	9
2.3 Psicopatología	18
2.3.1 Métodos de investigación en psicopatología	20
2.4 Principales trastornos psicopatológicos	21
2.4.1 Trastorno de depresión	21
2.4.2 Factores que influyen en la depresión	23
2.5 Trastorno de ansiedad	26
2.5.1 Tipos de ansiedad	28
2.6 Esquizofrenia	32

2.6.1 Tipos de esquizofrenia	35
2.7 Trastornos sexuales	41
2.7.1 Tipos de parafilias	43
2.8 Métodos de psicodiagnóstico	46
2.8.1 Etapas del psicodiagnóstico	47
2.9 Informe psicológico	49
2.10 Diagnóstico multiaxial	53
2.11 Los tests psicológicos	55
2.12 La psicoterapia	57
2.12.1 La interacción terapéutica	61
2.13 Eficacia de la psicoterapia	64
2.14 Métodos de intervención	69
2.15 Psicoterapia grupal	75
2.16 Terapias humanistas	78
2.17 Logoterapia	85
2.18 El psicodrama	87
2.19 Musicoterapia	92
2.20 Abrazoterapia	94
2.21 Risoterapia	94
Conclusiones	96

Capítulo 3 Referente metodológico

3.1 Programa de la práctica profesional dirigida	97
3.2. Cronograma de la práctica profesional dirigida	100
3.3 Planificación general de actividades de la práctica profesional dirigida	103
3.4 Cronograma de actividades	112
3.5 Subprogramas	113
3.6 Objetivos	113
3.7 Actividades	113

3.8 Programa de capacitación	114
3.9 Objetivos	114
3.10 Programa de actividades	114
3.11 Programa de elaboración de proyecto de salud mental	116

Capítulo 4 Presentaciones de resultados

4.1 Programa de atención de casos	117
4.2 Muestra de cinco casos atendidos (Historias clínicas)	119
4.3 Programa de capacitación	133
4.4 Presentación de contenidos de las charlas y talleres dados	134
4.5 Programa de elaboración de proyectos de salud mental	135
4.6 Gráficas y análisis de resultados	139
4.7 Análisis de gráficas según sus datos	142
Conclusiones	144
Recomendaciones	146
Referencias	147
Anexos	149
Anexo 1 Horas de práctica realizadas en el centro de práctica	
Anexo 2 Control de asistencia de práctica profesional dirigida	
Anexo 3 Constancia de control de supervisión	
Anexo 4 Constancia de charlas impartidas y talleres	
Anexo 5 Fotografías	
Anexo 6 Glosario de términos técnicos	

Resumen

El presente informe manifiesta el contenido del trabajo realizado en la Práctica Profesional Dirigida del quinto año, de la carrera de Psicología y Consejería Social, con los principales temas y técnicas que se utilizaron. El primer capítulo se refiere a datos de la institución, el y servicio que presta a la población de San Juan Alotenango. El segundo es el referente teórico que describe los temas que se desarrollaron, la familia y los problemas en las familias entre ellos; violencia intrafamiliar, sexuales, psicopatía, infidelidad, los diferentes trastornos estrés, ansiedad, depresión y de aprendizaje.

En el tercer capítulo se presenta con la metodología utilizada, el programa de la práctica, cronograma de actividades y la planificación general, la cual se elaboró por mes, así como subprogramas trabajados. Los temas de charlas y talleres; con temas como salud mental, relaciones interpersonales, violencia intrafamiliar, infidelidad en el matrimonio, abuso de sustancias prohibidas y autoestima. Por último en el capítulo cuatro se dan a conocer los resultados y logros de cada una de las actividades realizadas, mostrando cinco historias clínicas. Se hace un análisis de datos presentados en forma gráfica.

Introducción

La práctica profesional dirigida tiene el propósito de capacitar a los estudiantes de psicología para formar profesionales efectivos para que se desarrollen de manera competitiva en cualquier medio.

Por tal razón el estudiante de la carrera de Psicología y Consejería Social, en su quinto año tiene la oportunidad de integrar todos los conocimientos adquiridos mediante la elaboración de una práctica de atención a pacientes que tienen problemas emocionales y trastornos, por ejemplo: estrés, ansiedad y depresión, entre otros. Aplicando técnicas principios relacionados al campo de la psicología, psicopatología y psicoterapia el campo en el que se desenvolverá en el futuro profesional.

Cada uno de los temas son producto de investigaciones bibliográficas llevadas a cabo por el alumno, abarcando tres temáticas principales como lo son la psicopatología, el psicodiagnóstico y psicoterapia desarrollados detalladamente, ya que constituyen el marco teórico, metodológico y referencial sobre el cual cada alumno presenta lo realizado durante la práctica profesional, el informe es un requisito final para optar al título de Licenciado en Psicología y Consejería Social.

Síntesis descriptiva

A continuación se expone un informe y proyecto elaborado por el alumno Carlos Armando González García, estudiante de quinto año de la Licenciatura de Psicología y Consejería Social. De la Universidad Panamericana de Guatemala. Es un proyecto destinado a la formación profesional de los practicantes y la atención psicológica a pacientes que acuden al centro de salud. Con el apoyo de la asesora de práctica licenciada Sonia Pappa, y el informe que trabajó el alumno queda en evidencia al ofrecer, interesante material para que sea utilizado por quien lo necesite. Es muy interesante el desarrollo de capacitaciones y proyectos.

Este trabajo se realizó con el propósito de ayudar a personas de todas las edades que asisten con diferentes problemas a los centros de salud. Los horarios de atención fueron de 8:00 a.m. a 12: 00 a.m. en dicha institución de salud de San Juan Alotenango. Se invitó a las familias como participantes de este proyecto, incentivando al personal del centro de salud a participar en el desarrollo de salud mental realizando actividades con mayores beneficios y a la vez ayuda social.

Debe considerarse fundamentalmente la necesidad de cada paciente ayudando a encontrar soluciones a cualquier tipo de problema emocional, aplicando los conocimientos psicológicos y terapéuticos, respetando al paciente, y orientándolo. Es necesario aquí considerar a los niños adolescentes y adultos con necesidades de salud en casos especiales o con alguna discapacidad, los que también tienen derecho a la vida y salud.

Capítulo 1

Marco de referencia

Este capítulo presenta referencias de la institución donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida describiéndose el centro de salud local del Municipio de Alotenango y el cual forma parte del Distrito No. 3 del Departamento de Sacatepéquez.

1.1 Descripción de la institución

El Centro de Salud está ubicado en el Municipio de San Juan Alotenango Departamento de Sacatepéquez, siendo el distrito tres de la Salud Social; formando un complejo montañoso con el Volcán de Fuego, el de Agua y el de Acatenango con medidas de (3.976 m). Es una institución pública donde se colabora con la comunidad para el desarrollo educativo moral, social y su salud. El centro cuenta con una clínica de emergencias, clínica de odontología, dos clínicas médicas, y clínicas de enfermería. El personal está compuesto por dos médicos de medicina general con atención a pacientes niños, niñas, adolescentes y adultos.

Cuando llegan casos que necesitan una atención especial son referidos al Hospital General de Antigua, se atiende la especialidad de Odontología atención a escolares y adultos existe un equipo de enfermeras auxiliares en los diferentes servicios. También se prestan los servicios de una enfermera profesional y de una estudiante de psicología. Atiende a pacientes con alteraciones nerviosas o demencias.

Tiene un programa de inmunizaciones que funciona de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 4:00. p.m. La institución presta los servicios de consulta general atendiendo a niños, adultos y ancianos. Con especialidades en exámenes planificación familiar, Papanicolaou, control de crecimiento y emergencias. La institución facilita los trámites de tarjeta de salud, y recepción de expedientes para licencias. Se ofrece atención y control prenatal, vacunación a recién nacidos y control de diabéticos cada dos meses.

1.2 Misión

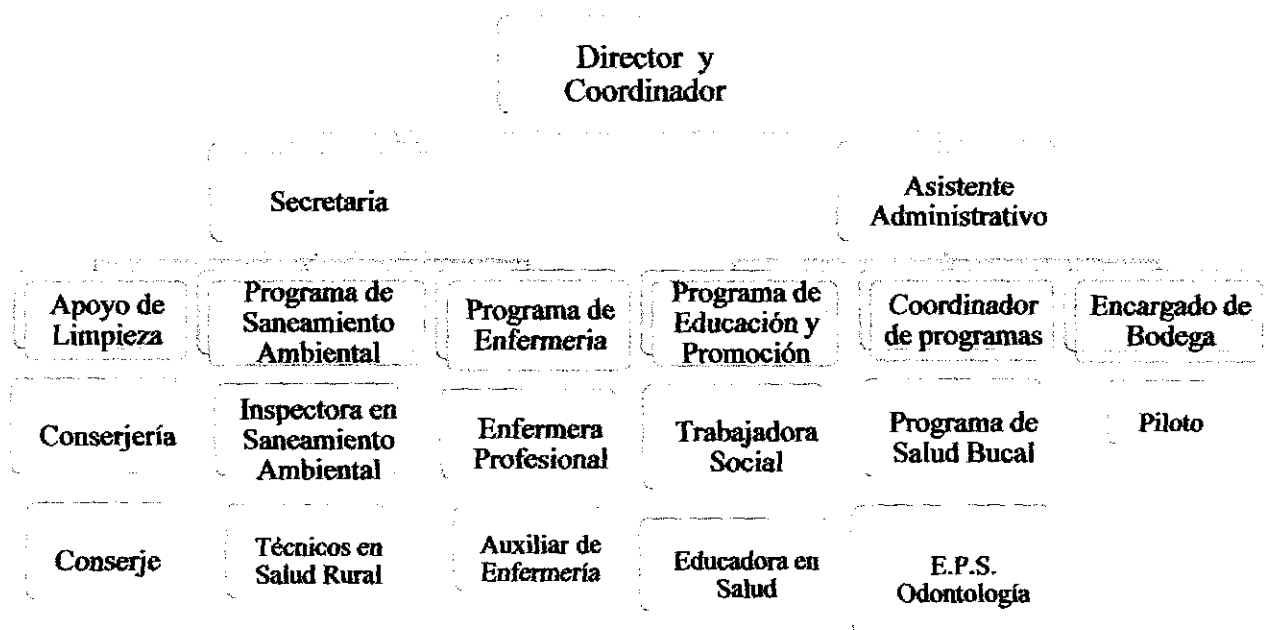
Promover gratuitamente servicios de salud preventiva curativa de rehabilitación a la población de municipio (Distrito III) mediante la articulación de una red de puesto de salud en el nivel preventivo de atención regida por los principios de eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez.

Brindar atención médica integral con los mayores niveles de eficiencia y calidad, humanizada, de alta complejidad, a pacientes críticos, con patologías agudas y crónicas de acuerdo con las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud.

1.3 Visión

El Distrito III constituye una red de servicios que incide en el mejoramiento de los indicadores de salud de la población, mediante la optimización de los recursos, en coordinación con otros sectores comprometidos con la satisfacción de las demandas de la comunidad.

1.4 Organigrama



1.5 Objetivos

Objetivos esperados a diciembre de 2009

- **Mejorar la cantidad y la calidad de las consultas externa con atención humanizada, centrada en el paciente.**
- **Mejorar la cantidad y calidad de las atenciones programadas.**
- **Adecuar a las exigencias actuales, el funcionamiento del Servicio de Guardia del centro de salud, interactuando con las autoridades de Salud.**
- **Actualizar el organigrama del centro de salud en función de los trabajadores, estructuras físicas y tecnologías existentes.**
- **Elaborar normas de funcionamiento, manuales de misiones, funciones y procedimientos, por área, según organigrama.**
- **Capacitar y mejorar al personal, a través de la actividad como centro de salud, Escuela, en la formación profesional y de educación continua.**
- **Crear la unidad para el control de las infecciones intrahospitalaria.**

Estrategias

- **Implementar procesos de gestión de calidad centrados en los pacientes, a través del diagnóstico, evaluación y desarrollo de instancias institucionales y procesos de mejora continua.**
- **Gestión de la fuerza laboral, toma de decisiones gerenciales basadas en información clínica, administrativa y financiera.**
- **Implementar un modelo de gestión administrativa y financiera que contemple las fuentes de financiamiento, el presupuesto y un sistema adecuado de contabilidad de costos.**
- **Planificar, evaluar, mantener y reponer los recursos físicos del centro de salud.**
- **Gestión de tecnología.**
- **Implementar un proceso de comunicación interna y externa, integración docente-asistencial.**
- **Planificar y gestionar las actividades de investigación, innovación y desarrollo de acuerdo a las prioridades sanitarias, gestión ambiental.**

1.6 Población que atiende

El centro de salud atiende a niños, niñas, adolescentes adultos y ancianos con diferentes enfermedades comunes, facilitando medicamentos tratamientos para cualquier tipo de infección que padezca el paciente. Se atiende a las mujeres embarazadas, también son atendidos en el área de odontología y medicina general siendo una población predominante étnica maya y una pequeña población ladina que se atiende en el centro de salud en el municipio de San Juan Alotenango.

1.7 Descripción de la población que atiende

Alotenango cuenta con un total de 22,000 habitantes siendo la mayoría de cultura indígena pocos mestizos. El centro de salud del municipio de Alotenango distrito III, es una institución con un buen servicio que presta a la población de Alotenango y a sus alrededores. Es una población urbana con personas de escasos recursos, la población se divide un grupo étnico maya kaqchiquel y un grupo de mestizos. Se localiza en el límite entre los departamentos de Sacatepéquez y Chimaltenango.

1.8 Planteamiento del problema

Las causas de las enfermedades son alarmantes, en Sacatepéquez todos los días se escucha de mortandad en las familias de Alotenango; cada día existen más por la falta de atención médica, por falta de abastecimiento de medicinas necesarias, y principalmente por la falta de médicos y personal capacitado en los centros de salud de otros municipios y aldeas, la seguridad social, la educación y la poca voluntad de cumplir ciertas normas básicas por parte de los servicios. Las defunciones se deben a diversos factores, que pueden estar fuera del dominio de las autoridades. Por la irresponsabilidad de los pacientes que no acuden a las consultas o programas que presta el gobierno de Guatemala, o la mala atención de los puesto de salud. Si esta es alarmante, no se diga la falta de atención psicológica; se observan personas con problemas emocionales y trastornos por los conflictos que viven a causa de la violencia intrafamiliar de género y el vandalismo. Los casos existentes son personas con estrés, depresión y ansiedad.

Capítulo 2

Referente teórico

En el siguiente trabajo se presentan los temas que fueron investigados, con los cuales se aprendieron estrategias para evaluar a las personas atendidas. En el desarrollo del trabajo profesional psicológico, dichos temas ayudaron a comprender los problemas que atraviesa la comunidad de Alotenango en el Departamento de Sacatepéquez.

2.1 Problemas familiares

No hay un concepto delimitado de los problemas familiares. Para definirlos son todos aquellos problemas que se ocasionan por la infidelidad en el hogar por el machismo del hombre y la mujer, dándose el abuso verbal o no verbal de padres a hijos o de uno o el otro conyugue muchas veces por parte de los hijos quienes son violentos en las familias o pueden ser otros parientes.

Se buscaron diversos elementos: sujeción de los integrantes de la familia a uno de sus miembros, la convivencia los miembros de la familia viven bajo el mismo techo, bajo la dirección y con los recursos del jefe de la casa, el parentesco conjunto de personas unidas por vínculo jurídico de consanguinidad o de afinidad, la filiación conjunto de personas que están unidas por el matrimonio o la filiación, aunque excepcionalmente por la adopción.

Lo que asegura la estructura como el papel de cada uno de ellos el cual varía según la sociedad; el modelo más conocido de esta estructura es la denominada "familia nuclear" la cual está compuesta por dos adultos con sus respectivos hijos. En otras familias, dicho núcleo se encuentra comandado por un abuelo y otros familiares; también tenemos a la familia monoparental, aquí los hijos viven sólo con el padre o con la madre en situación de soltería, divorcio o viudez. La familia no siempre se ha visto como lo es actualmente, diversos antropólogos y sociólogos desarrollaron diferentes teorías que hacen referencia a la evolución de las estructuras familiares como de sus funciones.

2.2 Definición de familia

Se define la familia como grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio formando un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, siendo un conjunto de miembros que se compone de un padre, madre e hijos o descendencia. Son personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia en común. Siendo parte de la sociedad quienes antecesores gozan de buen crédito y estimación social. Familia extensa es el conjunto formado por el padre y la madre, hijos, nietos, tíos, tías, sobrinos y sobrinas, siempre que coexistan bajo un mismo techo.

De acuerdo a la definición de familia, decimos que es este el grupo que nos cría, nos forma como personas estableciendo nuestros valores morales y el que nos orientará a lo largo de nuestro desarrollo como seres humanos, en especial durante los primeros pasos. Existe una definición de familia un poco más técnica; se entiende por ella como un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio, el mismo se hace presente en absolutamente todas las sociedades. La familia debe, moralmente, proporcionar a sus miembros aspectos como seguridad, protección, socialización y compañía. Los tipos de familias en las sociedades industriales modernas la estructura familiar es una más entre varias organizaciones sociales; por el contrario, en los pueblos indígenas las unidades de parentesco son la base de la estructura social y por ende tienen un rango mucho más amplio de funciones: unidad básica de producción, representación política y religiosa.

Un porcentaje significativo de hogares indígenas extensos indicaría la presencia de un modelo familiar más tradicional, que podría corresponder a segmentos de antiguos linajes. La presencia de hogares nucleares se asocia más bien al modelo occidental, así como los hogares compuestos. No obstante, las consecuencias sobre el bienestar de las personas que residen bajo estos arreglos pueden ser muy distintas entre los pueblos indígenas, sobre todo en los casos en que prevalecen los principios de reciprocidad y solidaridad colectiva. Se cree que las sociedades o civilizaciones antiguas contaban con dos o tres núcleos familiares, muchas veces éstos estaban unidos por parentesco y se dispersaban únicamente cuando debían buscar alimentos en épocas extremas.

La familia, hasta el día de hoy, siempre fue una unidad económica: los hombres se dedicaban a cazar mientras que las mujeres se encargaban de cuidar a los niños, realizar tareas internas del hogar y preparar la comida; la única diferencia que se establece entre épocas antiguas y actuales es el infanticidio: se expulsaba del núcleo familiar a los enfermos que no podían trabajar. Cuando el cristianismo penetró en los seres humanos, varios conceptos cambiaron: el matrimonio y la maternidad se convirtieron casi en obligaciones. Se detectan principales problemas por ejemplo la

Violencia intrafamiliar es lo que muchas veces desarrolla el ser humano y surge con muchas necesidades básicas insatisfechas, lo que provoca violencia y una injusticia social. Hacerle frente a estos aspectos no sería suficiente sin cambiar las creencias culturales de que con la violencia se resuelven los problemas, se infunde autoridad, se educa a los hijos y se retiene a la pareja. Es importante difundir un programa que promueva los derechos de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres vulnerables para reducir factores de riesgo de la violencia intrafamiliar en la sociedad. Se recomienda utilización de herramientas para la Prevención Integral de la Violencia Intrafamiliar encomendando a los profesionales una orientación Psicológica aplicando talleres y foros de discusión.

Aspectos relevantes como el concepto de violencia, la violencia intrafamiliar, las formas de expresión de ésta y las diferentes etapas del ser humano desde la infancia, pasando por la adolescencia, la juventud, la vida de pareja hasta llegar a la longevidad, son tratados con un lenguaje de fácil comprensión, abordando de la misma manera las herramientas para la prevención haciendo énfasis en lo comunitario, lo personal y lo familiar. Es importante el diálogo, la tolerancia, el entendimiento y la convivencia en sana paz son instrumentos fundamentales que deben tenerse en cuenta primordialmente por quienes han sido víctimas o victimarios de la violencia intrafamiliar, en la búsqueda de una mejor sociedad.

Es importante saber que la violencia doméstica es aquella que tiene lugar en el ámbito familiar, no solo entre las cuatro paredes de una casa. Normalmente se considera que la violencia doméstica se da entre adultos de una edad similar, la violencia hacia los niños suele denominarse abuso de menores.

Este tipo de violencia doméstica puede ser ejercida por una persona hacia su cónyuge o hijos, por un hijo hacia sus progenitores o entre hermanos muchas de las causas pueden ser el abuso de sustancias.

Los términos "violencia familiar" o "violencia intrafamiliar", con una importante presencia en nuestro país vienen de muchos años atrás respectivamente debido a lo común que resulta la aparición de esta violencia en el ámbito familiar.

El concepto ha sido denominado de forma extensiva como violencia de género desde 1993. En esa línea se habla de estudios de género, discriminación de género, violencia de género, etc. Y sobre esa base se ha llegado a veces a extender el uso del término género hasta su equivalencia con sexo. Por otro lado violencia de pareja, utilizado a partir de 2001, es un concepto que mantiene exclusividad en el ámbito marital. Manifestaciones de violencia hacia la mujer en las cuales encontramos:

- a) Abuso verbal: rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.
- 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, etc.
- 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, etc.
- g) Desprecio: tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.

Violencia de género término de violencia doméstica, o de la mujer es lo que engloba a los habitantes del hogar y no sólo a la mujer como sujeto pasivo respecto del marido como sujeto activo, lo que provoca trastornos y tiene consecuencias, esta violencia causa no sólo en la persona de la mujer sino del hogar en conjunto.

Las causas de esta problemática es lo que está englobando a toda aquella violencia que se realiza por discriminación o por razón de sexo. La que se trata únicamente de la que desarrolla el hombre sobre la mujer, y por otro se está limitando el ámbito de aplicación o bien a aquella violencia que aparezca exclusivamente en el ámbito del hogar o bien a aquella que se realice por motivos de discriminación, cuando las leyes suelen recoger la violencia marital también cuando no existe convivencia en común y cuando no se realiza necesariamente por motivos de discriminación.

Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Pero dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales. Diferentes formas de la violencia intrafamiliar:

1. Física: golpes, mordidas, patadas, empujones.
2. Sexual: relaciones forzadas, amenazas con intimidación.
3. Psicológicas: eres tonta, gorda, no sirve, bruta.
4. Patrimoniales: destrucción de los muebles, ropas, etc.

Plan de escape para víctimas de violencia doméstica: Para dar apoyo a la mujer y demás individuos que padecen violencia intrafamiliar y así poder enfrentar, esta gran problemática, con apoyo psicológico. Es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población especialmente a mujeres, niñas, niños, ancianos y ancianas. Una forma endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso a las mujeres por parte de su pareja. La prevalencia significativa de la incidencia intrafamiliar, constituye un serio problema de salud, un obstáculo oculto para el desarrollo socioeconómico y una violencia flagrante a los seres humanos. La violencia intrafamiliar hacia la mujer tiene un alto costo económico y social para el estado y la sociedad y puede transformarse en una barrera para el desarrollo económico. Violencia intrafamiliar, toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra. El nacimiento de los hijos desemboca muchas veces en episodios violentos. Ellos sienten que ya no tienen todo el cariño, que el bebé se lleva la mayor parte, que están desatendidos y por lo general, son incapaces de manejar adecuadamente la situación.

Desean todo el tiempo, pensamientos y devociones para estar seguros de afecto. Por lo general son personas con baja autoestima que necesitan constantemente una reafirmación de nuestros sentimientos. Los hombres violentos en su mayoría proceden de hogares donde eran comunes las discusiones, insultos, desvalorizaciones, roturas de objetos, golpes, etc. No todas las personas que tuvieron un hogar así son violentas, pero existen muchas posibilidades de que repitan el modelo familiar cuando establezcan sus propias familias. La violencia no siempre tiene que ver con los golpes. Las descalificaciones, desvalorizaciones e insultos son síntomas que indican la presencia del fenómeno. Frases comunes son: "Así no se hace eso", "Déjame a mí que tú no sabes", "Eres muy lenta", "Cállate, no seas tarada", "¿qué decís?, si de esto tú no sabes", etc.

Otras formas de violencia tienen que ver con lo económico. En estos casos, el hombre mantiene el control del dinero, supervisa en qué cosa se gastó algo por mínimo que sea y la mujer tiene que pedir, a veces, hasta para compras muy pequeñas, como leche, bizcochos, etc. Cualquier tipo de manifestación de violencia puede convertirse en otra. A medida que avanza la relación, de los insultos se puede pasar a romper objetos, de eso a los golpes y si no hay una detención del problema se puede llegar hasta la muerte. La personalidad del maltratador quienes vienen de hogares violentos estos agresores, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce su agresividad.

Tienen unos perfiles determinados de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impacientes e impulsivos. Ellos trasladan su agresión que han acumulado en otros hacia sus mujeres e hijos. Son personas aisladas, no tiene amigos cercanos, celoso, baja autoestima que le ocasiona frustración y debido a eso se genera en actitudes de violencia. Unas de sus características personales se presentan a continuación:

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia
- Pronto ora, vigilar y atacar públicamente a su propia 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.
- 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
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas.

La violencia doméstica no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causan, que la violencia física, que todo el mundo puede ver. Hay violencia cuando se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona. La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. Quien ha sufrido violencia física tiene huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin embargo, a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológicas le resulta más difícil comprobarlo. También lo dificulta, por ejemplo, la habilidad manipuladora de su esposo que presenta a su esposa como exagerada en sus quejas o simplemente como loca. Igual que en el caso del alcohólico, el que golpea a una mujer o la maltrata psicológica o sexualmente, lo primero que hará es negarlo. Negación es decir: "No, es que yo le pego con razón". No hay ninguna razón para golpear a una mujer, ni a nadie. Pero lo niegan. Dicen: "Yo no la he golpeado, yo no le hecho nada, sólo tocarla".

Otra forma de abuso psicológico es el aislamiento, en que le hacen el vacío a la mujer, ni le hablan, ni la miran y entonces ella se va creyendo que se merece ese trato. ¿Qué pasa con las víctimas de la violencia familiar? Muchos siguen sufriendo hasta quedar completamente destruidos física, psicológica y moralmente.

Otras acusan a sus agresores ante la policía, que muchas veces no toma debidas cartas en el asunto. Y ocurre, además, lo que no quisiéramos que ocurriera: La víctima también se vuelve violenta. Los hombres que maltratan a sus mujeres están enfermos y no son responsables por sus acciones. El maltrato es un comportamiento aprendido de las experiencias de la infancia y de los mensajes sociales justificando la violencia contra las mujeres.

Los hombres que maltratan a sus mujeres o a sus hijos son, por lo general, sumamente seductores y agradables. También son excelentes vecinos y cumplidores en el trabajo. Si realmente estuvieran enfermos serían violentos no sólo dentro del hogar, sino también fuera de él. Pocos de ellos presentan alguna patología, sólo un 10% de los casos. Los golpeadores no están fuera de control y acusan a sus parejas de provocarlos.

El alcohol y las drogas son factores de riesgo, ya que reducen los umbrales de inhibición, pero no producen la violencia. Muchos golpeadores no abusan ni de las drogas ni del alcohol y muchos abusadores de drogas o alcohol no son violentos. Son dos problemas separados que deben ser tratados por separado a través de los programas de asistencia y prevención de la violencia.

El tratamiento se puede utilizar terapia individual, familiar, o terapia conyugal o grupal. Terapia de familia, cuyo objetivo es tratar los problemas emocionales de la violencia intrafamiliar para una mejor comunicación familiar en los desajustes emocionales dentro de la familia. La comunicación problemática dentro de la familia está considerada como una de las causas más frecuentes de problemas psíquicos y especialmente de desviación de conducta en los niños, adolescentes y adultos conflictivos. Es importante que todos los miembros tengan la oportunidad de presentar sus expectativas a los demás, comentar sus experiencias emocionales conflictivas y expresar su concepto de convivencia positiva. En vez de explorar los conflictos internos de los individuos, los terapeutas de familia intentan promover interacciones entre sus componentes, logrando así el bienestar de cada uno de ellos.

La infidelidad se convierte en una problemática familiar y conyugal en cada caso uno de los participantes acerca de sus propios deseos.

Tan pronto se identifica la infidelidad, como con la ternura de una tercera persona, con el renaciente amor por la vida y los deseos sexuales. Es un problema en nuestra sociedad a veces se ve como algo común que la mayoría sean infieles.

Creo que en primer lugar hay que definir la infidelidad. Entendemos como tal la relación amorosa no solamente genital-, a corto o largo plazo, fuera de la relación de pareja, que uno de los miembros establece con otra persona. Es infiel quien consiente de sus actos, transgrede la palabra o los compromisos de exclusividad sexual asumidos, en un contrato formal o informal, por los integrantes de una pareja. Por este motivo la acción de ser infiel aparece como interiormente negativa, porque cuando se ejerce ataca más a un ideal que a una norma social.

Para algunos ser infiel es sólo pensar en otra persona o tener fantasías sexuales con alguien que no sea tu pareja; para otros, el contacto corporal erótico, aunque no se llegue al coito, es infidelidad. En ciertos casos la infidelidad se da solamente cuando se involucran los sentimientos. Tal vez lo atractivo de la infidelidad es justamente su condición de ser algo prohibido y como tal es deseado. Se desea aquello que no se tiene y que se supone que el otro/a se lo podrá proporcionar. Además no olvidemos que el ser humano es por su naturaleza trasgresor. Es de hacer notar que causa problemas emocionales psicológicos que menciona que ningún amante está psicológicamente preparado para enfrentar a la sociedad haciendo de su amor ilícito algo público. Así, todos los amantes serán quienes prohíben salirse de los cánones de la moral establecida.

El inicio y el impulso son causantes de muerte, pues los amantes aceptan que su relación es sacrificable, que tiene que ser dolorosa y tormentosa, resignándose a gran dosis de dolor y muerte. Lo anterior explica conductas suicidas de los amantes después del rompimiento. Según estudios recientes existe infidelidad en varones y mujeres, la psicología evolucionista estudia las conductas humanas heredadas, a través de millones de años de evolución en este mundo, los seres humanos tendemos a lo que se llama “monogamia en serie”, pero no a la exclusividad sexual. Esto quiere decir que eso de la pareja para toda la vida es, según esta teoría, una utopía. Según la teoría evolucionista, los sociobiólogos, piensan que de acuerdo con las ventajas genéticas que presenta la poliginia los varones con varias mujeres y además porque tantas sociedades que lo permiten, el varón sería básicamente un constructor de harenes.

Sin embargo, en la vasta mayoría de las sociedades donde la poliginia es permitida (84% de todas las sociedades humanas conocidas, sólo cerca de un 5 a 10% de los varones tienen actualmente varias mujeres simultáneamente. Así, aunque la poliginia es muy aceptada en términos de discurso, no lo es en la práctica como conducta real. Existen ciertas señales que se presentan cuando un hombre es infiel:

- a) Comienza a traerle muy seguido diferentes regalos, cosa que antes no solía hacer.
- b) Ha cambiado su deseo sexual y fogosidad por el rechazo y dejó ese estilo apasionado desde hace tiempo.
- c) Rechaza el contacto cercano y ha cambiado su manera de saludar.
- d) Antes se daba cuenta de un nuevo peinado y ahora no. Antes aconsejaba a su esposa sobre alguna manera de vestir o de maquillarse y ahora dejó de interesarle.
- e) Se queja porque su ropa no está perfecta, cosa que no hacía antes. Se prueba varias veces prendas diferentes y no se queda conforme fácilmente con su apariencia. Cambia de perfume y comienza a renovar su vestuario abruptamente de un día para el otro.
- f) Prefiere estar menos en lugares públicos y elige lugares reservados lejos de la gente para, quizás, evitar encontrarse con alguien.
- g) Comenzó a suspender compromisos de pareja o de negocios con motivos bien justificados pero lo hace cada vez más seguido. Su actitud hacia la responsabilidad ha cambiado y ya no se preocupa tanto por llegar tarde.
- h) Prefiere no hablar de ciertos temas y se enoja cuando se le insiste.
- i) Permanece mucho tiempo en silencio y pensativo.

Por supuesto que ninguna de estas conductas da un veredicto por sí misma. Sin embargo, lo más aconsejable ante la duda, es hablar abiertamente y ser sincero con el otro. No siempre, aunque si una persona tiene la necesidad de estar con otra persona que no sea su pareja, es importante preguntarse el para qué, es decir desde qué necesidad o motivación lo hace. Luego tomar la decisión que sea, pero es bueno tenerlo claro. Por otro lado, si nuestra pareja “confesó” o se descubrió el problema, tratemos de dialogar. Qué fue lo que pasó, si responde a alguna falla de la relación, si puede reparar lo que hizo, si tienen que modificar sus acuerdos al respecto.

Y también hay que tener en cuenta que muchas parejas luego de una infidelidad han crecido y evolucionado, porque supieron transformar una crisis en una oportunidad de progreso. Por supuesto que esto implica mucha madurez, diálogo y entendimiento. Una infidelidad no siempre es negativa, lo que es negativo y destructivo es la manera en que habitualmente se maneja la situación.

Se piensa que las mujeres son las que perdonan un poco más si bien muchas se muestran durante un largo tiempo llenas de resentimiento y de necesidad de "pasar facturas", facturas que justamente deben ser perdonadas porque de lo contrario nunca se saldarán. Algunos varones y, como consecuencia del temor a perder la estructura familiar, suelen perdonar la infidelidad, incluso muchas veces ni se percatan de la misma. Hay quienes sostienen que las "aventuras" extramatrimoniales ayudan a dar un poco de respiro a la rutina de la pareja.

Necesidad de tratamientos con múltiples componentes de terapias. Qué sugieren ayudar a los pacientes que padecen algunos de los problemas anteriores que pueden producir trastornos emocionales relacionados con la infidelidad. Una implicación es que a los profesionales ayuden con terapias y consejería para la solución en cuestión, cuáles aspectos del padecimiento, y otras intervenciones que pudieran necesitarse en conjunto con el agente farmacológico para lograr resultados clínicamente significativos. Es el tratamiento integral a través de un Programa de desarrollo de Terapias Conductuales que ofrezca incentivos para el desarrollo matrimonial. Algunos trastornos de aprendizaje que se dan cuando la familia del niño atraviesa problemas.

2.3 Psicopatología

Se define la psicopatología, como trastorno de las enfermedades psicopatológicas viene del griego *phatos* que significa enfermedad y *logos* tratado o estudio. Con el término enfermedad, se tiene que fijar en el modelo biológico al no saber el origen, o la causa primera, se prefiere llamarlo trastorno (psicológico, psiquiátrico, psicopatológico). La psicopatología se explica la conducta anormal sirve para investigar y, posteriormente, para poder experimentar e interpretar los hallazgos encontrados. Según el desarrollo histórico de la psicopatología es en los mundos griego y romano en los que surge por primera vez el concepto de enfermedad mental.

En los primeros tiempos de la cultura griega la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura (la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses en estado de cólera). Esta visión fue modificada por los pitagóricos y los *cos*, entre ellos Hipócrates, quien aseguró que los trastornos mentales se debían a causas y procesos naturales, al igual que en las enfermedades físicas. Para él los dioses de la enfermedad estaban sujetos a leyes naturales y era misión del médico descubrirlas. La formulación de Hipócrates serviría de base a Galeno para plantear sus concepciones acerca de los temperamentos.

La psicopatología, también conocida como psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas, es quizá la especialidad más conocida y la que el público en general asocia cuando escuchan la palabra “psicología”, dado que los casos, historias y síntomas de pacientes que muestran comportamientos inadaptados afectan a la sensibilidad del público y provocan la curiosidad. Por lo general, y debido a la fuerte orientación clínica de este enfoque, se hace más hincapié en la dinámica, causas y resultados de la enfermedad, pero los aspectos cognitivos de la misma pueden ser también estudiados.

Se cree que a fines del s. VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio. La causa no era atribuible al individuo, sino que era causa de una transgresión a la voluntad del individuo por arte de un ser superior. Por lo tanto, estos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban autorizados a luchar contra el mal. Estas ideas demonológicas prevalecieron en los albores del Renacimiento salvo notables excepciones como Vives y Weyes. Los siglos XVII y XVIII, Siglo de las Luces y la Edad de la Razón, se caracterizan por la defensa de planteamientos anatomopatológicos y fisiopatológicos. Y la consideración de la locura como un tipo especial de enfermedad será abordada desde ambos. La caracterización de las enfermedades nerviosas como producidas por algún tipo de lesión anatómica conlleva la idea de que a medida que se iban descubriendo las lesiones específicas que estaban en el origen de las neurosis, estas irían desapareciendo.

La mentalidad anatomopatológica da paso a los planteamientos fisiopatológicos sobre las enfermedades. Whytt afirmaba que puesto que la mayor parte de las enfermedades dependen del S.N. deberían ser llamadas nerviosas.

Collen agranda esta tesis y construye una de las primeras nosologías, en la que aparece por primera vez el término neurosis. Y a fines del S. XVII se producirá una división entre los médicos especialistas en nervios (neurólogos).

2.3.1 Métodos de investigación en psicopatología

1) Método observacional es obtener o percibir información a través de la vista y el oído, fundamentalmente. El propósito de investigar las modificaciones que se producen en el transcurso del desarrollo, en condiciones ambientales naturales, renunciando relativamente a un control sistemático de los factores que influyen en los resultados. A consecuencia de esta carencia de control planificado, los datos obtenidos no se prestan, de ordinario a conclusiones universales. Este método permite que su uso suministre alguna información sobre las estructuras del pensamiento, las relaciones sociales, el comportamiento afectivo y motivador, así como sobre múltiples aspectos de la dependencia de tales estados, respecto de las condiciones culturales y sociales.

2) Método de cuestionarios (encuestas, tests) son métodos de observación directa o inmediata. Se propone el estudio de determinados aspectos de la vivencia y de la conducta. Hall fue el que primero lo usó y el que le dio fama. Muy empleado por su sencillez. Si se emplea sin espíritu crítico, o se evita la formulación y disposición de las preguntas, conduce, con frecuencia a resultados muy inseguros y de escasa validez.

3) Método correlacional consiste en poner en relación dos elementos a estudiar (ej. el rendimiento y el aprendizaje escolar). El coeficiente de correlación oscila entre 0-1; correlaciones bajas son de 0,1 como entre la estatura y las notas, y correlaciones altas serían de 0,9 como entre el tipo de personalidad y el rendimiento.

2.4 Principales trastornos psicopatológicos

2.4.1 Trastorno de depresión

La depresión viene (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque éste es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento normal en el paciente. Es causa de dolor y sufrimiento no sólo a quienes de ellos padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar. La mayoría de las personas deprimidas no buscan ayuda ni un tratamiento adecuado.

Existiendo una gran cantidad de técnicas y psicoterapias conocidas con los nombres de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia de apoyo. Estos tratamientos alivian el sufrimiento de la depresión.

Muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable. Si sabemos de una persona que sufre de depresión y no recibe tratamiento, esta información puede ayudarle a salvar su vida o la de un ser querido. Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos que se describen generalmente son depresión severa, la Distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

La Distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con Distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

El trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo. Los cuales pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Manifestaciones del trastorno bipolar: Que se encuentran en la depresión.

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

2.4.2 Factores que influyen en la depresión

Factores genéticos existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado. Es un riesgo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Factores bioquímicos, se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Sabemos que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental. El ambiente y otros factores de estrés es un factor que contribuye a la depresión. La pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica.

Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés. La depresión en la mujer es con más frecuencia afectando a la mujer más que a los hombres. Factores causantes son los hormonales en la mujer, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, pre menopausia y la menopausia.

Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto.

Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño. Depresión en el hombre es quien tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, Existen casos de hombres que sufren son mas difíciles para admitir que tienen depresión.

Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer.

Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer.

Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

Evaluación diagnóstica, es el diagnóstico es clínico y no son causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica es la que proporciona datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba. Es necesaria una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio.

El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

En el trastorno depresivo de que se llegue en el diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación psíquica supone una limitación en las actividades habituales del cliente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación.

Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos.



La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas.

2.5 Trastorno de ansiedad

La ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o, por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. En la actualidad se estima que un 25% o más de la población mundial sufren de algún trastorno de ansiedad, sin saberlo. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa alerta.

En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado que bien pudiéramos llamar de "alerta roja". El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina. Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se dan con bastante frecuencia, el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, que requieran una actividad del organismo fuera de lo normal.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos. La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico.

Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas. La ansiedad esta asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas a la que se le llama expectación aprensiva. Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar, mantener el sueño o sensación al despertarse de no haber descansado bien (sueño no reparador)

- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Y en el Curso de la ansiedad muchos individuos con trastornos de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida.

Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. Patrón familiar: La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar

2.5.1 Tipos de ansiedad

a) Ansiedad debida a sustancias

Las causas más comunes son el abuso excesivo de alcohol, Ingesta excesiva de cafeína, la adicción a la cocaína, éxtasis, anfetaminas y marihuana, etc. Existen otras drogas las cuales pueden ser causantes de ansiedad y estrés en hombres y mujeres de todas las edades. Por ejemplo deben de tener abstinencia al alcohol o a benzodiazepinas y ansiolíticos. Medicamentos: pseudoefedrina, fenilefrina, etilefrina, fenilpropanolamina, norepinefrina, salbutamol.

b) Ansiedad secundaria a otro trastorno mental

- Trastorno de pánico (por ej. ansiedad o miedo a padecer una nueva Crisis de pánico)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (por ej. ansiedad ante la posibilidad de ensuciarse o contaminarse)
- Fobias (por ej. ansiedad a pasarlo mal en público)
- Anorexia nerviosa (por ej. ansiedad provocada por el temor a engordar)

- Un punto especial a destacar la frecuente asociación de síntomas de ansiedad en pacientes que sufren de Trastornos Depresivos.

c) Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso

Existen tiempos en que a una persona le toca vivir la ansiedad lo que es un síntoma psíquico muy frecuente relacionado con el tipo de vida que lleva, en sus relaciones familiares con los hijos y la pareja, a nivel académico desde la escuela o la universidad o laboral la falta de empleo, remuneración insuficiente, problemas con el jefe etc.

Tratamiento para el control de la ansiedad existen varios tipos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos se incluyen: Fármacos ansiolíticos. Psicoterapia cognitivo-conductual: ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada y exposición y prevención de respuesta, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar auto-charlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico, etc. Reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, caminar, etc. Cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan ésta.

Trastorno de estrés es una tensión provocada por diferentes situaciones las cuales son agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que experimenta, acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. Quienes han respondido con temores, desesperanzas u horrores intensos, durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas.

- Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
- Reducción del reconocimiento de su entorno, o pasa aturdido
- Desrealización o es quien experimenta al mundo externo como algo extraño.
- Despersonalización es quien no se siente a si mismo
- Amnesia disociativa es una incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar
- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta, tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultad para concentrarse
- Respuestas exageradas de sobresalto

Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y menos de 1 mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona. La prevalencia del trastorno por estrés agudo en la población expuesta a acontecimientos de carácter extremo depende de la intensidad y persistencia del trauma y del grado de exposición a estos problemas. Los síntomas del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo dos días y, o bien se resuelven en las cuatro primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de un mes, puede estar indicado el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de

presentar un trastorno por estrés agudo. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo.

Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor que predispone, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático. Aunque el estrés puede ejercer alguna influencia sobre cualquier enfermedad, tales como catarro o tuberculosis, y quizás incluso el cáncer, afecta directamente a otras. El corazón late más deprisa, aumenta la presión de la sangre y otros sistemas corporales se preparan para enfrentarse a la amenaza. Cuando alguien reacciona físicamente para salir de una amenaza, estos sistemas retornan a la normalidad. Huir o luchar, denominadas reacción de agresión o fuga, son dos formas acertadas de combatir muchas amenazas físicas. Sin embargo, el problema surge cuando el cuerpo está preparado para enfrentarse al peligro pero no puede hacerlo.

Quedar atrapado en un atasco de tráfico, por ejemplo, puede hacer que el cuerpo se prepare para una respuesta de agresión o fuga, pero cuando no se puede tomar ninguna acción, los sistemas corporales permanecen hiperactivos. La repetición de experiencias similares de naturaleza frustrante puede crear estados tales como la hipertensión. Hay muchos otros factores que también pueden ocasionar alteraciones producidas por el estrés. Entre los que actualmente se investigan podemos mencionar un cierto tipo de conducta que los científicos llaman 'tipo A', un término que originalmente se aplicó a personas proclives a enfermedades coronarias. El estilo de enfrentamiento tipo A, caracterizado por una competitiva y absorbente intensidad, es común en las sociedades desarrolladas, y cada vez existen más pruebas de que esta clase de conducta está asociada con una incidencia cada vez mayor de varias alteraciones producidas por estrés.

Diagnóstico es de conocimiento general que las personas se preocupan de su cuerpo de muy distinta manera, aunque lo habitual es que partan de la presunción de salud mientras no experimenten malestar ni padezcan incapacidades funcionales que limiten su vida diaria. La medicina sabe desde sus inicios que no siempre existe una correspondencia entre el

funcionamiento objetivo del organismo y las sensaciones corporales del sujeto, de ahí que haya establecido una crucial distinción entre los signos o alteraciones que son observables y los síntomas.

Lo habitual es que la demanda de atención médica dependa de la aparición de estos últimos, que juegan el papel de señales de alarma y advierten al sujeto de que en su organismo algo no funciona bien. Esta connotación del síntoma como estímulo sugerente de amenaza permite entender la enfermedad como agente estresante por excelencia, ya que provoca alarma e incertidumbre en el sujeto, sin concederle apenas margen para el uso de conductas operantes que desactiven el peligro. De hecho, la única conducta realmente adaptativa es la de pedir ayuda a un médico, y eso ya da una idea de lo mucho que la enfermedad aproxima a los sujetos a los estados de indefensión.

El tratamiento adecuado para estas alteraciones que produce el estrés se limita a veces a aliviar el síntoma físico concreto. Por ejemplo, la hipertensión se puede controlar con fármacos. Los tratamientos psicológicos van dirigidos a ayudar a la persona a solucionar la causa del estrés o bien a enfrentarse a ella de una manera más eficaz. A menudo se recomienda la combinación de tratamientos físicos y psicológicos. Un paciente puede beneficiarse significativamente con Terapia Cognitiva o Conductual mientras que otro puede beneficiarse con Farmacoterapia. Sin embargo, el tratamiento combinado de Psicoterapia y Medicación es el más efectivo.

2.6 Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad patológica, donde las personas que padecen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Estamos más preparados para aceptar y comprender el caso de las enfermedades físicas. Otros elementos que tienden a confundir son que estos trastornos no tienen una causa o causas conocidas o fáciles de reconocer, varían de una persona a otra y su tratamiento también es confuso.

La salud mental y la enfermedad mental dependen del estilo de vida del paciente, de la calidad de las relaciones afectivas que tenga el cliente, la capacidad de amar y aceptar a los demás, de dar confianza y apoyo, recibirlos, y la tolerancia que manifieste.

Este conjunto de valores, actitudes y habilidades pueden admitir una variedad de definiciones, no existen parámetros absolutos y cada cultura y cada grupo humano y cada familia e individuo. Desde la perspectiva médica un desorden mental sería aquel comportamiento desadaptado que no llaga a ningún resultado concreto, que se aparta de la realidad. Desde el punto de vista social un enfermo mental no se ajustaría a su entorno. El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. pero este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz", queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similar es a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil.

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascararse con problemas escolares o mal comportamiento.

Quien sufre de esquizofrenia experimente una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacia antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, hable solo o se ría sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen porque aparecer en todos los pacientes.) Es muy importante no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista. Entre los síntomas de la esquizofrenia se encuentran positivos y negativos que a continuación se describen:

1. **Síntomas positivos:** son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que la persona sana no suelen presentar.

2. **Síntomas negativos:** son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día.

Síntomas positivos: Son los siguientes: pueden estar en otros trastornos.

a) **Alucinaciones:** son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. No está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo. , Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

b) **Delirio:** se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio. Tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia.

c) **Trastornos del pensamiento:** la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad.etc.

En la esquizofrenia también hay otra serie de síntomas negativos, menos alarmantes pero que se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos.

Todos estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana.

Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos. Hay que subrayar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no lo tienen en absoluto o de manera tan poco acentuada que apenas le molestan en la vida cotidiana.

2.6.1 Tipos de esquizofrenia

El carácter individual del cuadro de la enfermedad, por esto la subordinación a uno de los diversos tipos de la patología significa a menudo una simplificación. Además con frecuencia se presentan cuadros mixtos, que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo.

a) Esquizofrenia paranoide: se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

b) Esquizofrenia catatónica: predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico". A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida.

Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

c) **Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica:** predomina un afecto absurdo, no apropiado se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia *psicosis infantil*. El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

d) **Esquizofrenia indiferenciada:** es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de otras anteriores.

e) **Esquizofrenia residual:** en estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes.

No se manifiesta en todos los enfermos. En el curso de la enfermedad cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos. Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se encuentra en tres fases:

1. **Fase prodrómica:** es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia.

Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios.

2. Fase activa: es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año.

3. Fase residual: no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave. Teoría de los tres tercios: 1/3 se recupera, 1/3 sigue teniendo ciertas limitaciones después de un brote. , 1/3 curso grave de la enfermedad y no pueden vivir de forma autónoma.

Causas de la esquizofrenia según las investigaciones han obtenido resultados parciales importantes, que se sitúan en campos muy diversos. Por eso podemos decir con bastante seguridad que no existe una causa para que algunas personas sufran esta enfermedad, sino que hay que atribuir la responsabilidad a todo un conjunto de causas. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias.

Se sabe que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes, mientras que en otras no. Debido a esta predisposición una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad pero esto no es una condición ecuánime para desarrollarla. Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial. Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera a esta carga excesiva.

¿Cuáles son estas cargas? Pueden ser acontecimientos de la vida estresantes, normalmente imprevisibles, como la muerte de una persona próxima, el servicio militar, la pérdida de un puesto de trabajo... también un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un niño, una boda, es decir situaciones que supongan un cambio en la vida. Sobre todo una carga emocional permanente puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohíbe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona que sufre de esquizofrenia es por sí, más retraída, debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle. Otra actitud sería cuando los miembros de la familia tienen una actitud de rechazo encubierto, es decir no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el afectado se critica y desvaloriza.

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario y a la vez complementario que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial, psicológico, ocupacional y social, es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que este durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización. El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante unos fármacos llamados al principio neurolepticos por sus efectos catalepticos y más modernamente hay un cierto consenso en llamarlos antipsicóticos. Numerosos estudios han documentado la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y del litio y los antidepresivos en el tratamiento de los trastornos afectivos. Los antipsicóticos o neurolepticos han mostrado su eficacia tanto en el tratamiento agudo de los síntomas psicóticos como a nivel de recaídas.

La esquizofrenia va acompañada de una alteración del metabolismo cerebral, se trata de un funcionamiento excesivo de la dopamina. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral. Sin embargo los neurolepticos también modifican otros ámbitos metabólicos cerebrales, de ello resultan, además de los efectos deseados, desafortunadamente también efectos laterales o secundarios indeseables. El efecto de los ap se describe como tranquilizador para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores.

Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos. Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas a crisis agudas. Distinguimos entre los efectos secundarios que aparecen en la primera fase del tratamiento con neurolépticos y los efectos secundarios de éstos en casos de medicación de larga duración.

La mayoría de los efectos secundarios aparecen en las primeras semanas del tratamiento. Hay que mencionar especialmente el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento, los trastornos circulatorios y de la vista, estreñimiento y dificultades para orinar. La Psicopatía es una enfermedad mental y una anomalía psíquica por obra de la cual, a pesar de la integridad de las funciones perceptivas y mentales, se halla patológicamente alterada la conducta social del individuo que la padece. Es un trastorno psicopático produce una conducta anormalmente agresiva y gravemente irresponsable, que según el doctor Hervey Cleckley determinan una serie de características clínicas, descritas que incluyen:

- Encanto superficial e inteligencia
- Ausencia de delirios u otros signos de pensamiento no racional
- Ausencia de nerviosismo o manifestaciones psiconeuróticas
- Escasa fiabilidad
- Falsedad o falta de sinceridad
- Falta de remordimiento y vergüenza
- Conducta antisocial sin un motivo que la justifique
- Juicio deficiente y dificultad para aprender de la experiencia
- Egocentrismo patológico e incapacidad para amar
- Pobreza generalizada en las principales relaciones afectivas
- Pérdida específica de intuición
- Insensibilidad en las relaciones interpersonales generales
- Conducta extravagante y desagradable bajo los efectos del alcohol y, a veces, sin él
- Amenazas de suicidio raramente consumadas
- Vida sexual impersonal, frívola y poco estable

-Incapacidad para seguir cualquier plan de vida

Estos son, los criterios que definen a la personalidad psicopática pueden evaluarse mediante una lista de 20 características. Estas descripciones tuvieron como base el trabajo de Cleckley para definir la psicopatía a través de una serie de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales. Los síntomas que exhiben los psicópatas son, según Hare:

- gran capacidad verbal y un encanto superficial
- autoestima exagerada
- constante necesidad de obtener estímulos y tendencia al aburrimiento
- tendencia a mentir de forma patológica
- comportamiento malicioso y manipulador
- falta de culpa o de cualquier tipo de remordimiento
- afectividad frívola, con una respuesta emocional superficial
- falta de empatía, crueldad e insensibilidad
- estilo de vida parasitario
- falta de control sobre la conducta
- vida sexual promiscua
- historial de problemas de conducta desde la niñez
- falta de metas realistas a largo plazo
- actitud impulsiva
- comportamiento irresponsable
- incapacidad patológica para aceptar responsabilidad sobre sus propios actos
- historial de muchos matrimonios de corta duración
- tendencia hacia la delincuencia juvenil
- revocación de la libertad condicional
- versatilidad para la acción criminal

Tipos de relaciones que establecen los psicópatas a pesar de que los psicópatas no coinciden al resto como personas si establecen relaciones y vínculos, que suelen ser de tres tipos:

Asociativos, que se producen cuando un psicópata entra en contacto con otro para obtener un objetivo común. Dado que ambos integrantes del vínculo son narcisistas y ególatras el apego sólo está justificado por el utilitarismo de tener un propósito común. **Tangenciales**, que ocurre cuando el psicópata encuentra una víctima ocasional en un encuentro puntual, donde utiliza sus tácticas coercitivas de forma temporal.

Complementarios, que determinan una relación de doble vía, que habitualmente ocurre con un neurótico. Psicopatía y seducción es la base que permite el acto Psicopático y se produce mediante una transferencia bidireccional donde la propuesta del Psicópata encuentra eco en las apetencias del otro, dado que una característica fundamental de la personalidad psicopática es la habilidad para captar las necesidades del otro. Este mecanismo se articula cuando el psicópata convence al otro de que él le es infinitamente necesario para suplir necesidades irracionales que éste no puede detallar. En la seducción el psicópata necesita que el otro esté de acuerdo, para lo cual usa la persuasión y el encanto, por lo que es bidireccional, hay un consentimiento por parte de la otra persona, a diferencia de lo que ocurre en las relaciones tangenciales donde el psicópata actúa unidireccionalmente mediante la violencia, que constituye una agresión desde una posición de poder.

2.7 Trastornos sexuales

Son todos aqueos impedimentos, o dificultades para la realización y disfrute de la actividad sexual en cualquiera de las fases que componen la respuesta sexual humana. En el campo de la medicina se han conocido estos trastornos como "perversiones", ya que se dan como consecuencia de trastornos obsesivos que suelen comenzar en la infancia y que más tarde dificultan en la edad adulta el vivir la sexualidad de forma espontánea y natural.

1) **Clasificación**; según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) hay distintas clasificaciones de los trastornos sexuales atendiendo a distintos factores. Nosotros utilizaremos la clasificación DSM-IV (la última revisión) que clasifica los trastornos sexuales en cuatro grupos:

✓ **Disfunciones sexuales**

- ✓ Trastornos de la identidad sexual o transexualidad.
- ✓ Parafilias o desviaciones sexuales
- ✓ Otros trastornos sexuales no especificados.

2) Los trastornos sexuales son un estado funcional o comportamental que interfiere el ejercicio considerado normal de la función sexual. Se pueden clasificar en tres tipos:

a. Trastornos de identidad sexual

Se pueden dar en la niñez, en la adolescencia y en la edad adulta. En ellos hay una disociación entre el sexo anatómico y la propia identidad sexual, es decir el sexo con el que se identifica la persona.

b. Parafilias o desviaciones sexuales

Perversiones se definen como un patrón de conductas sexuales en la que la fuente predominante de placer sexual no es a través de la cópula heterosexual. Esta es una definición que se aceptó hasta hace algunos años, pero como la homosexualidad se le definió como una preferencia sexual en lugar de una parafilia, dejó de estar vigente. Actualmente las parafilias se entienden como las conductas sexuales, eróticas que no son comprendidas por la mayoría de las personas. Desde el punto de vista de la Psiquiatría y del Psicoanálisis las parafilias son consideradas "perversiones". Las parafilias son un deseo incontrolable, impulsivo y compulsivo de realizar el acto o de fantasearlo. De hecho los individuos que la practican pueden parecer exteriormente tan normales como cualquier otra persona. Hay que tener muy en cuenta que las imágenes o fantasías parafilicas pueden ser estímulo de excitación sexual para una persona sin ello llegar a ser una parafilia. Por ejemplo, la ropa interior femenina suele ser excitante para muchos hombres. Será parafilia sólo cuando el individuo actúe sobre ellas o cuando le afecten en exceso. En principio es importante diferenciar dos tipos o grupos de trastornos sexuales: 1. Parafilias: que se caracterizan por una activación sexual ante objetos o situaciones que no forman parte de las pautas habituales de los demás y que puede interferir con la capacidad para una actividad sexual recíproca y afectiva. 2. Disfunciones sexuales: que se caracterizan por inhibiciones del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo de la respuesta sexual.

2.7.1 Tipos de parafilias

Esencialmente consisten en que el individuo tiene unas necesidades y fantasías sexuales intensas y recurrentes que generalmente suponen:

- 1. Objetos no humanos**
- 2. Sufrimiento o humillación propia o del compañero**
- 3. Niños o personas que no consienten**

Hay que tener muy en cuenta que las imágenes o fantasías parafilicas pueden ser estímulo de excitación sexual para una persona sin ello llegar a ser una parafilia. Por ejemplo, la ropa interior femenina suele ser excitante para muchos hombres. Será parafilia sólo cuando el individuo actúe sobre ellas o cuando le afecten en exceso.

c. Exhibicionismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, ligadas a la exposición de los propios genitales a una persona extraña. En ocasiones el individuo se masturba al exponerse o al tener estas fantasías.

d. Fetichismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el uso de objetos inanimados (fetiches). Ropa interior, zapatos, botas, son fetiches comunes. El individuo se masturba mientras sostiene, acaricia, etc., el fetiche o le pide al compañero que se lo ponga. El objeto ha de ser marcadamente preferido para lograr la excitación sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

e. Frotteurismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el contacto y el roce con una persona que no consiente. Teniendo presente que lo excitante es el contacto pero no necesariamente la naturaleza coercitiva del acto. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

f. Pedofilia

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actividad sexual con niños prepúberes. Los niños suelen ser menores de 12-13 años y el individuo ha de tener por lo menos cinco años más que el niño para que sea considerado el trastorno. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

g. Masoquismo sexual

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el acto (real o simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier tipo de sufrimiento. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

h. Sadismo sexual

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico de la víctima es sexualmente excitante. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

i. Fetichismo transvestista

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican vestirse con ropas del sexo contrario. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas. Generalmente guarda una importante colección de ropa para transvestirse cuando está sólo, luego se masturba imaginando que otros hombres se sienten atraídos por él como si fuera una mujer.

j. Voyeurismo

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el hecho de observar ocultamente a otras personas cuando están desnudas o en actividad sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada a ellas.

Las causas pueden clasificarse en físicas y psicológicas. Los factores físicos pueden deberse a enfermedades, cirugía o, incluso, el empleo de fármacos y drogas. No siempre es fácil discernir exactamente las causas de una disfunción sexual, aunque en la gran mayoría de los casos es posible determinar si se trata de un problema físico o psicológico. Se puede hablar de tres tipos de factores que contribuyen a que surjan los trastornos sexuales de causa psicológica. En primer lugar, los factores predisponentes pueden incluir las experiencias tempranas en la vida. Éstas pueden provocar que una persona se sienta más vulnerable y desarrolle una disfunción sexual posteriormente. En segundo lugar, están los factores precipitantes, los cuales se refieren a los sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de un trastorno sexual.

Finalmente, se encuentran los factores de mantenimiento, que son los que pueden explicar porque persiste la disfunción. Entre los factores predisponentes se pueden encontrar los siguientes: una educación represora; malas relaciones familiares; una información sexual inadecuada; que las primeras experiencias sexuales sean traumáticas; la inseguridad temprana en el desempeño

sexual... En cuanto a los factores precipitantes es posible mencionar: la alteración general en la relación de pareja, el nacimiento de un hijo, la infidelidad, una serie de expectativas no razonables con respecto a la pareja y el sexo, una disfunción sexual en el otro miembro de la pareja, algún fracaso fortuito previo, una reacción a factores orgánicos, la edad, episodios de ansiedad o de depresión, alguna experiencia sexual traumática. Los factores de mantenimiento pueden ser los siguientes: ansiedad por el rendimiento sexual, anticipación del fracaso, culpabilidad, pérdida temporal o prolongada de la atracción en la pareja. Una pobre comunicación entre los miembros de la pareja, conflictos y desavenencias en la relación en general, ciertos miedos y temores a la intimidad, una auto-imagen distorsionada, información sexual inadecuada o desfasada, la creencia y el sostenimiento de algunos mitos sexuales, limitaciones en los juegos eróticos, algún trastorno psiquiátrico.

2.8 Métodos de psicodiagnóstico

Cuando se establece una relación entre dos o más personas, existe una preocupación o problema es motivo de consulta, entre cliente y un profesional, que investigará para responder a esa demanda. El demandante puede ser un individuo, pareja, familia, grupo o institución. Es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas entre ellos describir al examinado, en algún aspecto específico o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial.

Un psicodiagnóstico también se puede decir que es un proceso en el cual se establece una relación bipersonal (psicólogo-paciente) de duración limitada (aproximadamente 5 o 6 sesiones de 50 minutos) con el objetivo de realizar una descripción, lo más profunda y completa que se pueda, de la personalidad del individuo (adulto, adolescente o niño).

El psicodiagnóstico se lleva a cabo porque hay demanda de las personas (y/o su entorno) que sufren y que desean conocer por qué les pasa esto y cómo pueden solucionarlo. Más específicamente, las finalidades de un psicodiagnóstico pueden ser:

- Descripción del funcionamiento de la personalidad para ayudar a determinar el diagnóstico.
- Estimar el pronóstico del caso.
- Elección de la estrategia terapéutica más adecuada.

- **Evaluación del tratamiento:** Para apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad, planificar un alta o averiguar el motivo de un “*impasse*” en el tratamiento.
- **Como medio de comunicación:** Hay sujetos a los que les resulta difícil hablar espontáneamente de sus problemas y a través de un proceso psicodiagnóstico se puede lograr que adquiera conciencia de su sufrimiento para aceptar colaborar en la consulta.

¿Qué información nos proporciona un psicodiagnóstico sobre un sujeto?

- La manera en que organiza y procesa la información del exterior.
- Influencia en las emociones en sus decisiones.
- Auto percepción y relaciones con el otro.
- Recursos de los que dispone.
- Tolerancia a la frustración.
- Grado de ajuste a la realidad.
- Estrategias defensivas.
- Conflictos.
- Estilos de respuesta.

El psicodiagnóstico se dirige a todo aquel que desee conocer a profundidad su dinámica psicológica y sus características de personalidad, también a aquellos profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, pediatras...) que deseen confirmar sus diagnósticos o recabar mayor información de sus pacientes para decidir la mejor estrategia a seguir en cada caso.

2.8.1 Etapas del psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es un proceso de evaluación que debe desarrollarse dentro de un encuadre. El encuadre es transformar una serie de variables en constantes, para que dejen de oscilar como variables para el entrevistador, para observar mejor. La originalidad de cada proceso no impide el establecimiento de constantes generales. El encuadre es la constante, y la variable es el proceso. Incluye: la modalidad de trabajo, el objetivo del mismo, la frecuencia de las sesiones, horarios,

honorarios, y el rol que le compete a cada uno. Debe basarse en los aspectos más maduros, por lo menos del profesional.

Contacto inicial ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamado telefónico u hojas de derivación o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder.

Objetivos del primer contacto

- Discriminar motivo manifiesto del latente, detectando su grado de discrepancia (los pacientes disocian, postergan o evitan lo más ansiosígeno; sus motivaciones generalmente son racionalizaciones). : por medio de sus verbalizaciones, características de su lenguaje y expresión.
- Establecer el grado de coherencia entre lo verbal y lo no verbal: puede informar acerca de la coherencia o discrepancia entre lo presentado como motivo manifiesto de consulta y lo que percibimos como motivo latente.
- Planificar batería de tests adecuada: en cuanto a los elementos, secuencia, ritmo.
- Establecer buen *rapport* para reducir al mínimo la posibilidad de bloqueos y crear un clima preparatorio a la administración de tests.
- Secuencia de aspectos que el paciente o sus padres relata.
- Captar la transferencia y contratransferencia: detectar que tipo de vínculo trata de establecer con el psicólogo.
- Captar ansiedad y culpa en el paciente, los padres y el psicólogo.

En la entrevista se da la integración de la ciencia y las necesidades prácticas: investigación y terapéutica en el psicólogo. Por eso se llama entrevista psicológica. No hay entrevista fructífera si no se incluye la investigación, porque la entrevista es el campo para hacerlo. La entrevista posee las siguientes características.

Cierre del proceso es el que se da a través de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria.

Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-exposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta. Consiste en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar aquellos aspectos que sean de utilidad para el proceso terapéutico. En psicodiagnóstico infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por éste.

Este proceso de devolución implica la generación de *insight* y el manejo de la ansiedad del examinado. Análisis de los resultados. Confección y entrega de un informe psicológico: debe ser dirigido al solicitante del proceso de psicodiagnóstico. Entrevista inicial que permite obtener el motivo de consulta y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se aplicarán y en qué orden, la batería de tests a aplicar se realiza de acuerdo a lo que se necesita saber de la persona. En ello influirá el motivo de consulta, la edad y el tiempo que la persona disponga para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

2.9 Informe psicológico

El informe psicológico es una exposición escrita, minuciosa e histórica de los hechos referidos a una evaluación psicológica, con el objetivo de transmitir a un destinatario, los resultados, conclusiones y pronóstico. En base a los datos obtenidos y analizados a la luz de instrumentos técnicos: entrevista, observación, test, todos consustanciados en el marco referencial teórico, técnico y científico adoptado por el psicólogo.

Estructuración de la historia clínica

a) Anamnesis

Es donde se recogen datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia de la enfermedad actual.

Sin embargo, este esquema varía de acuerdo con las diferentes instituciones psiquiátricas e incluso con las distintas modalidades del terapeuta según sea conductista, psicoanalista o biólogo.

b) Datos de filiación e identificación del paciente

Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de origen y de residencia, estudios realizados, profesión, situación laboral y socioeconómica, religión, previsión. (Importante consignar la fecha de la entrevista).

c) Motivo de consulta

Es el problema inicial que manifiesta con sus palabras el propio paciente es como sabemos los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. También deben valorarse las circunstancias del envío, quiénes han sido los personajes implicados: El propio paciente voluntariamente, la familia, el médico de cabecera, etc., y si se ha efectuado en contra a los deseos del paciente; en este último caso es evidente que el enfermo no estará en condiciones de ofrecernos información por lo que deben transcribirse las anotaciones ofrecidas que el profesional correspondiente suele remitir en una interconsulta.

d) Enfermedad actual

Desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas actuales, especificando la tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo, si cursaron con mejoría espontánea. Si ha precisado o no asistencia psiquiátrica previa, si ha recibido tratamiento psicofarmacológico (anotar el tipo de psicofármacos) y el efecto producido (tanto terapéutico como secundarios o indeseables). Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable y duración aproximada de este periodo asintomático. También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía. En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

e) Antecedentes personales

Además de estudiar la enfermedad actual del paciente y su situación vital actual, es necesario conocer lo acaecido desde su nacimiento hasta la actualidad. La historia personal se suele dividir en tres grandes partes: Período del desarrollo, infancia tardía y vida adulta.

f) Antecedentes familiares

Se recogen los datos de parentesco referidos a su origen familiar y núcleo familiar actual. Así mismo, es de considerable importancia indagar sobre historia de suicidios anteriores, motivo y consumación o no de los mismos, y la posible existencia de trastornos psiquiátricos (alteraciones afectivas, retraso mental, comportamientos extraños, etc.) en alguno de los miembros de la familia. Se debe tener en cuenta que reconocer el padecimiento de una enfermedad psiquiátrica o el suicidio de algún familiar supone una carga emocional intensa para el paciente e incluso para la propia familia que pueden motivar encubrir el evento y expresarse de formas similares a las siguientes: "no sabemos bien como fue", "murió en circunstancias extrañas", con el objetivo de eludir la respuesta.

g) Antecedentes mórbidos familiares

Se debe constatar las patologías mórbidas y psiquiátricas de familiares cercanos y además si ha habido historia de ingresos o institucionalización de alguno de ellos. Se debe preguntar sobre existencia de problemática alcohólica o de consumo de otras sustancias tóxicas en el ámbito familiar.

h) Exploración psicopatológica

También conocida como examen mental, es la parte de la valoración clónica que describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Se debe describir el estado mental del paciente, y para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajusta de acuerdo a las condiciones de la entrevista, pero que de todas formas debe ser completo.

i) Impresión diagnóstica

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración psicopatológica, debemos "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no seamos concluyentes, puesto que dependiendo de la evolución posterior del paciente se podrá modificar para encaminarnos a la elaboración de un diagnóstico definitivo. Asimismo, en ocasiones nos enfrentamos a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre dos o tres orientaciones diagnósticas debido a la complejidad de la sintomatología, que se confirmarán con el paso del tiempo y las posteriores revisiones. En el caso de que haya habido hospitalizaciones previas, no debemos circunscribirnos exclusivamente al diagnóstico inicial sino que se debe analizar cuidadosamente el episodio actual para evaluar si se trata o no de la misma sintomatología o bien corresponde a un nuevo diagnóstico al que debemos realizar una modificación en su tratamiento de base.

j) Tratamiento y evolución

Se reflejará el tratamiento administrado al paciente y el consecuente proceso evolutivo. En las sucesivas entrevistas debe valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no, si precisa sustitución de fármacos, si aparecen o no efectos secundarios o desfavorables y la intensidad de los mismos.

k) Pronóstico

No en todas las historias clínicas se hace alusión a este apartado, sobre todo si es de poco tiempo. En algunas situaciones es importante hacerlo constar cuando el paciente lleva largo tiempo bajo nuestra supervisión, lo conocemos a fondo, ya que dependerá entre otras cosas de la intensidad y evolución de la enfermedad y del apoyo socio-familiar que dispone el paciente.

La epicrisis es cuando se trate de un paciente hospitalizado que sea dado de alta para continuar una supervisión ambulatoria, o bien deba derivarse a otro Centro de Salud Mental, se debe realizar una valoración general de la evolución del caso, donde se anotará de forma resumida y concreta los aspectos más importantes de su historia clínica, las disquisiciones diagnósticas, el pronóstico, los diferentes tratamientos empleados, así como las conclusiones definitivas.

2.10 Diagnóstico multiaxial

Es el sistema multiaxial que evalúa con varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos; Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad; Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

Los instrumentos que se utilizan para realizar diagnósticos multiaxiales son: 1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la *American Psychiatric Association* (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

La edición vigente es la cuarta (DSM-IV). Se registra datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre profesionales de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría. Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínicas, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios. El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que proporciona una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento.

2. Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre 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 *Family of International Classifications*. La lista CIE-10 tiene su origen en la lista de causas de muerte, cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. En este momento, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella. La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para 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 introdujo su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá introdujo en el 2000 su versión, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

3. Guía latinoamericana de trastornos psiquiátricos GLADP

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), más allá de optimizar el uso instrumental y la utilización de un modelo de psicodiagnóstico, ajustado a estándares internacionales, implica el ajuste de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, con base en la apreciación de la realidad y necesidades latinoamericanas. Es el éxito y el logro de los fines del uso del modelo multiaxial alcanzado en la práctica del diagnóstico psiquiátrico, que lo lleva a su perfección, al punto de estimular el surgimiento de nuevas propuestas al respecto, como en el caso de la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL), que respetando el modelo y el sistema de base propuesto por la OMS sobre el tema, proponen el sistema GLADP.

2.11 Los tests psicológicos

Los tests psicológicos son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo.

La justificación teórica de la evaluación mediante el uso de test psicológicos, es que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provocan es valorado en mayor o menor medida en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental, con lo que se da lugar a una determinada clasificación del sujeto, a la vez que este comportamiento específico ante determinado reactivo debe representar lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde la capacidad que se está evaluando se pone en ejecución real.

Los tests psicológicos tienen como finalidad de poder comparar esas actividades con las realizadas por personas homogéneas según sexo, edad, y realidad sociocultural, en base a los cuales se han elaborado valores promedio y de dispersión. Las técnicas que se basan en normas estadísticas, parten del supuesto de que la variable que se pretende medir se operacionaliza en dimensiones que se distribuyen en la población general según el modelo matemático de la curva normal. Una técnica basada en datos normativos elabora los mismos a partir de su administración a una muestra representativa de sujetos que va a usarse como una medida estándar, en relación al cual se compararán las ejecuciones o logros individuales. Interesa determinar el grado en que un sujeto se diferencia de otros homogéneos a él en relación a la característica o variable que se está midiendo. Clasificación general de los tests psicológicos se da en dos grandes vertientes:

1) Tests psicométricos básicamente miden y asignan un valor a determinada cualidad o proceso psicológico (inteligencia, memoria, atención, funcionamiento cognitivo, daño cerebral, comprensión verbal, etc.), y se dirigen a actividades de evaluación y selección, como también al diagnóstico clínico, su organización, administración, corrección e interpretación suele estar más estandarizada y objetiva.

2) Tests proyectivos son los inscritos dentro de la corriente dinámica de la Psicología, parten de una hipótesis menos estructurada que pone a prueba la individualidad de la respuesta de cada persona para así presumir rasgos de su personalidad, la actividad proyectiva puede ser gráfica (Bender, DFH Machover, Koppitz, HTP), o narrativa (TAT, Symonds, CAT, Rorschach), su uso suele ser más en el ámbito clínico, forense e infantil. Áreas de aplicación de los tests para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen tests meramente clínicos, así

como otros que si bien pueden ser usados clínicamente, también se aplican en otros contextos psicológicos, como la selección de personal, la orientación vocacional y la investigación pura y aplicada. Así la evaluación psicológica por medio de tests no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos y una suficiente aptitud y actitud profesional para elaborar a partir de los resultados un perfil válido, sustentable y coherente con respecto al funcionamiento de una persona en determinada área, así cómo sacar el mayor provecho posible de cada prueba para realizar de forma eficaz y eficiente la labor que es de su competencia. Dentro de las áreas aplicadas de la psicología el uso de tests es fundamental en las siguientes:

a) **Psicología Clínica:** son los tests que le permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos, así como también proporcionan un paneo con respecto a la forma de funcionamiento predominante en el paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico, determina la intervención, remisión a otros profesionales o incluso al inicio de un proceso de psicoterapia.

b) **Psicología educativa y orientación vocacional:** en esta área permite evaluar de una forma estandarizada, relativamente sencilla y muy enriquecedora, los procesos de niños, adolescentes o adultos relacionados con el aprendizaje.

En las posibles dificultades que se puedan presentar en éste, también es fundamental en las asesorías de elección vocacional, pues permiten visualizar las capacidades, aptitudes y preferencias que la persona posee pero que realmente no es capaz aún de identificar y de elaborar por sí mismo.

2.12 La psicoterapia

La palabra *Psico* proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *Therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro.

Por lo tanto, psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes, tomándolos en serio, ofreciendo comprensión y respeto y respondiendo de una manera que ayude a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas.

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

Fundamentos filosóficos la psicoterapia no es un tratamiento dirigido a proporcionar una cura; sino que es un arreglo contractual entre un terapeuta y un cliente en el que el terapeuta actúa como agente del cliente (Szasz, 1965), (Freud 1949) contemplaba al terapeuta como un profesor y educador. La psicoterapia es el nombre que se da a un tipo particular de influencia personal por medio de la comunicación a una persona, identificada como “el psicoterapeuta” el cual ejerce una ostensible influencia terapéutica sobre otra, identificada como “el paciente”. No sólo en la psicoterapia, sino en un número incontable de situaciones, como son la publicidad, educación, amistad y matrimonio, las personas influyen unas sobre otras. La función científica del psicoterapeuta es mantenerse al día de los desarrollos científicos en su campo de terapia de manera que pueda proporcionar a sus clientes las estrategias más eficaces para el cambio. El proceso terapéutico es donde siempre se encuentran personas que suelen buscar terapia cuando tienen un problema y no están siendo efectivos en resolverlo y conseguir lo que necesitan de su entorno. El objetivo de la terapia es conseguir una situación deseada, diferente y mejor, cambiando lo que sea necesario para lograrlo de modo que la persona aumente su capacidad para resolver los problemas y por lo tanto para satisfacer adecuadamente sus necesidades en su relación consigo misma y con el entorno.

En la terapia la relación entre terapeuta y cliente o entre el cliente y el grupo se estructuran de modo que se espera de todos que interactúen (realicen transacciones) que se ajusten a la definición de persona sana y efectiva. Los puntos más relevantes en las primeras sesiones serían las siguientes:

a) El proceso terapéutico comienza con la recogida de la información a través de autorregistros y demás instrumentos, hasta completar el análisis de las respuestas problema. Continúa con la conceptualización y explicación de los datos recogidos en el análisis y del establecimiento de las relaciones entre los diferentes componentes de la respuesta problema, las consecuencias de la misma y la interacción entre las diferentes variables que intervienen en el proceso.

b) El siguiente paso consiste en la explicación pedagógica al paciente, familia de sus problemas y la formulación de los objetivos de la terapia que se trabajarán. Algunos de los objetivos se consiguen explicándole a un paciente mayor por qué está deprimido y cuáles son los factores por los que existen sus problemas. Competencias de la psicoterapia, en la terapia se da una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, trabajan juntos para un objetivo en común lo que es una relación interpersonal, el resultado terapéutico satisfactorio dependerá tanto de las competencias o habilidades interpersonales del terapeuta, como de su dominio de la técnica.

(Kleinke) trata también la psicoterapia como profesión, que da satisfacciones pero que también conlleva riesgos, y describe cinco áreas de competencia en los terapeutas: conocimiento (teorías), competencia clínica (establecer relación terapéutica productiva), competencia técnica (saber usar técnicas), buen juicio (para diagnosticar y decidir un curso de acción) y efectividad personal (utilizar los recursos de su personalidad. La mayoría de las psicoterapias dirigidas por profesionales es importante el manejo de competencias.

El tratamiento psicodinámico prototípico es el psicoanálisis, que se dirige a descubrir las fuentes del conflicto inconsciente en el pasado y a reestructurar la personalidad del paciente. El paciente relata sueños, fantasías y recuerdos, junto con los pensamientos y sensaciones asociados con

estos. El terapeuta ayuda al paciente a interpretar estas asociaciones y el significado de la relación entre el paciente y él mismo. Debido a que es largo y caro, a menudo de varios años de duración, el psicoanálisis clásico casi no se utiliza en la actualidad. En estos tipos de tratamiento, los psiquiatras aconsejan a los pacientes e intentan influir en su conducta. Algunos utilizan técnicas derivadas de la terapia de conducta, que se basa en la teoría del aprendizaje (aunque estos métodos son empleados con más frecuencia por los psicólogos). Además de la psicoterapia, la otra forma principal de tratamiento no orgánico empleada en psiquiatría es la terapia ambiental. Los psiquiatras utilizan cada vez más una combinación de técnicas orgánicas y no orgánicas para todos los pacientes, que dependerá del diagnóstico y la respuesta al tratamiento.

Las Relaciones entre el Profesional y el Cliente es lo involucran mucho en una relación terapéutica. El experto en psiquiatría, debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales. Únicamente si el psiquiatra se da cuenta claramente de este "tabú", llamado así, de traficar con los artículos ordinarios de las relaciones interpersonales, mucha gente desconfiada descubre que puede tratar con él y hasta puede verdaderamente comunicarle sus problemas con otras personas. Es un procesos, que se establece entre el cliente y el terapeuta para logra una relación profesional en los ejercicios terapéuticos.

Es una persona que tiene numerosos contactos con otra gente, los cuales se calcula que habrán de producir información, aunque ésta sea solamente las directivas referentes a cómo podrá llegar a donde desea ir. En las características deseables del terapeuta por aceptación se entiende el interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática; interés que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés terapéutico son interpretadas por el paciente, y que el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del terapeuta al respecto. La empatía se refiere a la habilidad del terapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitiva y afectivamente el mundo como lo hace este.

El terapeuta puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el *feedback* del paciente (por ejemplo:

"Cuando usted se encuentra en un reunión y nadie le dirige la palabra parece pensar que nadie se interesa realmente por usted y entonces comienza a sentirse muy triste y solitario, le gustaría que alguien tomara la iniciativa, pero nadie parece hacerlo...¿podría ocurrir así?"). Incluso el terapeuta empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales (p.e resistencias) si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas. Sin embargo es conveniente que esta franqueza sea conjugada con la diplomacia y se manifieste en momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades la percepción del paciente sobre ellas es él, principal determinante de su reacción, por lo que las "preguntas de *feedback*" son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

2.12.1 La interacción terapéutica

La psicoterapia cognitiva considera que hay tres factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada (Beck, 1979):

a) La confianza básica: Se trata de la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como seguro y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención y ajusta su rol (directividad, formalidad, límites.etc) a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (por ejemplo: planificando con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).

b) El rapport: Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta.

Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a terapia; que las contraste con el paciente, si le parecen poco razonables o inadecuadas (por ejemplo: "¿Cree usted que su hijo estará dispuesto a colaborar conmigo en la terapia si usted le amenaza con lo que podría perder si no viene?").

También el terapeuta se pone en la misma frecuencia del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad (con la ayuda del *feedback*). Al explicar al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

c) La colaboración terapéutica: El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación (empirismo colaborativo). Se explican al paciente las tareas a desarrollar (por ejemplo: mediante modelado directo o cognitivo), se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

Desde el punto de vista constructivista (Guidano y Liotti, 1983) la resistencia es un proceso normal que se genera al ser revisado los esquemas cognitivos tácitos, y un proceso que hay que respetar, más que eliminar si se pretende que el cambio sea progresivo, en vez de regresivo. Para estos terapeutas cognitivos la resistencia se trabaja detectando las emociones y cogniciones a su base y después rastreando históricamente sus orígenes y el papel que desempeñaron en otra época. Solo desde esta "toma de conciencia" el paciente puede reorganizarlas en sus esquemas cognitivos, y solo él, decidir sobre su utilidad.

En las metas y terminación de la psicoterapia existen una gran variedad de metas dependiendo de los diferentes enfoques teóricos, de las que hace una síntesis: resolución de conflictos, búsqueda de la verdad, mejorar la capacidad de encontrar objetos del *self* apropiados, mejoría en las relaciones interpersonales como resultado del mejor conocimiento de las relaciones de objeto internas, generación de significados en el diálogo terapéutico, mejoría en la función reflectiva.

La elección de una o varias de estas metas dependerá de las características de los pacientes y de las preferencias teóricas de los terapeutas, vinculadas a la historia personal de los mismos. El objetivo de estas investigaciones es aclarar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada tipo de paciente.

Este grado de especificidad ha sido eludido por los investigadores, con una excepción: la terapia de conducta es, al parecer, la más efectiva para el tratamiento. Algunas metas que son de gran utilidad en el proceso de cierre en la psicoterapia.

- Metas de la terminación
- Evaluar la disposición del cliente a terminar
- Alcanzar la clausura de la terminación terapéutica
- Aprender a transferir

Metas de los pacientes *versus* metas de los terapeutas, Los pacientes buscan cambios en sus vidas y los terapeutas están más inclinados a los cambios intrapsíquicos. El autor plantea la necesidad de acuerdos, para formular metas realistas. Siendo importante el monitoreo de estas metas durante el proceso terapéutico. También nos advierte sobre el negativo sobreinvolucramiento del terapeuta en el cumplimiento de las metas, sin tener en cuenta la diversidad de formas resistenciales que presenta los pacientes.

La terminación en la psicoterapia dinámica es mucho menos ordenada y sistemática de lo que se enseña y aparece en los textos. La versión idealizada es que el terapeuta y el paciente llegan a la conclusión que las metas fueron cumplidas, los sentimientos transferenciales han sido resueltos y los cambios *intrapsíquicos* se reflejan en la vida real. Se acuerda un tiempo de finalización del proceso. En el trabajo de terminación se aconseja que en el mes previo el terapeuta reemplazante pueda integrarse en una sesión para ser presentado. Por lo general en la etapa de finalización muchos síntomas reaparecen como una forma no mentalizada de expresar el dolor de la separación.

Es una etapa en que los límites se tornan más flexibles, lo que debe tomarse con precaución. Especial atención merecen los regalos, los abrazos y cómo dejamos la puerta abierta para una nueva consulta en el futuro. Finalización como estrategia terapéutica, a veces la certeza de la terminación hace que algunos pacientes se decidan a afrontar los cambios que se esfuerzan por evitar.

También puede usarse para evaluar aquellos pacientes que han tomado a la terapia como una forma de vida, y que esta propuesta supervisada puede poner en evidencia. Lo que nos permite plantearnos una estrategia de entrevistas más espaciadas, cada dos o tres meses, hasta entrevistas anuales de mantenimiento. Terminación unilateral son las situaciones en que los terapeutas se ven obligados a terminar el tratamiento:

- 1) Cuando los límites en cuanto al uso de drogas prohibidas o alcohol, las llamadas reiteradas a media noche, comprometen el tratamiento.
- 2) El rechazo al pago de honorarios.
- 3) Situaciones contratransferencia les que impidan el tratamiento.
- 4) Faltas reiteradas sin aviso.

2.13 Eficacia de la psicoterapia

La publicación crítica de Eysenck de hace más de 40 años en torno a la falta de eficacia de la psicoterapia, así como el impacto de la farmacoterapia en el tratamiento de numerosas enfermedades psiquiátricas, han constituido un importante impulso a la evaluación de la psicoterapia. Del análisis de los estudios individuales ha sido posible pasar al análisis de grupos de investigaciones con metodología similar (meta-análisis), lo que hace posible medir el impacto de una determinada técnica en un gran número de pacientes, y por consiguiente obtener una mayor validez de los resultados. Probablemente el mayor valor de este estudio radica en el hecho de mostrar el perfil de investigación publicada para cada una de las técnicas, y de este modo fundamentar la validez de cada una de ellas. Sin embargo, es preciso considerar que los diversos tipos de tratamiento psicoterapéutico tienen un nivel de complejidad técnica y de objetivos a largo plazo distintos. Así por ejemplo, en un paciente agorafóbico, una psicoterapia cognitiva podría durar 10 sesiones y estar orientada a la disminución de la ansiedad anticipatoria.

De allí que un paso más en la investigación consiste en precisar qué tipo de psicoterapia sería el más adecuado para un determinado tipo de trastorno. Uno de los campos donde ha existido un desarrollo notable en la última década ha sido la comparación de la eficacia de distintos modelos de tratamiento en algunas enfermedades. El tratamiento de la depresión constituye un paradigma para el desarrollo actual del modelo de psicoterapia basadas en síndromes.

Entre las técnicas de psicoterapia más utilizadas se han descrito tres modalidades principales, incluyendo la psicoterapia interpersonal, las terapias cognitivo conductuales y las psicoterapias psicoanalíticas. Intervención clínica: modalidades de psicoterapia.

1) Tratamiento psicoanalítico describe un enfoque del tratamiento psicoanalítico breve que es compatible con muchos de los principios clave de la orientación relacional tradicional. En esta propuesta, el proceso de tratamiento se conceptualiza como un ciclo continuo de actuación terapéutica, desinvolucración, y comprensión, actuación y desinvolucración. Se analiza la influencia del encuadre breve en el proceso de tratamiento y son examinadas las diferencias entre el presente enfoque y otras propuestas de tratamiento psicoanalítico breve. La psicoterapia breve tiene sus orígenes en el intento pionero de Ferenczi y Rank (1974) en contra de la tendencia, emergente en esa época, hacia los análisis más largos. Su innovación reflejaba también su interés por los aspectos experimentales y relacionales del tratamiento. Con todo, no obstante, estos desarrollos han sido considerados fuera de la aceptación de la corriente principal del psicoanálisis; en algunos puntos han sido devaluados al igual que los aspectos de apoyo del tratamiento se contemplaban como inferiores al oro puro del psicoanálisis durante el apogeo de la teoría clásica. Actualmente, el escenario psicoanalítico está atravesando tremendos cambios y se están cuestionando los supuestos teóricos y técnicos valorados durante tanto tiempo (ej. Mitchell, 1997). Al mismo tiempo, están en juego poderosas presiones económicas y sociales que hacen aconsejable plantear cuestiones importantes acerca de lo que los enfoques breves pueden y no pueden ofrecer así como cuál debería ser su rol (si es que tienen alguno) dentro del pensamiento relacional contemporáneo. Entre las principales psicoterapias del tratamiento psicoanalítico están.

2) Psicoterapia de apoyo en intervención de crisis, dentro de los muchos quehaceres con los que cuenta el psicólogo, uno de los más importantes y de mayor atención en nuestros tiempos es la intervención en crisis, ya que por las actuales condiciones con las que se cuenta a nivel mundial y nacional, donde el desplazamiento, el secuestro, y la violencia, entre otros; obligan a que cada vez más, la población se vea inscrita en situaciones para las que no ha sido enseñada a manejar y es aquí donde el psicólogo entra a formar parte fundamental de todo el arsenal con el que cuenta una población para afrontar dichas situaciones de emergencia.

Pero para efectos de este escrito, lo primero que hay que hacer es delimitar lo que se entiende por crisis o por situaciones de crisis; "peligro y oportunidad" es el doble significado que los chinos dan a la palabra crisis, ya que se puede ver como un estado de desequilibrio, pero también un tiempo cuando el individuo o la familia tienen la oportunidad de crecer, madurar y capacitarse para manejar problemas en su vida. La intervención en crisis es una estrategia diseñada para aprovechar esta potencialidad de crecimiento, por medio de intervenciones planeadas durante el período de crisis.

La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión fundamentada en los impulsos sexuales y agresivos fue desafiada años más tarde por teóricos como Rogers (1961) y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y crecimiento positiva del hombre. El enfoque de Erickson (1963) del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia capital para la teoría de la crisis; y por último una cuarta influencia la tuvieron los estudios empíricos sobre cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo. Es aquí donde los tipos de intervención en crisis toman lugar; se conocen varios como el tratamiento escalonado, donde el terapeuta (o consejero) empieza el trabajo con la víctima directa implicada en la situación de crisis, y luego va ascendiendo de forma que pueda abarcar a las víctimas secundarias que son la familia, cónyuge, amigos.

3) Psicoterapia de apoyo, por este motivo muchas veces se habla de orientación ecléctica en estos abordajes. Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico-enfermo, donde este último se sienta con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. A partir de aquí pueden ofrecerse explicaciones así como se intenta 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 intentan reforzar las defensas del "ego" del paciente (los mecanismos psicológicos para defenderse de la ansiedad y adaptarse). Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los estilos de vida más desadaptados.

En general, este tipo de psicoterapia suele asociarse a la prescripción y control de medicación psicotrópica, dependiendo la frecuencia de las sesiones tanto de las propias necesidades del paciente como de los recursos existentes en la propia clínica tratante. Psicoterapia que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas o extenderlas en la resolución de nuevas situaciones. Psicoterapia focal: El principal objetivo fue entonces estudiar la relación médico-paciente; secundariamente, fue el demostrar que la psicología focal lleva a resultados terapéuticos aceptables. Es un trabajo de psicoterapia breve analítica. La necesidad interna era la estructura de la terapia, larga, extenuante y sobre todo con un terapeuta pasivo. Se enfocó en una técnica activa, donde el terapeuta dejaba de ser pasivo: prevenía o prescribía ciertos tipos de conducta, establecía arbitrariamente un tiempo límite para el tratamiento, empleaba fantasías forzadas para acelerar la aparición de conflictos ocultos, y en general aceleraba el tratamiento casando a luz las reacciones neuróticas de transferencia.

Alexander y French retomaron hacia 1946 los trabajos interrumpidos de Ferenczi y Rank. Criticaron la intelectualización de la terapia, el énfasis de la interpretación de contenidos y la reconstrucción de sucesos infantiles. Enfatizaron la experiencia emocional, que Ferenczi y Rank habían descuidado. En la transferencia, la actitud del analista al ser distinta a la de los padres, da al paciente la oportunidad de corregir distorsiones. Lo emocional alcanza una intensidad óptima cuando el terapeuta adopta ciertas actitudes como cambios de frecuencias de las entrevistas, interrupciones temporarias del tratamiento, etc. así, como actitudes contratransferenciales planificadas. Por esta época French introdujo la idea de 'conflicto focal' y de 'conflicto nuclear', el primero más cercano a la superficie (pre-consiente) donde se concentran todos los impulsos que luego se descargan en las verbalizaciones del paciente. Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares, más profundos, y su estructura es ésta: un motivo perturbador (impulso o deseo) entra en el conflicto con un motivo reactivo (respuesta del yo o del súper yo), lo que crea la necesidad de una solución (fórmula de transacción adaptativa o defensiva).

La terapia breve de Balint toma su nombre, pero no todas sus ideas, del conflicto 'focal' de French. Allí se interesaba menos la psicopatología específica del paciente y más el aspecto de interacción con el terapeuta y relaciones objétales en la fantasía y la reconstrucción del pasado.

Incluimos datos para poder estudiar las intervenciones verbales y las no verbales en función del 'objeto focal' Dentro de las áreas que requieren más elaboración y estudio, están los procesos de sintonización (o desarrollo) y cristalización para elegir el foco, los procesos de congeniar entre paciente y analista como criterio de selección, las técnicas usadas en el desarrollo de la terapia, el estudio del conocimiento del pronóstico, y el uso de formularios y sus posibles modificaciones, incluyendo incluso grabaciones.

4) Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, es la psicoterapia breve considerada desde la perspectiva psicoanalítica, en todo caso, tiene un mérito genuino. Puede, de hecho, brindar algunos cambios dinámicos y estructurales, por lo general en unas pocas cinco a seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben ser cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos. La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional de larga-duración, del modo que una corta historia relata una novela. El proceso de psicoterapia breve se apoya en el hecho que la mayoría de las condiciones psicopatológicas pueden ser entendidas en términos de un conjunto básico de hipótesis, lo que varía en la psicopatología individual de cada paciente es la relativa importancia o el rol que juega cada factor, por ejemplo, en la depresión.

Esto determina el orden de jerarquía con el que se prestará atención terapéutica a cada variable. De un modo similar, es de esperar que un psicoterapeuta frente a una depresión, sepa que hay seis u ocho factores que pueden jugar un rol dominante: Problemas de auto-estima; agresión frente a la presencia de un súper yo severo; un sentimiento de pérdida –de amor, del amor de un objeto, o de parte de si mismo; un sentimiento de desilusión. Edith Jacobson también refiere como un sentimiento de haber sido engañado; en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos), y del hecho que las personalidades depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos que otras personas; la personalidad depresiva, es más dependiente, específicamente, de nutrientes narcisistas; el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación. La experiencia particular que el paciente nos trae debe aparecer en la relación como insultos tempranos a su integridad, así como violencia inflingida por hermanos mayores, un padre, u otros.

Las características específicas del ataque, debe ser puestas en la relación como problemas de personalidad específicos preexistentes, que pueden ser miedos de castración, una pobre definición de los atributos personales, u otros factores. Presumiblemente, el impacto de la crisis actual tiene un efecto particular en términos de aquellos problemas preexistentes y produce, en el paciente, un sentimiento de despersonalización, culpa o pánico, dependiendo de las circunstancias.

2.14 Métodos de intervención

- a) Interpretación, este es el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, pero no significa que se el único.
- b) La Catarsis, por cierto, tiene un rol que jugar aunque este sea exagerado en algunas terapias como el grito primario. El error se centra en creer que la catarsis en sí misma y sola posee un efecto terapéutico, cuando el hecho consiste en que es una forma de intervención, pero en sí misma probablemente no sea suficiente. Catarsis Mediada. La identificación e introyección del terapeuta como una parte benigna del súper yo, juega un papel importante en esta parte del proceso terapéutico.
- c) Prueba de Realidad, es más necesaria cuanto más perturbado está el paciente, y cuanto más necesita al terapeuta para jugar el rol de un probador de realidad auxiliar, interpretando las distorsiones que el paciente hace de la realidad, y funcionando como un yo auxiliar para él.
- d) Represión de Impulsos, puede jugar un rol si tenemos un paciente que siente que debe ser capaz de actuar como Don Juan, por ejemplo, siendo promiscuo, pero que ha reaccionado con pánico en tal situación. Por ejemplo, a una adolescente que siente que debe involucrarse en situaciones promiscuas para tener un alto estándar social en su colegio- que simplemente no debe hacerlo. Se le ayuda a aceptar que no necesita ser promiscua en orden a ser aceptada por sus pares. A partir de esto, se espera lograr sacar esa idea de su mente –o por lo menos, que tenga una pausa para que pueda reconstituirse.
- e) Sensibilización a señales, se refiere a hacer notar al paciente que, ciertas conductas de su parte, por ejemplo *acting-out* o pánico, ocurren cuando hay presente una constelación dinámica específica. Puede consistir en nada más sofisticado que hacer notar a la paciente, que siempre tiene una discusión con su marido en los dos ó tres días que preceden su período.

f) Educación, se refiere a hacer notar al paciente ciertos hechos, por ejemplo acerca de la retención de sodio y la irritabilidad, previniéndolo que reduzca la ingesta de sal.

Puede ser posible prescribir un sedante mixto para los dos ó tres días previos al período para evitar un serio problema marital.

g) Intelectualización, juega un rol más importante en la terapia breve que en las terapias de larga duración. En algunas ocasiones se usa para incrementar la alianza terapéutica. En otros casos, es útil –por ejemplo, con un paciente muy panicoso– para darle la idea por lo menos de comprensión intelectual de su síntoma –y con esto, por lo menos algún control sobre qué otras cosas le parecen totalmente disruptivas y una conducta egodistónica.

h) Apoyo, en términos de aceptación por parte del terapeuta de ciertos sentimientos expresados por el paciente, sexuales o de agresión, que le hacen más fácil lidiar con la ansiedad.

i) Sesiones conjuntas y terapia de redes familiares, son técnicas especiales que se pueden usar en conexión con terapia breve de un modo muy específico. Se trata de conceptualizar claramente qué el fin es lograr en una sesión de conjunto, y luego acordar ciertas metas. En otras palabras, es una de las formas de intervención general, si las sesiones de conjunto resultan ser el método más apropiado y más barato, y si se cree que es la mejor forma para hacer que el paciente experimente de mejor modo el aprendizaje y desaprendizaje.

Terapias cognitivo-conductuales, es la terapia conductual es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes.

Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el paciente y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas.

Mientras está recibiendo psicoterapia, aprenderá nuevas formas de pensar acerca de las situaciones que le molestan. Además, aprenderá nuevas maneras de afrontar sus sentimientos. La psicoterapia cognitiva también puede ayudarle con sentimientos de rabia, ansiedad, timidez o pánico. La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos.

Busca reconocer el pensamiento distorsionado que origina los trastornos y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales. De esta manera, el control de las reacciones de nuestra emotividad y conducta puede permanecer de continuo en nuestras manos. O dicho de otro modo más taxativo: somos -hasta cierto punto- como los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquicas, de nuestra dicha o de nuestra desdicha. Entre ellas están.

La llamada terapia racional emotiva conductual, a su vez, siempre ha operado con parejos principios. Es obvio que todo esto ha de ser especialmente valedero para las perturbaciones psicógenas manifiestas. Las distorsiones del paciente, son denominadas por los fundadores de la doctrina, como tríada cognitiva. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales (por ejemplo poca fuerza de voluntad, deseos de escape) también pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas.

La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de una depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la convicción del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. El terapeuta mediante pautas específicas, anima al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente.

De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación. Generalmente la terapia consta de 15 o 20 sesiones una vez a la semana. Cuenta con seis principios de la terapia racional emotiva:

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.
2. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional. Es decir, si al ir una mañana al trabajo, te encuentras con que tu coche tiene una rueda pinchada, depende de ti sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tienes, etc.) o ansioso (pensando que vas a llegar tarde, tu jefe se enfadará, pensará en despedirte...) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendré que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda"). De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc., analizamos lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, veremos cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.
3. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseamos.
4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

5. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

Emociones negativas adecuadas e inadecuadas: las emociones negativas inadecuadas se definen como aquellas que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa del malestar. Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión, ira, culpa, vergüenza y dolor emocional, etc., son causadas por creencias irracionales. Las emociones negativas adecuadas son aquellas que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas se ven bloqueados y frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar el problema. Es decir, nos ponen en marcha para solucionarlo.

Entre ellas se encuentran la preocupación, la tristeza, el enfado, el remordimiento, el pudor y la decepción.

La terapia racional emotiva ayuda a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema. Emociones positivas adecuadas e inadecuadas son sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandiosidad o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta bien.

Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo. Las emociones positivas adecuadas son el resultado de la satisfacción de los deseos, metas e ideales humanos. Incluyen el amor, el placer, la curiosidad, la felicidad. Tratamiento en la terapia racional emotiva consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. El método principal para hacer esto se llama debate de pensamiento y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Es decir, si nuestros pensamientos son los principales responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Descubrir las creencias que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.
2. Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras.
3. Discriminar las creencias irracionales y no constructivas de las racionales y constructivas, mostrando cómo estas últimas conducen a mejores resultados. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

2.15 Psicoterapia grupal

Espacio de reflexión grupal acerca de los problemas vitales comunes que provoca vivir con una enfermedad crónica. La tarea está centrada en el ajuste y cambio de las conductas que no se adaptan a las nuevas circunstancias que plantea la enfermedad, logrando un mejor manejo social de la misma. El grupo psicoterapéutico proporciona una experiencia grupal de cohesión y apoyo, brindando una oportunidad de intercambio entre iguales. La experiencia de la enfermedad exige revisar viejas creencias y adquirir nuevas habilidades sociales. El modelo de psicoterapia grupal que propongo es al mismo tiempo una experiencia emocional y correctiva. Está orientado por la sintomatología y centrado en el comportamiento, con el fin de recuperar y mantener un rendimiento psicosocial apropiado.

Preferentemente los grupos serán heterogéneos, formados por pacientes diagnosticados con diferentes enfermedades crónicas. La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

Algunas de las características de los grupos que le ha ganado esta aceptabilidad a los fines antes mencionados son los siguientes:

1. La economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.
2. La información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho mas que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta, en el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplicarán y éstos no solo provienen del terapeuta sino también de los restantes miembros, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.
3. El grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado.
4. El grupo posibilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros. Los individuos tienen la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.
5. El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en si mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.
6. En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.

7. El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes. Es un grupo de autoayuda: La psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que personas con problemas emocionales se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta entrenado y se ayudan unas a otras a llevar a cabo cambios de conducta o personalidad. El terapeuta de grupo dirige las interacciones de los miembros del grupo para que logren sus cambios.

En cualquiera de sus modalidades, los objetivos de la terapia de grupo son:

- Fomentar la salud mental de sus participantes.
- Aliviar los síntomas.
- Cambiar las relaciones interpersonales, facilitando la expresión verbal; enseñar a relacionarse con los demás; potenciar las características personales favorables.
- Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.

Los tipos de grupos, sus objetivos, sus técnicas e indicaciones son múltiples: grupos de sensibilización (para conectarse con las emociones) grupos terapéuticos (para mejorar situaciones), grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos) etc. En la psicoterapia de grupo de orientación psicodinámica el terapeuta invita a hablar libremente a los participantes en la sesión.

La psicoterapia de grupo suele tener una frecuencia menor que la individual (una sesión semanal por lo común), un límite temporal prefijado y el terapeuta suele asumir en ella un papel más activo. Indicaciones de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica suele indicarse en trastornos neuróticos o de la personalidad y sus objetivos principales son la contención de la ansiedad y los síntomas de conducta y cierta reestructuración de la personalidad. Ventajas e inconvenientes, comparadas con las terapias individuales la terapia de grupo tienen las siguientes ventajas:

- El apoyo del resto de los componentes del grupo y del terapeuta
- La reducción del aislamiento en el que viven muchos pacientes

- La oportunidad de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales y la interacción entre las personas del grupo
- El menor coste económico

2.16 Terapias humanistas

Es la terapia que forma parte del amplio mundo de la terapia de las familias que tienen diferentes supuestos, lenguajes, criterios, técnicas y sistemas de tratamiento, así como distintas visiones de las necesidades de desarrollo del aprendizaje social y de las psicopatologías. Sin embargo, el presente enfoque no se limita solo a conjugar ambas terapias humanistas, va aún más allá proponiendo un nuevo modelo de la psicopatología y la psicoterapia que una también elementos de la psicología cognitiva y la teoría de las emociones, todo ello con un enfoque científico de la psicología.

Las teorías clásicas humanistas de Rogers y Perls se basan en entender la psicopatología como una negación o distorsión de la experiencia interna causada por la introyección de condiciones de valía externa. El enfoque vivencial más actual parte de considerar el papel tanto de los procesos cognitivos como los emocionales en la disfunción y el cambio.

Se considera que las personas son creadores activos de significados subjetivos, donde los procesos mentales de recuperación y codificación en la memoria, y la simbolización lingüística del conocimiento juegan un rol central.

En concreto se consideran cinco aspectos cognitivos que ayudan a comprender como los sujetos construyen sus significados:

1. Los procesos atencionales (los recursos cognitivos de la atención se relacionan con los niveles, calidad y tipo de concienciación de la experiencia)
2. La distinción entre procesos cognitivos controlados y automáticos (los procesos automáticos e inconscientes pueden dirigir la atención y experiencia consciente de la persona, sobretodo ante temas de fuerte afecto)

3. La distinción entre procesamiento en paralelo y procesamiento automático (Los clientes procesan mucho material inconsciente que influye en su experiencia consciente, sin que ellos se percaten de ello)

4. Papel de la memoria (la terapia supone un contexto de recuperación y recodificación de la experiencia almacenada en la memoria)

5. Rol del procesamiento esquemático (Las personas organizan la información de su experiencia en unidades molares, que se denominan "esquemas, que a su vez guían la dirección de las nuevas experiencias venideras, y que por lo tanto pueden impedir el cambio). Las emociones influyen en los temas a que prestamos atención, en las metas o propósitos que las personas persiguen y en la relación entre las personas. También influyen en las tendencias a la acción mediante determinados circuitos cerebrales (sistema de búsqueda exploración, sistema de ira-agresión-rabia, sistema de ansiedad-miedo, sistema de separación-pánico-angustia y sistema de juego-vínculo social). La teoría de las emociones aporta además la existencia de afectos primarios precognitivos de base filogenética (transmitidos por la especie) que se disparan de manera no semántica, conceptual o lingüística, y que suelen tener un carácter adaptativo (p.e los afectos implicados en el seguimiento ocular del infante hacia el progenitor, o en la vinculación primaria niño-progenitor). Las emociones secundarias más complejas (p.e amor, odio.) evolucionarían de estas primarias (Pascual-Leone, 1992). Por último la experiencia emocional que conforman los sentimientos conscientes tal como los experimenta el sujeto fenomenológicamente, provienen de la síntesis de al menos tres sistemas no conscientes de su experiencia interna:

- El sistema expresivo-motor (basado filogenéticamente)
- El sistema de recuerdo emocional (basado en la memoria episódica de eventos vividos y no conscientes)
- El sistema conceptual (basado en actitudes y significados semánticos no conscientes).
- Los tres sistemas anteriores se organizan por niveles, y experiencias en los llamados "Esquemas emocionales".

Presupuestos teóricos en los que se fundamenta la terapia, concepción del ser humano. 1- Bueno por naturaleza, orientado al bien y a la máxima realización. 2- Libre para decidir y controlar su destino. Concepción de los problemas psicológicos.

- 1- Existe un plano interno llamado realidad fenomenológica
- 2- Los problemas psicológicos se dan en disturbios en ese plano
- 3- A pesar de que creen en un plano interno no creen en lo inconsciente
- 4- La dinámica del problema se da al nivel de incongruencias en la conciencia
- 5- Esas incongruencias impiden que el ser humano se dirija hacia su realización
- 6- Las incongruencias nacen de la estima positiva condicionada

a- nos quieren solo cuando somos como los demás quieren que seamos

b- aprendemos así a negar nuestra propia identidad lo que produce ansiedad e incomodidad y a su vez afecta la relación con nosotros mismos y con los demás.

1) La psicoterapia transpersonal, tal como la definen los psicoterapeutas cuya práctica clínica incluye este tipo de trabajo, es el aspecto de la terapia que trasciende los objetivos del ego y conecta lo psicológico con la práctica espiritual. Se ha considerado que una personalidad bien adaptada es sana y se ha ignorado mayormente todo aspecto del ser que trascienda la personalidad. Durante las últimas décadas han aparecido numerosas psicologías del yo cuya meta es ayudar a los individuos a que se adapten a la sociedad y alcancen sus objetivos personales en la vida. Además, las orientaciones existencialistas y humanísticas han asignado un lugar central a la búsqueda de significado y a la indagación de la identidad individual. El mundo interior de la psique ha sido explorado en profundidad por la psicología analítica de Carl Jung y otros. Con frecuencia se considera que la psicoterapia orientada a la resolución de conflictos psicodinámicos y al crecimiento personal es una buena preparación para las disciplinas espirituales que se ocupan exclusivamente de los dominios transpersonales del ser.

La terapia transpersonal, sin embargo, es un intento de facilitar el crecimiento de los clientes no sólo con vistas a lograr el fortalecimiento del yo y la identidad existencial, sino también, yendo más allá de la identidad del ego, a pasar a los territorios de la realización transpersonal y de la trascendencia. El dominio de la psicoterapia transpersonal se extiende, pues, más allá de los objetivos y las formas de adaptación que son tradicionales del ego.

Aunque se dirige a las necesidades y aspiraciones básicas de éste, como puede ser la necesidad de auto estima y de consolidar relaciones interpersonales satisfactorias, no se detiene en esto; considera también los motivos, experiencias y potencialidades accesibles a los individuos que ya han alcanzado en su vida un nivel de desenvolvimiento práctico satisfactorio. Se puede decir, entonces, que la psicoterapia transpersonal abarca una gama de la experiencia humana más vasta que la que constituía en el pasado la preocupación predominante de la psicoterapia en Occidente. Las experiencias o vivencias transpersonales, entendiendo como tales las que extienden la percepción más allá de los límites del ego, forman parte integral del proceso terapéutico. Algunos terapeutas empezaron a incorporar a su práctica regular algunas técnicas meditativas para la relajación y la concentración.

Otros fueron más lejos y empezaron a sugerir la práctica de otras disciplinas, como el yoga, además de la terapia. La apreciación cada vez mayor de la importancia de tratar el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu como un todo coincidió con la aparición de la medicina holista, que a su vez insistía en tratar a la persona entera en vez de centrarse en síntomas específicos. Tradiciones espirituales, como el sufismo, pueden enseñarnos sobre la salud mental, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de la persona entera, en vez de limitarse al ego o a la personalidad. Se trata de una postura, contexto o marco de referencia particular dentro del cual se pueden emplear diversos métodos. Su enfoque echa los cimientos para una mayor integración de las perspectivas oriental y occidental en lo que al estudio de la consciencia se refiere. En el intento de abarcar con mayor amplitud la experiencia humana, la psicoterapia transpersonal añade, a los conceptos psicológicos tradicionales de salud, los aspectos asociados a los niveles transpersonales del ser.

2) Terapia centrada en el cliente es la que se puede llegar a ubicar a Rogers como escuela de psicología, pero es muy difícil encuadrarlo, porque esta sería una escuela basada en la práctica. Esta teoría a cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva” “psicoterapia centrada en el cliente” “psicoterapia de persona a persona”. Rogers llama cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad.

Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista a la realidad (valga la redundancia) no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometerse con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural. El psicoterapeuta no dirige con objetivos resultadistas a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quién consulte llegue ser quién es y decidir desde su intimidad.

El terapeuta entonces mediante técnicas trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar al sujeto enfermo en una atmósfera de comprensión, de confianza en sí mismo descubriendo los propios valores. Ya el niño posee un sistema innato de motivación llamado tendencia a la actualización que es propia de todo ser viviente, y esta tendencia "actualizante" dirige el desarrollo del cualquier organismo hacia la autonomía. Este proceso para Rogers no es solo para preservar la vida sino que es un mecanismo que tiende a la superación. Por lo tanto se basa en la idea de una potencialidad inherente a crecer (tanto en el orden personal como filogenético de la especie). Otro de los postulados básicos de Rogers es la necesidad de condiciones favorables para que se actualicen las capacidades.

El individuo tiene la necesidad de consideración positiva, que se desarrolla en todas las personas a medida en que se desarrolla el yo. A medida que el individuo desarrolla sus necesidades, se encuentra con infinidad de experiencias que llevan a la persona a la búsqueda de satisfacciones de necesidades. Las dificultades aparecen cuando se experimentan desacuerdos entre el yo y la experiencia. Porque el organismo deforma elementos de la experiencia importantes, o porque ciertos elementos de la experiencia no concuerdan con la imagen de sí mismo. Entonces el yo se defiende para mantener su estructura. El yo puede entrar en conflicto con la experiencia, pero se parte de la base que el individuo tiene la capacidad de representar sus experiencias de un modo correcto.

3) La terapia Gestalt es una terapia perteneciente a la psicología humanista (o Tercera Fuerza), la cual se caracteriza por no estar hecha exclusivamente para tratar enfermos, sino también para desarrollar el potencial humano. Nació en la década de 1940 con la publicación del libro *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method* (Durban, 1942) escrito por Fritz Perls y Laura Perls. Aunque más conocido con el subtítulo *The Beginning of Gestalt Therapy*, éste sólo fue añadido para una nueva edición en 1966. Hacia finales de la década de los cincuenta y comienzos de los años sesenta, con la moda del crecimiento personal que se concentra en California, Fritz Perls se ve cada vez más atraído por el concepto de la terapia Gestalt como una forma de vida más que un modelo de terapia y comienza a dar cursos de formación en esa dirección en la Costa Oeste. Se abre así una brecha entre la Terapia Gestalt de la Costa Este, representada por el *New York Institute*, bajo la dirección de Laura Perls (con otra corriente afín en Cleveland), y la Terapia Gestalt de la Costa Oeste, liderada por Fritz Perls. La terapia Gestalt se enfoca más en 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 de estar sucediendo.

El cliente aprende a hacerse más consciente de lo que hace. De este modo, va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado. El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

La terapia de la Gestalt, otro enfoque humanista, fue desarrollada por el psicoanalista alemán Frederick (Fritz) S. Perls. Según Perls, la civilización moderna conduce de forma inevitable a la neurosis, ya que 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 neurótica. Ajeno a la tradición psicoanalítica, 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 gestaltista se lleva a cabo con individuos y con grupos, por lo general en sesiones semanales, durante dos años.

El enfoque de la Gestalt se ha extendido a la investigación en áreas distintas de la psicología, como el pensamiento, la memoria o la estética. También algunas cuestiones candentes de la psicología social se han estudiado desde el punto de vista estructuralista de la Gestalt, como los trabajos de Kurt Lewin sobre la dinámica de grupos, hoy esenciales en la investigación social tanto teórica como aplicada. Sin embargo, es en el área de la percepción donde el enfoque de la Gestalt ha tenido una mayor influencia.

Diversos métodos actuales de psicoterapia se autodenominan gestaltistas porque se llevan a cabo siguiendo ideas similares a las de esta antigua escuela de la percepción: los seres humanos son considerados como conjuntos que responden a la experiencia configurada de modo global, con lo que la separación cuerpo–alma sería artificial. Según la terapia de la Gestalt, la percepción adecuada de las necesidades personales y del mundo exterior es vital para equilibrar la experiencia personal y conseguir una ‘Gestalt positiva’, mientras que apartarse de la conciencia rompe la respuesta global. Los terapeutas de la Gestalt intentan restablecer el equilibrio armónico natural del individuo mediante un fortalecimiento de la conciencia. El énfasis se pone en la experiencia presente, más que en la indagación de las experiencias infantiles propias del psicoanálisis clásico. También se estimula el enfrentamiento directo con los propios miedos. La escuela de la Gestalt intentó formular las leyes de estos procesos perceptivos. Según el punto de vista de la teoría asociacionista, los estímulos se reciben primero aislados, como ‘sensaciones’ que después se organizan en imágenes perceptivas más complejas.

Pero esta explicación era insuficiente ante ciertos fenómenos, incluso en el terreno del aprendizaje. Hacia 1910, los investigadores alemanes Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka rechazaron el sistema de análisis que predominaba en la psicología de principios de siglo, adoptando el de la teoría del campo, recién desarrollado entonces para la ciencia física. Este modelo les permitió estudiar la percepción en términos distintos al mecanicismo atomista de los asociacionistas.

Los psicólogos gestaltistas descubrieron que la percepción es influida por el contexto y la configuración de los elementos percibidos; las partes derivan de su naturaleza y su sentido global, y no pueden ser disociados del conjunto, ya que fuera de él pierden todo su significado.

2.17 Logoterapia

La logoterapia es una modalidad de psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente. Después del psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Alfred Adler, la logoterapia es la "tercera escuela vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra, Viktor Frankl.

Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "voluntad de poder" o la "voluntad de placer" de Freud. La logoterapia está lejos de haber logrado el desarrollo teórico que caracteriza al psicoanálisis, e incluso a la psicología profunda, de Jung. Pese a esto la logoterapia resulta interesante. Como su denominación lo sugiere, se trata de darle un sentido a la existencia humana (en esto se asemeja a ciertos postulados de Sartre).

Para entender la génesis de la logoterapia corresponde saber que Frankl fue prisionero en un campo de concentración. Allí, considera haber podido sobrevivir más que nada porque le supo dar un logos (en griego: sentido, significado) a su existencia. De su experiencia da cuenta en el libro *El hombre en busca de sentido*.

La Logoterapia consta de tres columnas que son fundamentales para su desarrollo:

1. **La libertad de voluntad (Antropología):** que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (Pandeterminismo).

2. La voluntad de sentido (Psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del "componente exterior", desvirtuando la idea del animalismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (Psicologismo).

3. El sentido de vida (Filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana.

La Logoterapia es una percepción positiva del mundo (Reduccionismo). La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida. Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el autodistanciamiento, la modificación de actitudes y el diálogo socrático. Si se toma en cuenta que Viktor Frankl llevó su teoría -que ya había comenzado a desarrollar anteriormente- a la práctica en un campo de concentración alemán, podremos comprender el porqué de dicha tesis: al desprenderse de todo lo material, de sus logros, de sus problemas, de todo aquello por lo que ha luchado en la vida, comprende que sólo le queda su esencia, su génesis, su logos.

De esta forma podrá ver detalles, cualidades, recursos y características de uno mismo que nunca pensó ver o encontrar, se fijará en aspectos de la vida realmente importantes; con el tiempo la persona logrará trascender y ver un verdadero sentido en su vida y se sentirá feliz de estar vivo. La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensado que su vida se acaba en ese preciso momento. De esta dramatización surgen planteos usualmente conocidos como "lo que cambiaría si tuviera una segunda oportunidad". Esos cambios serán puestos en práctica por el paciente para lograr alcanzar su propio "logos" o sentido de su vida.

Resultados de la logoterapia: logoterapia, forma de terapia influida por el existencialismo que, al contrario del psicoanálisis, se centra en ayudar al paciente a través del análisis existencial.

El concepto de angustia posee un papel decisivo y similar en las obras del filósofo alemán Martin Heidegger; la angustia lleva a la confrontación del individuo con la nada y con la imposibilidad de encontrar una justificación última para la elección que la persona tiene que hacer. La conversación terapéutica debe incitar al paciente a cuestionar el significado existencial de su vida, basado en la premisa de que cada persona adapta su forma de hacer y de pensar a sus creencias individuales. Las respuestas deben propiciar un nuevo planteamiento del sentido de la vida y permitir una nueva valoración de las experiencias dolorosas vividas, sin por ello eliminar el dolor ni su causa. Entre los objetivos de la logoterapia se encuentran el reforzar en el paciente 'el valor para hacer frente al dolor' y el aceptar su existencia como una tarea personal. Desarrollada por Víctor Emil Frankl, quien valoró su importancia espiritual, fue denominada 'psicología de altura' por su analogía con la psicología profunda. La logoterapia ha dado buenos resultados especialmente en el tratamiento de las neurosis del miedo y de las depresiones neuróticas. La 'terapia de la elección' es una logoterapia que se aplica cuando los conflictos del paciente están básicamente caracterizados por las contradicciones mentales, que llegan a cuestionar el sentido de su vida; por ejemplo, por el fracaso de una relación afectiva o del trabajo.

2.18 El psicodrama

El Psicodrama es una forma de psicoterapia, ideada por J. L. Moreno, inspirada en el teatro de improvisación y concebida inicialmente como grupal o psicoterapia profunda de grupo (Moreno, J. L., 1959b, p. 108). Moreno presentó al psicodrama como una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada. Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción. El psicodrama es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro

posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana. Aunque el psicodrama es usado habitualmente en un contexto grupal y puede ser un método muy útil para catalizar el proceso grupal (y, a su vez, ser catalizado por la dinámica grupal), no debe ser considerado como una forma de terapia específicamente grupal. Puede ser usado, como sucede en Francia, con varios co-terapeutas entrenados y un solo paciente. También puede usarse el psicodrama con familias o, inclusive, en una forma modificada, en terapias individuales.

En el transcurso de los años el psicodrama ha sido utilizado como tratamiento para todo tipo de personas que sufren algún trastorno mental, así como para niños, ancianos y adolescentes inadaptados, además de ser empleado en programas de modificación de conducta. Actualmente, el psicodrama ya no se utiliza para producir reacciones catárticas, sino como instrumento para favorecer el contacto, especialmente vivo y directo, con las emociones, los sentimientos y las fantasías del sujeto, gracias a las posibilidades expresivas que brinda la representación escénica. En resumen, el psicodrama se utilizan diversas técnicas dramáticas, guiadas por ciertos principios y reglas, y destinadas, según lo requerido por el proceso, a uno o más de los siguientes objetivos psicoterapéuticos principales:

1. Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
2. Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imagen o acción sobre ellas.
3. Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).
4. Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes. Una suma de reglas y principios, unidos a conceptos tales como la espontaneidad, la acción corporal, el encuentro, la catarsis dramática, el tele y la teoría de los roles, orientan y sustentan un conjunto de técnicas y recursos, tales como la inversión de roles, el soliloquio, el doblaje o la proyección de futuro, muchos de las cuales han sido frecuentemente adoptados por muy diversas corrientes psicoterapéuticas y educativas con resultados satisfactorios (Blatner, 1996) (Pickering, 1997). Terapias familiar sistémica se define en un sistema que indica y se trata de un conjunto de principios o reglas sobre un tema, que se relacionan entre si.

Desde el punto de vista filosófico en general, un sistema es el conjunto de objetos ordenados e interdependientes que constituyen un todo organizado. La Psicología Social es la rama de la Psicología que aplica el concepto de sistema en los fenómenos psicológicos de grupo, estudiando el conjunto de leyes por las que se rige la convivencia en una determinada cultura o grupo social. Un sistema es una estructura, o sea la distribución y orden de las partes que componen un todo de tal modo que las subordinan a éste. Este sistema es un proceso dinámico permanente de estructuración, desestructuración y reestructuración en que toda estructura social se halla inmersa. En el caso de las terapias familiares, cada familia tiene una estructura dinámica, es un sistema organizado con sus propias leyes y el objeto de la terapia es reconstruir ese fenómeno para poder descubrir sus leyes de funcionamiento, identificando, bajo la diversidad de las formas aparentes, los esquemas fundamentales que permitan formular las leyes generales para establecer las correlaciones estructurales que correspondan. La familia es un sistema de fuerzas que como todo grupo tiene como objetivo mantener la cohesión. Cuando uno de los miembros del grupo familiar se enferma física o mentalmente, o presenta un problema psicológico conductual, está expresando de alguna manera una patología familiar. Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas involucrando a una tercera.

La información se refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.). La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc.). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

En el proceso terapéutico según Rogers, el cliente es el que lleva el peso de la terapia (auto-directividad) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente o paciente una relación que se define por seis condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las tres primeras características o condiciones son Empatía, Aceptación positiva incondicional y Autenticidad o Congruencia. Estas tres condiciones relacionales son llamadas actitudes de base:

1. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Se acepta *sin condición alguna* la manera en que ella está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
2. La empatía centrada en la persona sufriente. Es la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese el otro. Esta comprensión empática *facilita la concientización, favorece el acompañamiento terapéutico y promueve el desarrollo personal.*
3. La autenticidad del terapeuta permite a menudo un diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta sigue siendo un experto, pero él se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.

La relación centrada en el cliente se define además por un mínimo de contacto establecido entre el cliente y el terapeuta, el cliente debe estar en un estado de incongruencia y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida (lo que, a veces, no ocurre, por ejemplo en caso de una psicosis aguda). Una relación definida por las actitudes de base genera una multitud de interacciones terapéuticas cada vez adaptadas a la relación con el cliente, a su persona y su situación particular y favorece la capacidad natural e inherente en cada persona de poder desarrollarse de manera constructiva (tendencia natural de cada persona a su auto-actualización, es decir a desarrollarse y madurarse).

Rogers define entonces a la psicoterapia como una relación de ayuda en que el terapeuta intenta que surjan en el cliente una mejor expresión de los recursos con los que cuenta.

Intentando promover el desarrollo y la capacidad para enfrentar la vida de manera más adecuada. Evitando considerar a la persona como diagnosticada y clasificada sino en un proceso de transformación.

Terapias alternativas o naturales son las terapias naturales van ocupando el lugar que se merecen dentro del cuidado de la salud y, por suerte, cada vez es más habitual que el médico compagine las terapias alternativas con la medicina tradicional o alopática. Las terapias naturales también son conocidas como terapias complementarias ya que los médicos las usan como ayuda para mejorar la salud de sus pacientes. Esta sección de terapias es muy visitada por médicos y profesionales de la salud. En los últimos años el número de libros, revistas y páginas *web* de terapias naturales va, por suerte, en continuo aumento y es por eso que nuestra sección de terapias alternativas no para de crecer día a día.

En las universidades de medicina ya es habitual ver cursos de terapias complementarias cuando hasta hace bien poco parecía sólo cosa de brujos o curanderos. Las terapias naturales empiezan a tener el prestigio merecido dentro del estamento médico o sanitario. La medicina alternativa usa las terapias naturales buscando curar al paciente yendo a la causa o raíz de su enfermedad y no curando sólo sus síntomas.

Las terapias alternativas consideran la enfermedad un desajuste entre cuerpo, mente y espíritu. Los profesionales de las terapias complementarias buscan la colaboración del paciente para que participe en su proceso de sanación.

La medicina convencional suele estar más preocupada por las analíticas y matar las bacterias y virus. Los especialistas en terapias naturales siempre buscarán el porqué. Saber los hábitos alimentarios del paciente, en qué trabaja, como se siente, desde cuando tiene los síntomas y sobre todo con qué puede estar asociada su enfermedad es casi más importante, dentro del mundo de las terapias alternativas, que la propia enfermedad. La idea es educar al paciente para que él mismo se cure y a ser posible no necesite ni las terapias naturales. La sección Terapias alternativas esta dividida en varios apartados para hacer más fácil la localización de los artículos.

2.19 Musicoterapia

La musicoterapia es el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

(Definición elaborada por la Comisión de Práctica Clínica de la Federación Mundial de Musicoterapia). Actualmente la musicoterapia como disciplina de Salud se ha extendido alrededor del mundo. Un musicoterapeuta implementa dispositivos específicos para la admisión, el seguimiento y el alta en un tratamiento musicoterapéutico. El bienestar emocional, la salud física, la interacción social, las habilidades comunicacionales y la capacidad cognitiva son evaluados y considerados a través de procedimientos específicos, como la improvisación musical clínica, la imaginaria musical receptiva, la creación clínica de canciones y la técnica vocal terapéutica, entre otros. En ese proceso, el Musicoterapeuta promueve y registra cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del tratamiento. En las sesiones de Musicoterapia, se emplean instrumentos musicales, música editada, grabaciones, sonidos corporales, la voz y otros materiales sonoros.

La Musicoterapia no considera que la música por si misma puede curar; no existen recetas musicales generales para sentirse mejor. Para la musicoterapia es fundamental la llamada teoría del *Ethos* o teoría de los modos griegos. Esta teoría considera que los elementos de la música, como la melodía, la armonía o el ritmo ejercían unos efectos sobre la parte fisiológica emocional, espiritual y sobre la fuerza de voluntad del hombre, por ello se estableció un determinado *Ethos* a cada modo o escala, armonía o ritmo. La influencia de cada uno de los elementos de la música en la mayoría de los individuos es la siguiente:

a) **Tempo:** los tempos lentos, entre 60 y 80 pulsos por minuto, suscita impresiones de dignidad, de calma, de sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza. Los tempos rápidos de 100 a 150 pulsos por minuto, suscitan impresiones alegres, excitantes y vigorosas.

b) **Ritmo:** los ritmos lentos inducen a la paz y a la serenidad, y los rápidos suelen producir la activación motora y la necesidad de exteriorizar sentimientos, aunque también pueden provocar situaciones de estrés.

c) **Armonía:** es cuando suenan varios sonidos a la vez. A todo el conjunto se le llama acorde. Los acordes consonantes están asociados al equilibrio, el reposo y la alegría. Los acordes disonantes se asocian a la inquietud, el deseo, la preocupación y la agitación.

d) **Tonalidad:** los modos mayores suelen ser alegres, vivos y graciosos, provocando la extroversión de los individuos. Los modos menores presentan unas connotaciones diferentes en su expresión e influencia. Evocan el intimismo, la melancolía y el sentimentalismo, favoreciendo la introversión del individuo.

e) **La altura:** las notas agudas actúan frecuentemente sobre el sistema nervioso provocando una actitud de alerta y aumento de los reflejos. También ayudan a despertarnos o sacarnos de un estado de cansancio. El oído es sensible a las notas muy agudas, de forma que si son muy intensas y prolongadas pueden dañarlo e incluso provocar el descontrol del sistema nervioso. Los sonidos graves suelen producir efectos sombríos, una visión pesimista o una tranquilidad extrema.

f) **La intensidad:** es uno de los elementos de la música que influyen en el comportamiento. Así, un sonido o música tranquilizante puede irritar si el volumen es mayor que lo que la persona puede soportar. **La instrumentación:** los instrumentos de cuerda suelen evocar el sentimiento por su sonoridad expresiva y penetrante. Mientras los instrumentos de viento destacan por su poder alegre y vivo, dando a las composiciones un carácter brillante, solemne, majestuoso.

Los instrumentos de percusión se caracterizan por su poder rítmico, liberador y que incita a la acción y el movimiento.

2.20 Abrazoterapia

El fundamento científico del alto poder terapéutico del abrazo, queda marcadamente de manifiesto en el gesto de la madre cuando toma a su hijo y, al igual que en el alumbramiento o cuando le amamanta, su cerebro se encuentra segregando la maravillosa hormona de la oxitocina, conocida por ser la hormona del "apego". Gracias a ella, el bebe se siente unido a su madre y resguardado de todo peligro.

Pero todavía hay más, en el acto del abrazo no solamente actúa la oxitocina, sino que también, el abrazo activa en el cerebro la liberación de serotonina y dopamina, por lo que resulta fácilmente entendible la razón por la que experimentamos una maravillosa sensación de bienestar, sedación, armonía y plenitud en el momento del abrazo. Lo hago pensando en los abrazos como herramientas fundamentales del lenguaje no verbal. Probada está la utilidad de los abrazos en todas aquellas situaciones en que sobran las palabras o no logramos encontrar las adecuadas. Los abrazos que desconocen los límites del tiempo y el espacio. No tienen plazo de caducidad, pues basta con cerrar los ojos y mirar en el cajón de los recuerdos, para evocar "aquel" maravilloso momento, y así poder revivir plenamente la sensación del abrazo auténtico.

2.21 Risoterapia

La Risoterapia es una hermosa puerta para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad, sencillamente utilizando la risa como camino. Se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de manera natural, sana, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños. Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloques emocionales, físicos, mentales, sexuales, sanar nuestra infancia, como proceso de crecimiento personal.

Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando reímos es imposible pensar, nos ayuda a descubrir nuestros dones, abrimos horizontes, vencer los miedos, llenarnos de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total, como los niños.

Después de una sesión de dos horas, es inevitable sentirse pleno, amoroso, tierno, alegre, vital, energético y un sinfín de sentimientos positivos. Parece mentira cómo un método tan sencillo como es la risa puede aportarnos tanto: la risa es Magia, es Alquimia, es la mejor medicina. Risoterapia motiva y relaja nos ayuda, por medio de la risa, a eliminar bloqueos emocionales, físicos, sanar nuestra infancia y en un proceso de crecimiento personal. Después de una sesión de Risoterapia nos sentiremos amorosos, tiernos, llenos de energía vital, etc.

Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, colesterol, adelgaza, dolores, insomnio, problemas cardiovasculares, respiratorios, cualquier enfermedad. Nos aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre nuestros sentidos, ayuda a transformar nuestras pautas mentales. Recientes estudios sobre la capacidad de las carcajadas para combatir todo tipo de enfermedades indican que mientras reímos liberamos gran cantidad de endorfinas, responsables en gran parte de la sensación de bienestar.

Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloqueos emocionales, físicos, mentales, sexuales, sanar nuestra infancia, como proceso de crecimiento personal. Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando reímos es imposible pensar, nos ayuda a descubrir nuestros dones, abrimos horizontes, vencer los miedos, llenarnos de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total, como los niños. Después de una sesión de dos horas, es inevitable sentirse pleno, amoroso, tierno, alegre, vital, energético y un sinfín de sentimientos positivos. Parece mentira cómo un método tan sencillo como es la risa puede aportarnos tanto: la risa es Magia, es Alquimia, es la mejor medicina.

Conclusiones

- 1. En los hogares disfuncionales en los cuales un cónyuge maltrata al otro, es común el maltrato a los niños. Constituye violencia no sólo el darles fuertes golpes, sino también gritarles, menospreciarlos, castigarlos excesivamente o negarles la atención, la aceptación y el amor que son tan imprescindibles para su desarrollo emocional y social.**
- 2. La violencia doméstica no sólo es un problema familiar, es un crimen contra la sociedad agravado por el vínculo, de la misma manera que lo es la violencia entre extraños. Los problemas sociales como el alcoholismo, las adicciones de la delincuencia juvenil, el suicidio y la fuga de hogar aumentan cuando hay violencia en el hogar.**
- 3. La depresión es un trastorno que afecta a la sociedad guatemalteca hombres mujeres adolescentes y niños que son depresivos, es lo que interfieren en el funcionamiento normal en el paciente.**
- 4. La ansiedad es uno de los problemas que causan pánico, la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno busquen ayuda médica u hospitalaria con cierta frecuencia, es normal que se sientan mejor después de ser atendidas.**
- 5. El estrés es un problema o trastorno con síntomas que son persistentes en aumento del estado de alerta, tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas: el individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que experimenta, acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.**
- 6. Los niños afectados por la infidelidad de sus padres pueden tener bajo rendimiento académico por otro lado los afectan en el desarrollo físico y emocional lo que no permite tener un aprendizaje normal.**

Capítulo 3

Referente metodológico

En el siguiente trabajo se presentan las herramientas que fueron utilizadas en el desarrollo del trabajo psicológico profesional, entre los cuales se incluyen los programas, planificaciones y cronogramas de actividades que se realizaron. En los cuales se programaron estrategias para la realización de cada actividad que se trabajó en el Centro de Salud de San Juan Alotenango del Departamento de Sacatepéquez.

3.1 Programa de práctica Profesional Dirigida

- **Descripción**

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

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

- **Propósito del curso**

El curso tiene el propósito de integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica. El y la alumna adquieren destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

• **Competencias indicadores de logro**

1. Ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica.
2. Atiende problemas de personas en riesgo de enfermarse mentalmente.

- Pone en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de la carrera.
- Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad.
- Atiende casos en instituciones para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elabora programas de salud mental y los aplica.
- Capacita a grupos de personas con temas importantes para el mantenimiento de la salud mental.
- Visita lugares para formarse una idea precisa de los problemas sociales.
- Investiga temas relacionados en su aplicación práctica.
- Deja un beneficio en los lugares donde realiza su práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Crea proyectos dedicados a promover la atención psicológica en el área rural

• **Contenido temático del curso**

1. Evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. Problemas de salud mental en Guatemala

4. Participación en eventos relacionados con la Psicología y consejería social
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de resiliencia
7. Creación de programas y proyectos

- **Criterios para el desarrollo del curso o metodología**

La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá. La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses.

Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica. Los y las alumnas tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas establecidas; así como con las normativas establecidas por la Universidad. En el transcurso de la práctica los y las alumnas atenderán casos clínicos haciendo un diagnóstico y tratándolos de manera profesional. También tendrán que cumplir con capacitaciones y aplicación de proyectos.

- **Formas o técnicas de evaluación**

Evaluación diagnóstica: se pasará una prueba elaborada por la catedrática para explorar los conocimientos obtenidos durante la carrera. Evaluación sumativa: al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.

- **Evaluación de proceso**

- **Investigaciones**
- **Elaboración de programas y proyectos**
- **Guías de trabajo, presentación de informes**

- Atención de casos
- Aplicación de pruebas psicométricas y capacitaciones

3.2. Cronograma de la práctica profesional dirigida

Actividad No.	Fase de información y organización Enero a febrero Contenido	Fecha
1.	Información sobre práctica , entrega de programa y cronograma Instrucciones sobre metodología Instrucciones sobre elaboración de informe final	Enero
2.	Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica al Decano de la Facultad de Educación M.A. José Ramiro Bolaños (por los y las alumnas)	
3.	Elaboración y entrega de planificación de actividades generales de práctica de campo (por los y las alumnas)	3ª. Semana de febrero
4.	Asignación de Centros de práctica	Febrero
5.	Entrega de carta de autorización escrita dirigida a la Universidad y sellada de autoridad inmediata para realizar la práctica	
6.	Visita al centro de práctica para realizar acuerdos y presentar la planificación a autoridad inmediata	

Actividad	Fase de aprendizaje intra-aula Enero a septiembre 2009 Contenido	Fecha
1.	Diagnóstico de conocimientos	Enero
2.	La entrevista	Febrero
3.	Entrega de resumen y análisis práctico del libro La Entrevista Psiquiátrica de Henry Stack Sullivan. Prueba corta	2ª. Semana de febrero
4.	Taller para elaboración de documentos de registro: Historia clínica, diagnóstico multiaxial, plan terapéutico, Informe Clínico de casos	Marzo
5.	Investigación y entrega de temas asignados según temática de aplicación.	1ª. Semana de marzo y 1ª. Semana de abril
6.	Entrega Capítulo Marco de referencia de Informe de práctica. (Ver instructivo) Descripción de la institución Misión Organigrama Objetivos Población que atiende Descripción de la población	4ª. Semana de marzo
7.	Entrega de informes mensuales sobre las actividades realizadas en forma de	Durante el

	cronograma	año
8.	Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)	Durante el año
9.	Exposición, análisis y discusión sobre diversas patologías	Abril y mayo
10.	Investigación y entrega de temas asignados según temática de aplicación.	1ª semana de junio y 1ª. semana de julio
11.	Exposición, análisis y discusión de formas de psicoterapia	Junio Julio
12.	Retroalimentación de aplicación e interpretación de pruebas diagnósticas	Julio
13.	Entrega de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	4ª. semana de julio
14.	Entrega de capítulo: Referente teórico (Ver instructivo)	2ª. Semana de agosto
15.	Aplicación de técnicas de intervención clínica	Agosto
16.	Presentación y discusión de casos	Agosto
17.	Presentación de capítulo del informe final: Referente metodológico (Ver instructivo)	4ª. semana de agosto
18.	Elaboración y entrega de historias clínicas e informes de casos	1ª. Semana de septiembre
19.	Presentación de capítulo del informe final: Presentación de resultados (Ver instructivo)	2ª. semana de septiembre
20.	Entrega de informe de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	3ª. semana de septiembre
21.	Entrega de constancias de talleres y capacitaciones dados (firmadas y selladas)	4ª. semana de septiembre
22.	Primera revisión de informe final	4ª. semana de septiembre
23.	Segunda revisión de informe final	2ª. semana de octubre
24.	Tercera y última revisión de informe final	3ª. semana de octubre
25.	Entrega de informe	1ª. Semana de nov.
26.	Examen final	3a. Semana de noviembre
Actividad	Fase de aplicación de conocimientos en centro de práctica Contenido	Fecha
1.	Inicio de labores de práctica	marzo
2.	Diagnóstico institucional	marzo
3.	Observación de actividades del centro de práctica	marzo

4.	Actividades de <i>rapport</i> con la población del centro de práctica (Tanto administrativa como población que se atiende)	marzo y abril
5.	Atención de casos, siguiendo las normas de la institución	De abril a septiembre
6.	Investigación de temas relativos a los problemas psicopatológicos que encuentre	Durante el período de la práctica
7.	Cinco capacitaciones o talleres a grupos de personas. Los y las alumnas deben entregar antes el programa o agenda de trabajo y el contenido del tema para revisión antes de capacitar	Durante el año
8.	Aplicación de proyecto de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo	Agosto - septiembre
9.	Cobertura de necesidades del centro de práctica	Durante el período de la práctica
10.	Aplicación de técnicas motivacionales para captar clientes	Durante el período de la práctica
11.	Elaboración de documentos de registro de casos	Durante el período de la práctica
12.	Creación de mini- proyectos para cubrir necesidades del centro	Durante

3.3 Planificación general de actividades de la práctica profesional dirigida

Mes: enero y febrero 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>✓ Adquirir información de las actividades que se realizarán durante la práctica profesional dirigida.</p> <p>✓ Planifica las actividades</p> <p>✓ Conocer las necesidades de la institución que servirá de centro de práctica.</p>	<p>Información sobre las actividades de la práctica profesional dirigida.</p> <p>Investigar temas para ampliar conocimientos</p> <p>Elaborar un diagnóstico Institucional</p> <p>Visita al centro de práctica.</p>	<p>Planificación</p> <p>lecturas e investigaciones</p> <p>Recopilación de datos de la institución, observación y diagnóstico de necesidades.</p> <p>Solicitudes.</p>	<p>Folletos, libros, pizarrón, marcadores y computadora.</p> <p>Libros, Internet, revistas y bibliotecas etc.</p> <p>Formatos, tests psicométricos, investigaciones Y diagnóstico.</p> <p>Carta de solicitud lapicero y cuaderno.</p>	<p>Se informa, sobre las actividades de la práctica profesional dirigida.</p> <p>Planifica las actividades de la PPD.</p> <p>Planifica programa de fortalecimiento da la institución.</p> <p>Se asigna un centro de práctica.</p>

Mes: marzo. 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>✓ Presentarse al centro de práctica para hacer acuerdos sobre la misma.</p> <p>✓ Observar el funcionamiento del centro de práctica.</p> <p>✓ Presentar informe a catedrática encargada sobre actividades realizadas.</p>	<p>Presentación al centro de práctica.</p> <p>Contacto inicial con las autoridades del centro de práctica.</p> <p>Observación del funcionamiento del lugar.</p> <p>Entrega de informe de observación.</p> <p>Retroalimentación sobre la entrevista.</p>	<p>Observación.</p> <p>Entrevista.</p> <p>Recopilación de datos</p> <p>Trabajo escrito</p>	<p>Planificación.</p> <p>Hojas de observación.</p> <p>Hojas y cuaderno</p> <p>Computadora.</p> <p>Internet</p>	<p>Se ubica en el centro de práctica.</p> <p>Elabora un informe escrito describiendo la institución.</p>

Mes: abril. 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>✓ Abordar casos clínicos mediante observación y evaluaciones</p> <p>✓ Discutir casos en el aula.</p> <p>✓ Retroalimentar análisis y evaluaciones de historias clínicas.</p>	<p>Abordaje de casos, evaluaciones y observación.</p> <p>Discusión de casos.</p> <p>Retroalimentación sobre análisis y elaboración de historias clínicas.</p>	<p>Entrevistas.</p> <p>Observación.</p> <p>Evaluaciones.</p> <p>Lecturas bibliográficas.</p> <p>Entrevistas</p>	<p>Computadora.</p> <p>Hojas.</p> <p>Internet y casos investigados</p> <p>Evaluaciones Psicológicas.</p> <p>DSM IV</p>	<p>Aborda casos eficientemente.</p> <p>Discute casos en el aula.</p> <p>Se retroalimenta de análisis y evaluaciones clínicas.</p>

Mes: mayo 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
✓ Atender casos en el centro de práctica.	Utilizando documentos de registros de casos.	Observación.	Documentación de casos en hojas.	Se atienden casos en el centro de práctica.
✓ Usar adecuadamente los documentos de registros de casos.	Atención a casos en el centro de práctica.	Terapias alternativas.	Documentación de documentos de registro.	Se utilizan documentos de registro.
✓ Retroalimentar y reforzar conocimientos sobre psicopatología.	Exposiciones en el aula sobre diversas psicopatologías.	Exposiciones.	Portátil y Cañonera. Computadora. Internet.	Se realizan exposiciones de diversas psicopatologías.

Mes: junio 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>✓ Atender casos en el centro de práctica. Para ayudarles en sus problemas emocionales.</p> <p>✓ Realizar actividades que requiera el centro de práctica.</p> <p>✓ Retroalimentar conocimientos sobre impresión clínica y diagnóstico multiaxial.</p>	<p>Atención de casos.</p> <p>Actividades que requiera el centro de práctica.</p> <p>Talleres para retroalimentación de impresión clínica y de diagnóstico multiaxial.</p>	<p>Charlas y talleres.</p> <p>Entrevistas investigaciones</p> <p>Retroalimentaciones.</p>	<p>Computadora y Cañonera.</p> <p>Recurso humano y el equipo necesario.</p> <p>Internet.</p> <p>Hojas. DSM IV.</p>	<p>Se atienden casos en el centro de práctica y se fortalece a pacientes.</p> <p>Se realizan actividades que requiera el centro de práctica.</p> <p>Se retroalimentan impresiones clínicas y diagnósticos multiaxiales.</p>

Mes: julio 2009.

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
✓ Realizar actividades que requiera el centro de práctica.	Atención de casos.	Retroalimentaciones	Hojas, Manual DSM IV	Se atienden casos en el centro de práctica.
✓ Retroalimentar información y presentación de casos.	Actividades que requiera el centro de práctica.	Observación y investigación	Recurso humano y el equipo necesario.	Se realizan actividades que requiera el centro de práctica.
✓ Retroalimentar formas de psicoterapia.	Retroalimentación sobre información y presentación de casos.	Documentación sobre información presentación de casos	Computadora. Hojas de registro.	Se retroalimenta sobre información de casos.
	Retroalimentación sobre formas de psicoterapia.	Retroalimentaciones.	Cañonera. DSM IV.	Se retroalimenta sobre formas de psicoterapia.

Mes: agosto 2009.

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
✓ Presentar y discutir casos. Dentro del aula.	Presentación y discusión de casos.	Discusiones de casos	Computadora. Internet.	Se presenta y se discute sobre casos.
✓ Entregar informe final de la práctica profesional dirigida.	Entrega de informe final de casos.	Elaboración de informe	Hojas y manual de upana	Se entregara informe final de la práctica profesional dirigida.
✓ Elaborar proyecto de salud mental.	Elaboración de proyecto de salud mental.	Proyectos de salud mental	Recurso humano y el equipo necesario.	Se realiza proyecto de salud mental.
✓ Planificar actividad de cierre en el centro de práctica.	Actividad de cierre de práctica en el centro asignado.	Informes	Personal del Centro de Salud.	Se planifica sobre actividad de cierre en el centro de práctica.

Mes: septiembre 2009.

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
✓ Ejecutar y aplicar proyecto de salud mental en lugares de riesgo.	Ejecución de proyecto de salud mental en lugares de riesgo.	Investigaciones.	Internet. Informes.	Se ejecuta proyecto de salud mental en lugares de riesgo.
✓ Capacitar a grupos en conflicto.	Capacitación a grupos en conflicto.	Capacitaciones a Grupos terapéuticos	Computadora. Cañonera. Internet. Dinámicas.	Se capacita a grupos en conflicto.
✓ Entregar de informe de proyecto de salud mental para su revisión.	Primera revisión de informe de la práctica profesional dirigida. Informe de resultados de proyecto de salud mental	Elaboración de informe Informe	Computadora y hojas. Hojas y manual de Upana	Se realiza la primera revisión de informe de práctica profesional dirigida. Se informa sobre resultados de proyecto de salud mental.

Mes: octubre y noviembre 2009

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>✓ Revisar y entregar informe para la segunda revisión de práctica profesional dirigida.</p> <p>✓ Evaluar los conocimientos adquiridos durante la práctica profesional dirigida.</p>	<p>Revisión de informe final de práctica profesional dirigida.</p> <p>Cierre de actividades en el centro de práctica.</p> <p>Tercera revisión de informe final.</p> <p>Entrega de informe final.</p> <p>Examen final.</p>	<p>Revisión de informe final.</p> <p>Agradeciendo la oportunidad de realizar la practica</p> <p>Retroalimentación.</p> <p>Modificaciones</p>	<p>Computadora</p> <p>Internet.</p> <p>Hojas.</p> <p>Humano</p> <p>Computadora</p> <p>Internet.</p> <p>Hojas.</p> <p>Lapiceros.</p>	<p>Se modifica satisfactoriamente informe final.</p> <p>Se entrega informe final revisado.</p> <p>Examen final exitoso.</p>

3.4 Cronograma de actividades

Lugar de práctica: Centro de Salud de San Juan Alotenango Sacatepéquez

Alumno: practicante Carlos Armando González García

No.	Días	Fecha	Hora	Actividad
1	Lunes a viernes	04/03 a 08/03	08:00 a 12:00 a.m.	Observación
2	Lunes a viernes	09/03 a 13/03	08:00 a 12:00 a. m.	Atención a pacientes
3	Lunes a viernes	16/03 a 20/03	08:00 a 12:00 a.m.	Atención y charlas
4	Lunes a viernes	23/03 a 27/03	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
5	Lunes a viernes	30/03 a 03/04	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
6	Lunes a viernes	06/03 a 10/04	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
7	Lunes a viernes	13/04 a 17/04	08:00 a 12:00 a.m.	Atención y charlas
8	Lunes a viernes	20/04 a 24/04	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
9	Lunes a viernes	27/04 a 01/05	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
10	Lunes a viernes	04/05 a 08/05	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
11	Lunes a viernes	11/05 a 15/05	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
12	Lunes a viernes	18/05 a 22/05	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
13	Lunes a viernes	25/05 a 29/05	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
14	Lunes a viernes	01/06 a 05/06	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
15	Lunes a viernes	08/06 a 12/06	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
16	Martes a jueves	16/06 a 18/06	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
17	Martes a jueves	23/06 a 25/06	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
18	Martes a jueves	30/06 a 02/07	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
19	Martes a jueves	07/07 a 09/07	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
20	Martes a jueves	14/07 a 16/07	08:00 a 12:00 a.m.	Atención y charlas
21	Martes a jueves	21/07 a 23/07	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
22	Martes a jueves	28/07 a 30/07	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes
23	Martes a jueves	04/08 a 06/08	08:00 a 12:00 a.m.	Atención a pacientes

Estas actividades se realizaron desde la fecha de 04 de marzo a 06 de agosto del año en curso observando las funciones del centro de práctica y atendiendo pacientes impartiendo charlas.

3.5 Subprogramas

3.5.1 Programa de atención de casos

En este apartado se presenta la información sobre la atención de casos mas relevantes que fueron referidos por el Centro de Salud, los cuales se atendieron en diferentes sesiones, con la participación de los pacientes quienes estaban afectados por diferentes trastornos emocionales psicológicos, estas actividades se realizaron en el centro de salud de San Juan Alotenango del Departamento de Sacatepéquez.

3.6 Objetivos

- 1. Lograr una eficaz salud para el beneficio de los pacientes en general**
- 2. Mejorar el proceso de vida para un buen desarrollo familiar y en la sociedad.**
- 3. Adquirir una buena comunicación con las autoridades del centro de salud para lograr el buen desarrollo del proceso psicológico.**

3.7 Actividades

- Entrega de tickets a los pacientes por encargada de centro de salud

-Bienvenida y saludo formal por practicante

-Inicio de sesión

- a. Relajación**
- b. Realizando preguntas abiertas**
- c. Evaluando al paciente**
- d. Cerrando la sesión con un resumen del caso dando fecha para la próxima sesión**
- e. Entrevistas**
- f. Recopilación de datos generales**
- g. Elaboración de historias clínicas**

- h. Seguimiento de casos
- i. Elaboración de informes finales

Cronograma de actividades de casos atendidos

Fechas	Actividades	Responsable
04 de marzo a 22 de junio	Atención psicológica a pacientes con problemas de abuso de sustancias prohibidas. (Drogas y alcohólicas etc.)	Practicante
22 de junio a 15 de julio	Atención psicológica a los trastornos: Ansiedad, estrés y depresión	Practicante
10 de marzo a 06 de agosto	Atención a pacientes con problemas familiares.	Practicante
18 de abril a 06 de agosto	Atención a niños y niñas con problemas de bajo rendimiento escolar.	Practicante
06 de mayo a 08 julio	Atención a parejas con problemas de infidelidad.	Practicante
02 de mayo a 06 de agosto	Atención psicológica a pacientes con problemas de salud mental y físicos desmayos y convulsiones etc.	Practicante

3.8 Programa de capacitación

El siguiente trabajo muestra las herramientas que se utilizaron las cuales constan de un programa de actividades, un cronograma de actividades, en las capacitaciones que se realizaron en el desarrollo de la práctica en el centro de salud del Municipio de Juan Alotenango Sacatepéquez.

3.9 Objetivos

- 1) Lograr el aprendizaje y comprensión en todo el personal para trabajar como equipo en la atención que prestan a los pacientes.
- 2) Que todos los capacitados comprendan que la salud solo procede de un buen manejo de las emociones y relaciones humanas.
- 3) Cada capacitación alcance la preparación de los involucrados para que desarrollen una buena comunicación entre las autoridades y logren el buen desarrollo del proceso de atención al público.

3.10 Programa de actividades

1. Elaboración de programas y cronogramas de trabajo
2. Investigación de temas
3. Preparación de material
4. Realización de taller o charla
5. Evaluación
6. Preparación de dinámicas
7. Aplicación de tests
8. Cierre de participación

Cronogramas de actividades

No.	Día	Fecha	Hora	Actividad
1	Jueves	19/03/09	09:00 a 09:45 a.m.	Charla tema: "Salud Mental"
2	Martes	14/04/09	08:00 a 08:45 a.m.	Charla "Relaciones Interpersonales"
3	Viernes	01/05/09	10:30 a 11:10 a.m.	Taller tema "Violencia Intrafamiliar"
4	Martes	30/06/09	08:00 a 08:45 a.m.	charla tema "La infidelidad conyugal"
5	Lunes	13/07/09	10:00 a 10:45 a.m.	Charla tema "Autoestima"

3.11 Programa de elaboración de proyecto de salud mental

Cronograma de actividades, Proyecto de Salud Mental

Hora	Actividad	Responsables
7:30 a 8:00	Arreglo de salón para talleres y oficinas para la atención psicológica.	Todos los alumnos de quinto año
8:00 a 8:40	Taller Abuso y Violencia de género Atención Psicológica	Fernando Luis Arriola Lobos Ada Marfransoli Arriola Popol Irma Vielman Farelo
8:40 a 10:00	Receso	
10:00 a 10:40	Taller Problemas Emocionales Atención Psicológica	Ana Lucía Cermeño Morales Gerson Nathanael Texaj Naomi González Coloma
10:40 a 11:00	Receso	
11:00 a 11:40	Taller Salud Mental Atención Psicológica	Naomi González Coloma Mónica María Oliva
11:40 a 12:00	Receso	
12:00 a 1:00	Almuerzo	
1:00 a 3:40	Atención Psicológica	Todos los alumnos de quinto año de psicología

Capítulo 4

Presentaciones de resultados

A continuación se presentan los resultados que fueron obtenidos y los logros alcanzados, en la práctica que se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Salud de Alotenango, en los meses de marzo a agosto del presente año, con el fin de dar a conocer a los habitantes de la localidad la importancia de la psicología. Se atendieron pacientes, se realizaron charlas, con temas que son importantes para la promoción de salud mental en la población del municipio. También se proporcionó tratamiento psicológico a niños, jóvenes y adultos como un servicio gratuito a la comunidad.

4.1 Programa de atención de casos

Dentro de los logros se alcanzó atender el 70 % de la población que asiste al Centro de Salud del Municipio de San Juan Alotenango, departamento de Sacatepéquez. Entre los casos que se atendieron violencia intrafamiliar, infidelidad, problemas de aprendizaje y otros. Se logró impartir charlas las cuales ayudaron y fortalecieron a todo el personal que labora en el centro de salud; capacitando a promotores de la salud a un 25% de los miembros de dicho grupo que trabaja en la población. Evaluando un 20% de todo el personal del centro de salud, se motivo con reuniones y temas para consolidar una labor excelente.

Limitaciones

Se limitaron las actividades por falta de recurso o insumos necesarios en el centro de salud, para lograr un desarrollo y una buena atención psicológica a los pacientes, la falta de un lugar apropiado, para la atención de psicología. Hace falta un psicólogo de planta para atender de forma especializada a pacientes que tienen problemas emocionales o de salud mental. Falta de interés en paciente quienes llegan una o pocas veces a sesiones terapéuticas y no asisten mas no se logra ayudar a estas personas.

Una buena comunicación en el personal que labora en el Centro de Salud de San Juan Alotenango, Sacatepéquez. Son necesarias capacitaciones que enseñen motiven a los médicos, enfermeras, promotores, auxiliares y personal administrativo.

Conclusiones

1. En los casos que se atendieron se encontró el problema de la violencia doméstica, siendo uno de los temas que sufren las familias del municipio de Alotenango. Las causas de estos problemas es la infidelidad conyugal, el alcoholismo, las adicciones, la delincuencia juvenil, el suicidio, lo que causa a las familias desintegrarse y la fuga del hogar, por la misma violencia. Es lamentable, doloroso cuando en la niñez no se recibe amor, especialmente de los padres. Como se sabe que en los primeros cinco años de la vida se pueden dejar marcas imborrables que serán para toda la vida, para bien o para mal. Por eso, el privar a un niño de amor es como privar se desarrollo y crecimiento, el golpearlo es como echarle veneno, lo va a terminar de matar psicológicamente y emocionalmente.
2. Se observa en la población a hombres y mujeres que padecen de depresión, es un trastorno que afecta a la sociedad. Encontrando ancianos, adolescentes y niños que son depresivos, esto es lo que interfieren en el buen funcionamiento en el paciente. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar.
3. Un 80 % de la población de Alotenango sufre de ansiedad siendo un problema común en hombres y mujeres, quienes buscan ayuda médica u hospitalaria con cierta frecuencia, es normal que se sientan mejor después de ser atendidas. Aplicando diferentes métodos psicológicos y terapéuticos. Casos de familias que padecen el trastorno de estrés siendo un problema, con síntomas persistentes que aumenta constantemente. Como lo indican dos o más de los siguientes síntomas: el individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que experimenta, acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

4. Se encontraron varios casos de niños y niñas con problemas de aprendizaje, por causa de la misma violencia que se vive en las familias del municipio; es importante reforzar y ayudar a la niñez en el trastorno el cual pueden ser de lectura, interpretación o lenguaje. Con un seguimiento terapéutico se logra buenos resultados en los niños con trastornos de aprendizaje es recomendable que un médico en medicina lo vea para medicarlo y ayudarlo a salir delante de su problema.

Recomendaciones

1. Se recomienda al Centro de Salud brindar asistencia psicológica a pacientes que lo solicitan por que la demanda es grande en el Municipio de Alotenango.
2. Se recomienda al Ministerio de Salud el estudio de un proyecto, que beneficie a la sociedad guatemalteca ubicando en cada centro de salud la atención clínica psicológica la cual es de suma importancia.
3. Se le recomienda al Ministerio de salud habilitar un espacio, el cual sea especial para clínica de psicología donde se reciban a pacientes que llegan con problemas emocionales y necesidad de atención terapéutica.
5. Se recomienda al Centro de Salud, brindar insumos necesarios para el desarrollo profesional del área psicológica para una mejor atención

4.2 Muestra de cinco casos atendidos (Historias clínicas)

Caso 1

1. Datos generales

Nombre	J. A. C. H.		
Edad	28 años	Sexo:	mujer
Estado Civil	soltera	Religión	Católica
Ocupación	ninguna	Nacionalidad:	Guatemalteco
Dirección	2do. Canto Alotenango	Teléfono	---

2. Motivo de consulta

El paciente refiere que tiene una enfermedad hepática por consumo de bebidas alcohólicas.

3. Historia problema actual

Problemas con su papá por la condición que está viviendo y problemas personales por que está padeciendo una enfermedad.

4. Antecedentes personales

Su nacimiento fue normal con un peso de 8 libras 6 onz. Niño sano fuerte sin ningún problema. Estudió hasta 5to primaria con dificultad para lograrlo difiere que el problema fue porque su papá no le ayudo en los estudios quien necesita ayuda. En su desenvolvimiento escolar llegó a quinto grado de primaria siendo muy desordenado, vulgar y con malas notas en el estudio con el deseo llegar a seguir estudiando. En su adolescencia sufrió por la muerte de su mamá quien murió cuando el tenía 12 años de edad y los malos tratos de su familia.

Quien se prostituyó desde los 14 años comenzando a beber licor inhalar pegamento por la decepción del abuso sexual de uno de sus tíos y por la falta de su mamá. Tiene 28 años edad está en la pre-adulthood lo que él no acepta quien actúa como adolescente sin orden y una vida normal. Por la causa de ver sido abusado por un familiar manifestando que el no quiere que se llegue a saber en el resto de su familia, es una persona que se masturba demasiado sin control a convivido sexualmente con mujeres y hombres, por el momento tiene una novia con una experiencia sexual con ella, J. A. tiene demasiadas dudas de su sexualidad.

Últimamente esta padeciendo de una enfermedad hepática por beber demasiado sin control, sus riñones le están fallando mantiene una gripe fuerte y unas manchas en sus genitales. Con desordenes mentales anteriores los cuales son sexuales y de estado de ánimo, clínicos médicos por el consumo de drogas y alcohol.

5. Historia familiar

El padre de 58 años de edad agricultor, evangélico, viudo hace 16 años es una persona que llora por la vida que lleva Juan Alfredo desde que murió su mamá, es una persona con malos hábitos, lo que le daña es la separación de la familia. La relación entre el padre y Juan es regular.

Refiere Juan que su relación con su mamá fue excelente era una mujer muy comprensiva y amorosa para con todos sus hijos el la extraña y le hace mucha falta desde que murió. Tiene 4 hermanos mas quienes están casados y sin ningún problema.

6. Examen mental o evolución semiológica

En su apariencia se ve desgarrado y sucio, con una actitud cooperante pero manifiesta desconfianza su conducta tiene movimientos, intranquilidad con agitación. Su lenguaje tiene dificultad verborrea con volumen, el curso del pensamiento es con producción, asociaciones y bloqueo. En su contenido del pensamiento esta obsesionado con fobias e ideación suicida, en su percepción tiene alucinaciones, sentimientos y es una persona despersonalizado que vive irrealidad.

Con humor expansivo, eufórico se mantiene triste y esta deprimido; su afecto es lábil y plano en su inteligencia o información no se encuentra ninguna por que necesita solucionar sus problemas emocionales. Orientación de tiempo, lugar y persona con una memoria remota y pasada, su control de impulsos es agresivo hostil con temor se siente culpable de su sexualidad.

7. Diagnóstico Multiaxial

Axis Eje I Trastornos de inicio en la infancia la niñez y la adolescencia, trastornos sexuales y de ansiedad por separación

Eje II sin diagnóstico

Eje III Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Eje IV Problemas laborales. Problemas relativos al grupo de apoyo y familiar

Eje V EEAG 60 – 51

8. Pronóstico

Favorable

9. Tratamiento

Atención terapéutica con tratamiento de psicoterapia.

Caso 2

1. Datos generales

Nombre E. J. G. P.
Edad 17 años Sexo: mujer
Estado Civil soltera Religión Católica
Ocupación Estudiante Nacionalidad: Guatemalteca
Dirección 3er. Canto Alotenango Teléfono ---

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que tiene ansiedad, fuerte dolor de cabeza y cuerpo

3. Historia problema actual

Problemas con su familia por estar enamorada y no están de acuerdo.

4. Antecedentes personales

Un embarazo normal su nacimiento fue por cesárea con bajo peso, le dieron leche especial, su desarrollo fue bueno desde su nacimiento, hasta los 6 años que padeció de fiebres y paperas, su estado somático actual y pasado. Hábitos de salud y dieta.

Fuerte dolor de cabeza y angustia, sin dieta. Su desarrollo psicomotor fue excelente estudia y cursa el cuarto bachillerato en computación, sin dejar ningún año obteniendo buenas notas, últimamente difiere que no quiere seguir por los problemas familiares donde ella necesita ayuda.

Con un desenvolvimiento escolar bueno, es una chica aplicada en el estudio su deseo es llegar a graduarse y ser útil a la sociedad. Su adolescencia fue sufrida por los desacuerdos de su mamá y hermanas por su relación con un joven que ellas no aceptan por el hecho de ser evangélico. Según su historia médica ha padecido de gripes fuertes, paperas últimamente mucho dolor de cuerpo y cabeza, sin desordenes mentales anteriores.

5. Historia familiar

El padre de 49 años es un vendedor de ferias y está separado de su mamá Ever refiere que desde cuando ella tenía 6 años, comenzaron los problemas porque el intento en una oportunidad de matar a su mamá por celos lo que causó la separación y el divorcio. La relación entre el padre y Ever es muy escasa por que el padre es desamorado con su hija quien manifiesta que no tiene tiempo para nadie lo que le causa mucha tristeza a Ever.

La madre de 37 años de edad ama de casa quien trabaja para sostener los estudios de Ever y poder sacarle adelante en la vida, es una mujer liberal quien vive con un hombre con quien no tiene hijos, este hombre es la persona que le causa problemas a Ever él no trabaja, se mantiene en la casa por tal razón Ever abandonó su casa para vivir con su hermana, trabajar para independizarse de su familia evitando los problemas. Su familia se compone de 3 hermanos y dos hermanas mayores quienes están casados y lejos de su casa su relación es buena para con ellos, solamente sus hermanas que le hacen la vida imposible que por siempre se meten en su vida.

6. Examen mental o evolución semiológica

Su apariencia es de una chica bien peinada, limpia con una actitud de cooperación su conducta es coordinada, con agilidad y movimientos. Con un lenguaje de ensalada de palabras y asociaciones su curso del pasamiento es productivo y perseverante, el contenido del pensamiento con

percepciones, fobias, ideación suicida, con una concentración y atención. Es una joven que tiene una percepción de ilusiones con un humor expansivo, eufórico y triste. Su afecto es adecuado congruente con una excelente inteligencia y habilidades intelectuales en su información con una orientación en tiempo, persona y una memoria lógica. Su control de sus impulsos casi son afectuosos con temor y culpa con una capacidad de juicio crítico abstracta y abstinente, su capacidad de Insight es bueno.

7. Diagnóstico Multiaxial

Axis Eje I Trastornos de estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastorno de conducta alimentaria.

Eje II Trastorno antisocial de la personalidad

Eje III Enfermedades del aparato digestivo

Eje IV Problemas relativos al ambiente social, y ambientales. Problemas relativos al grupo de apoyo familiar. Eje V EEAG 80 – 71

8. Pronóstico

Favorable

9. Tratamiento

Atención terapéutica, con tratamiento clínico de psicoterapia.

Caso 3

1. Datos generales

Nombre K. M. B. C.
Edad 14 años Sexo: mujer
Estado Civil soltera Religión Ninguna
Ocupación Estudiante Nacionalidad: Guatemalteca

2. Motivo de consulta

La paciente refiere que esta padeciendo de desmayos y convulsiones.

3. Historia problema actual

Dolor con mucha tristeza se siente muy so la sin ganas de vivir por la situación de su vida y salud piensa que es culpable de todo lo sucedido.

4. Antecedentes personales

Refiere la paciente que él papá rechazó el embarazo se casó obligado con su mamá, Karla dice que fue por el error que habían cometido él con su mamá no estando preparado para ser padre el día del nacimiento no se presentó en el parto, el cual fue complicado. Su desarrollo psicomotor fue lento, a penas aprendió a leer, con mucha dificultad llegó a tercero básico y por los recursos económicos no pudo continuar con sus estudios, su desenvolvimiento escolar es bueno con buenas notas tiene el deseo de estudiar costura, manifiesta dolor y tristeza por la falta de estudio tiene el deseo seguir estudiando.

Su adolescencia fue muy sufrida por que padecía de desmayos y un dolor en el corazón estos padecimientos son desde la edad de los 3 años, y en este tiempo estos problemas son mas frecuentes, esta en tratamiento médico su mayor deseo es ir se lejos de su casa. En su historia psicosexual refiere que fue manipulada genitalmente por su papá cuando tenía 5 años de edad, diciendo que una oportunidad trato de desnudarla diciéndole que si no se dejaba Dios la castigaría, refiere que ésta es la razón de odiar a su papá no quiere saber nada de él y de los hombres se encuentra muy afectada sexualmente. En su historia médica dice que últimamente esta padeciendo de una enfermedad del corazón el informe médico dice que todo se relaciona con el problema emocional que esta viviendo desde su niñez y fue referida a psicología para ser tratada con un tratamiento psicológico.

Padece desordenes mentales anteriores, que son ansiedad por separación, su estado de ánimo y personalidad, padece otros desordenes patológicos que son clínicos, médicos, convulsiones y desmayos.

5. Historia familiar

Carlos de 39 años, padre de Karla quien nunca ha querido a su hija por no estar de acuerdo con el matrimonio quien la trata mal, le dice que ella es una prostituta quien le hizo mucho daño emocional. María 35 años mamá Karla dice que es muy buena pero por el trabajo tiene que abandonarla y dejarla sola lo que le hace sufrir demasiado. Solamente tiene otro hermano menor con quien juega pelota carros y otros juegos su hermano también sufre malos tratos de parte de su papá, quien es un hombre violento siempre dice que a él nadie lo quiso y por que tiene que amar a otros.

6. Examen mental o evolución semiológica

En su apariencia muy bien peinada limpia un poco desgarbada con una actitud de cooperación pero muy desconfiada con hostilidad, su conducta que manifiesta movimientos, intranquilidad y agitación; con un lenguaje dificultoso quien verborrea y a veces mutismo. El curso del pensamiento es productivo con asociaciones y bloqueo, el contenido del pensamiento tiene obsesiones, fobias y un pensamiento abstracto. Maneja una percepción de alucinaciones, sentimientos, despersonalización e irrealidad. Su humor es expansivo, eufórico, triste y deprimido; con un afecto lábil, plano, congruente y su inteligencia o información es hábil en dibujo y costura con el deseo de realizarse en la vida. Orientación de tiempo y persona, con una memoria remota, pasada y lógica. Sus impulsos son hostiles con temor y culpa.

7. Diagnóstico Multiaxial

Axis Eje I Trastornos sexuales y de la identidad sexual y trastornos adaptativos, trastorno de ansiedad por separación

Eje II trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Eje III ninguna

Eje IV Problemas relativos al ambiente social

Eje V EEAG 40 – 31

8. Pronóstico

Desfavorable

9. Tratamiento

Atención médica y terapéuticamente.

Caso 4

1. Datos generales

Nombre P. I. G. S.
Edad 36 años Sexo: Masculino
Estado Civil casado Religión Católica
Ocupación Ninguna Nacionalidad: Guatemalteco
Dirección 1er. Canto Alotenango Teléfono ---

2. Motivo de consulta

El paciente refiere que es un alcohólico empedernido.

3. Historia problema actual

Problemas con su familia y esposa e hijos por el vicio que tiene y el abuso de sustancias embriagantes.

4. Antecedentes personales

Nacimiento normal a los 3 meses se enfermó de infección en la garganta, quien bajo de peso por la enfermedad, fue inyectado con mucha penicilina. En el tratamiento de vacunación no le complementaron las vacunas recomendadas por dejadez de sus padres. Su desarrollo psicomotor fue malo nunca estudio, su adolescencia fue muy sufrida por el abandono de sus padres quienes no lo quería lo despreciaban nunca vieron por él desde los 11 años comenzó a beber licor. Viviendo en las calles como chamarilero sin apoyo de nadie de su familia hasta los 18 años de edad.

Su adultez es sufrida por el vicio y las drogas se casó a los 28 años de edad dejó un tiempo de beber trabajo regreso a su casa, durante este tiempo nació su primer hijo era un hombre triste amargado que sufría en silencio con gran necesidad de tomar, comenzando a beber de nuevo quien abandonó el trabajo, su hogar con problemas con su esposa y quien no quiere tener relaciones sexuales con él.

Su historia psicosexual refiere que desde los 11 años se masturbaba frecuentemente, teniendo relaciones sexuales con las mujeres de la calle lo que le provocó una infección venérea de transmisión sexual. Según su historia médica él ha padecido de enfermedades venéreas, dolores fuertes de estómago, últimamente mucho dolor de cuerpo y cabeza. Con desordenes mentales anteriores de ansiedad por separación, estado de ánimo y personalidad.

5. Historia familiar

Sus padres quienes eran personas trabajadoras se dedicaban al campo en la agricultura, eran personas violentas, sin amor para con sus hijos quienes lo abandonaron por ser un niño muy rebelde. Refiere que la familia se compone de 7 miembros pero la relación es mala desde que Pablo tiene conocimiento dice que sus hermanos y hermanas son problemáticos están en pandillas su familia tiene graves problemas con la sociedad.

Es casado con Juana del Rosario con quien tiene dos hijos a los que el quiere demasiado pero el vicio no lo puede dejar su esposa esta a punto de abandonarlo por su situación por que no la cambia, sus padres murieron y uno de sus hermanos lo mataron por hacer lo que no debía.

6. Examen mental o evolución semiológica

Su apariencia se observa desgarbada, sucio, sin aseo personal, con una actitud de seducción y hostilidad, su conducta de movimientos manierismo y gesticulación es muy intranquilo con mucha agitación. Tiene un lenguaje que verborrea con volumen siendo una ensalada de palabras y asociación sonoras; un curso de pensamiento productivo perseverante por causa de las bebidas tiene bloqueo en su contenido de pensamiento, percepciones, ideas de referencia, obsesiones, fobias, con una ideación suicida, siendo hipocondriaco de pensamiento abstracto. Sus percepciones tienen ilusiones y sentimientos existe despersonalización con irrealidad. Su humor es expansivo, eufórico, triste y deprimido por su misma situación de vida.

Tiene un afecto lábil y plano, con falta de inteligencia e ignorante porque le cuesta adaptarse a la situación ha penas lee y escribe. En orientación es de tiempo y persona, con una memoria remota pasada, el control de sus impulsos son hostiles con temor y culpa e impotente sexual. Su capacidad de juicio es abstracta y abstinenta tiene dificultad para relacionarse con los demás no es confiable.

7. Diagnóstico Multiaxial

Axis Eje I Trastornos relacionado con sustancias, trastorno de ansiedad por separación, trastornos sexuales y trastorno adaptativos.

Eje II trastorno paranoide de la personalidad y trastorno de la personalidad por dependencia.

Eje III Enfermedades del sistema nervioso

Eje IV Problemas relativos al ambiente social, laboral y de vivienda.

Eje V EEAG 40 – 31

8. Pronóstico

Desfavorable

9. Tratamiento

Médico y atención terapéutica necesita rehabilitación y tratamiento de psicoterapia.

Caso 5

1. Datos generales

Nombre J. J. y R. L. L
Edad de él 37 años, ella 29 años Sexo: hombre y mujer
Estado Civil Casados Religión Evangelica
Ocupación: Carpintero y ama de casa Nacionalidad: Guatemaltecos
Dirección: Aldea San Gaspar Vivar No. 34 Sacatepéquez Teléfono ----

2. Motivo de consulta

Los pacientes refieren que están padeciendo de ansiedad y depresión por causa de la infidelidad de parte del esposo.

3. Historia problema actual

Problemas por la infidelidad lo que a causado mucha ansiedad Tx. de estado de ánimo, amenazas de muerte por parte de la amante y otros.

4. Antecedentes personales

Personal no patológico su historia pre-natal de ambos refieren que los dos fueron niños saludables sanos fuertes con un desarrollo normal no padeciendo enfermedades hijos de familias sanas.

Su desarrollo psicomotor fue excelente porque José estudio alcanzó el bachillerato en computación, ella solamente a tercero básico sin dejar ningún año, quienes obtuvieron buenas notas, últimamente refieren que no quiere seguir por los problemas familiares donde ella necesita ayuda. Él es un hombre con deseo de superación, seguir adelante con estudios para lograr sus metas. El desenvolvimiento escolar fue excelente estudiaron juntos fueron aplicados en el estudio con el deseo llegar a graduarse y ser útil a la sociedad. Su adolescencia José refiere que él sufrió un poco, por la dejadez de su papá porque él trabajó y estudió. Ayudando a su mamá, refiere que a la edad de 11 años él tenía vicios de ver y leer pornografía quien se masturbaba demasiado, a la edad de 16 años sostuvo una relación sexual con una prostituta.

Rosalva refiere que ella en su adolescencia fue todo excelente por que su mamá siempre a sido su mejor amiga, quien le ha ayudado, siempre siente que su desarrollo fue normal se caso a la edad de 19 años con José quien la engañó con su mejor amiga. Refieren que su adultez está siendo muy sufrida por la infidelidad de José, lo que a ella le causa un dolor intenso y está con mucho estrés y ansiedad. En su historia psicosexual José es un hombre con alta naturaleza sexual, desde niño ha sido pervertido, con varias experiencias de relaciones sexuales con mujeres y hombre esto no lo hace homosexual. Refiere que desde su adolescencia él tiene una fuerza sexual y que siente que una mujer no le es suficiente para satisfacer sus deseos. Rosalva dice que es una mujer tímida en el sexo con un pensamiento abstracto en el tema de la sexualidad por el momento dice que no quiere tener relaciones con José para castigarlo por el error que él cometió. Su historia médica dice que han padecido de enfermedades leves como gripes infecciones de garganta únicamente, por los problemas actuales padecen de mucho dolor de cuerpo y cabeza.

5. Historia familiar

Es un matrimonio de 7 años de casados con dos hijos Elvis y Saidy la familia se compone de 4 miembros siempre han vivido felices muy unidos asta el problema que vino a quitar la paz en sus vidas apunto de separarse por la infidelidad de José. Refieren que los padres de ambos son personas cristianas que oran por ellos para que Dios tome el control de sus vidas, reconocen que el diablo es quien quiere destruirles su matrimonio.

Dicen que este conflicto les está afectando psicológicamente emocionalmente y hasta amenazas de muerte han recibido de parte de personas involucradas en el problema, lo que les hace vivir con un terror terrible en su vida. Sus hijos dos niños estudiosos con buenas notas, a raíz del problema su rendimiento bajo sin deseos de ir al colegio, se sienten muy tristes solos por los problemas entre sus padres, un niño de 7 años una niña de 4 años sufren a causa de la infidelidad de su padre. Refieren que como cristianos que Dios les perdone y les de la oportunidad de solventar sus problemas y lograr ser felices con sus hijos por siempre esperan cambios muy pronto.

En su apariencia son personas muy limpias, bien peinadas con actitudes de cooperación su conducta tiene coordinación son muy ágiles con movimientos buenos, su lenguaje es normal con un curso de pensamiento de producción, perseverantes el contenido del pensamiento actual percepciones, ideas de referencia con fobias. Con percepciones, alucinaciones y sentimientos profundos. Su humor es expansivo muy eufórico y triste con depresión en su afecto es adecuado y congruente. Con buena inteligencia y habilidades intelectuales y el deseo de vivir triunfar en la vida. Con una memoria lógica sus impulsos por el momento son agresivos presentan temor y culpa por los trastornos sexuales de pareja siendo personas confiables.

7. Diagnóstico Multiaxial

Axis Eje I Trastornos sexuales y de ansiedad por separación, trastornos por estado de ánimo, trastornos del sueño.

Eje II sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Problemas relativos al grupo de apoyo, problema psicosociales y ambientales.

Eje V EEAG 80 – 71

8. Pronóstico

Favorable

9. Tratamiento

Atención terapéutica psicológica.

4.3 Programa de capacitación

Logros

Se atendió a un 90 % de todo el personal, del distrito tres, de Sacatepéquez. Que trabajan en bienestar y salud de las poblaciones. Se realizaron charlas que son orientadoras, motivacionales para dar un buen servicio a los pacientes que asisten a los diferentes centros de salud; puesto de salud, de los municipios colonias, aldeas y caseríos.

Se atendió a un grupo de promotores de la salud, del municipio de San Juan Alotenango, para desarrollar una buena promoción de sanidad y una buena salud mental. Participaron 24 personas entre señoras y señoritas, con su técnico de salud. Se atendió a un grupo de señoras del servicial de la mujer en la Municipalidad de Juan Alotenango desarrollan el tema de salud mental.

Limitaciones

Falta de un lugar adecuado para las presentaciones y charlas el centro de salud no cuenta con clínica o salón para las reuniones. El tiempo es un factor muy importante porque el personal siempre está ocupado, por la asistencia de pacientes a las diferentes áreas que se atiende en el centro de salud. No existe un día adecuado para reuniones de capacitación las que se realizan son sesiones de trabajo.

Conclusiones

1. Cada charla fue motivacional, para los asistentes las cuales eran temas importantes, para lograr el efecto de estos procedimientos; los cuales refuerzan, con la aplicación de prácticas tendentes a desarrollar con los contenidos de los temas. Se desarrollaron con el propósito de capacitar ayudar a quienes trabajan con el fin de atender a personas con problemas de salud.

2. Se requiere una esmerada capacitación de los médicos paramédicos, enfermeras, y técnicos de salud; para que puedan enfrentar los desafíos propuestos por los cambios que ocurran. Se trata de brindarles recursos de actualización permanente, darles acceso a las propuestas de especialistas y facilitarles la ayuda necesaria.

3. Satisfacer sus necesidades personales, y las necesidades de los pacientes; con rendimiento, en el trabajo dentro de las clínicas y oficinas, inventar métodos para superar dificultades, modificar sobre la marcha ritmos o temas que fortalezcan, atreverse a reemplazar las secuencias “lógicas” (ordenamiento cronológico, por área de dificultad, etc.) por un dinamismo más fecundo, aunque más difícil de controlar.

Recomendaciones

1. Se recomienda a los directores del distrito tres, que busque una buena forma para capacitar a su personal, que labora en el centro de salud en el municipio de San Juan Alotenango con un lugar apropiado para el desarrollo de las charlas y presentaciones.
2. Se recomienda a todo el personal que forma parte de la rama de salud, que se involucren en las charlas y capacitaciones las cuales serán de ayuda para su desarrollo personal y laboral.
3. Se recomienda a enfermeras que atiendan con amor y paciencia a los pacientes quienes asisten a las clínicas por necesidad. Que sean profesionales con principios y valores, en el desarrollo de su trabajo en el centro de salud.

4.4 Presentación de contenidos de las charlas y talleres dados

Programas

Fecha 19 de marzo 2009

Hora 14:00 a 16:30 p.m.

Actividad: Capacitación a promotores de la salud

Charla Motivacional “Salud Mental”

Responsable: Técnico en salud rural, Sr. Manuel Xitumul Jerónimo

Técnico de salud, inicio con una dinámica

Lectura de tareas realizadas por secretaria de grupo
Charla Motivacional por Practicante Carlos Armando González García
Despedida de reunión por técnico de salud.

Agenda de actividad

- 4 Instalación de cañonera
- 5 Presentación de tema
- 6 Desarrollo del tema “Salud Mental”
- 7 Dinámica y despedida

4.5 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

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

Dicho proyecto se llevará a cabo en las instalaciones de la municipalidad de Acatenango el día diecinueve de septiembre del presente año, con el fin de dar a conocer a los habitantes de la localidad temas de importancia relacionados con el abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental. Los temas que se compartirán son importantes para la promoción de Salud mental en la población del municipio. También se proporcionará espacios para brindar tratamiento psicológico a niños, jóvenes y adultos como un servicio gratuito a la comunidad.

Objetivos

General

Proporcionar a la población del municipio de Acatenango del departamento de Chimaltenango un programa inicial de salud mental y asistencia psicológica para contribuir con la recuperación de los diferentes problemas emocionales y psicológicos de niños jóvenes y adultos.

Específicos

Conocer casos de niños jóvenes y adultos que necesiten atención a problemas emocionales y psicológicos, con la finalidad de contribuir a un desarrollo integral pleno al que cada persona tiene derecho. Proporcionar información acerca de los temas de abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental a través una serie de talleres, con el objeto de guiar a la comprensión de los problemas que actualmente atraviesa la población.

Metodología

- a) El proyecto dará inicio con la asignación de comisiones y asignación de temas a impartir en cada taller.**
- b) Luego se efectuarán las gestiones correspondientes para establecer el lugar y fecha de realización del proyecto.**
- c) El evento será promovido a través de una manta publicitaria, cartas de invitación y volantes publicitarios.**
- d) Las personas interesadas en la asistencia psicológica deberán recoger su tiket previo al día del evento, para brindarle la atención de manera organizada.**
- e) El grupo de estudiantes se organizará en parejas para llevar a cabo los talleres y la atención psicológica de manera simultánea en diferentes instalaciones.**
- f) Se impartirán tres talleres de cuarenta minutos cada uno, a partir de las ocho de la mañana con un intervalo de veinte minutos entre cada taller, con los temas de abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental.**

Justificación

Actualmente la población se desenvuelve en un contexto donde existen problemas de diferente índole, en muchos de ellos es beneficioso el conocimiento y actuar de los profesionales en psicología para fortalecer principios que permitan el desarrollo integral de la población en general. Lamentablemente los servicios de dichos profesionales, no son accesibles a toda la

población de la misma manera que se necesitan. Es por tal motivo que Universidad Panamericana se propone contribuir con las comunidades, llevando a cabo Proyectos de Salud Mental con los estudiantes de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social. Este proyecto se realizará con el propósito de beneficiar a la población de la localidad a través de atención psicológica a niños, jóvenes y adultos, así como dar a conocer temas de importancia tales como: el abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental.

Programa

- 1. El proyecto dio inicio con la asignación de comisiones y asignación de temas a impartir en cada taller.**
- 2. Luego se efectuaron las gestiones correspondientes para establecer el lugar y fecha de realización del proyecto.**
- 3. El evento se promovió a través de una manta publicitaria, cartas de invitación, volantes publicitarios y anuncios en la radio Estéreo Manantial de Acatenango.**
- 4. A personas interesadas en la asistencia psicológica se les entregaron tickets el día del evento, para una mejor atención.**
- 5. El grupo de estudiantes se organizaron en parejas para llevar a cabo los talleres y la atención psicológica de manera simultánea en diferentes instalaciones.**
- 6 Se impartirán tres talleres de cuarenta minutos cada uno, a partir de las ocho de la mañana con un intervalo de veinte minutos entre cada taller, con los temas de abuso y violencia de género, problemas emocionales y salud mental.**

Logros

Se alcanzó atender a un 10 % de personas que asistieron a la Municipalidad, de Acatenango, departamento de Chimaltenango. En donde se desarrollo un proyecto de salud mental; atendiendo a los pacientes con atención de psicología. También se impartieron charlas de salud mental, relaciones humanas y otras las cuales ayudaron y fortalecieron a todos los asistentes lo realizado fue una labor excelente.

Limitaciones

Falta de recurso y espacio donde poder atender mejor a los pacientes, lo necesario para el desarrollo de la actividad tiempo, equipo, y motivación. Hace falta un psicólogo en el municipio para atender de forma especializada las diferentes necesidades, y problemas emocionales o de salud mental que existen. Falta de interés en paciente para asistir a las sesiones terapéuticas.

Conclusiones

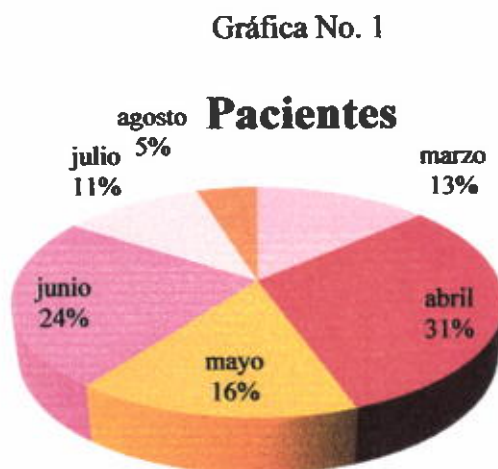
1. Acatenango es un municipio de pocos habitantes, compuesto de varias aldeas y caseríos; los cuales rodean el pueblo o el casco municipal. En este trabajo se conoció la gran necesidad de los habitantes de ser atendidos por profesionales y terapeutas para poder vivir con buena salud mental.
2. Al final de este trabajo se encontró lo importante que son, los proyectos de salud mental por que son de ayuda para las comunidades, existen personas con necesitan atención psicológica.
3. Se observar que hay falta de conocimiento sobre lo que es la atención psicológica por que tienen la idea que es solo para locos.

Recomendaciones

1. Se recomienda a la municipalidad de Acatenango capacitar a los promotores de salud mental, para que ellos den a conocer cual es el papel que desempeña la psicología.
2. Se recomienda al Sr. Alcalde apoyar al centro de salud para poder tener el espacio de atención psicológica. A sí ayudar a la sociedad de Acatenango.
3. Se recomienda a las próximas generaciones de la Universidad Panamericana realizar proyectos de salud mental en los municipios o aldeas donde no tienen acceso a un hospital, o no hay un psicólogo.

4.6 Gráficas y análisis de resultados

Gráfica de atención a pacientes por mes

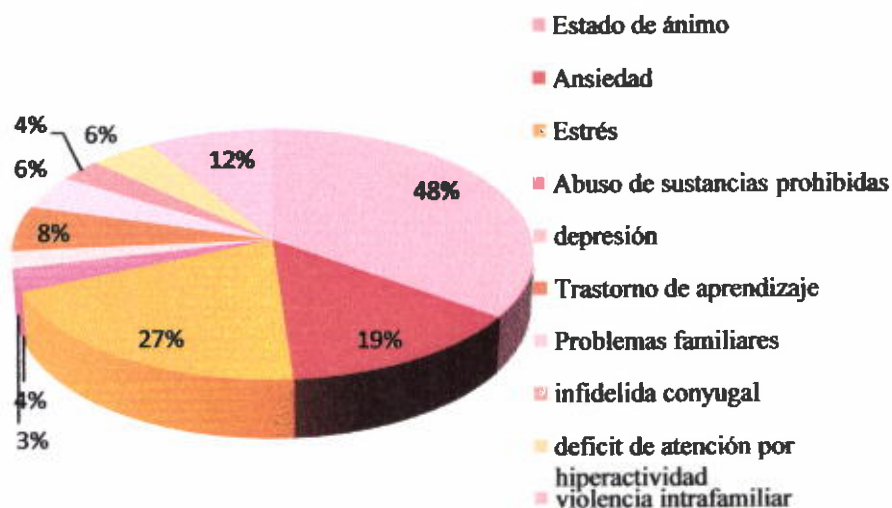


Fuente propia

Gráfica de casos atendidos y problemas descritos

Gráfica No. 2

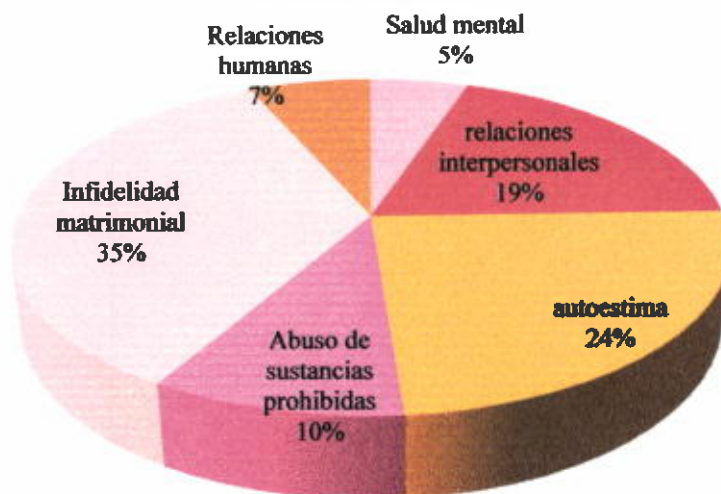
Problemas



Gráfica de capacitaciones realizadas

Gráfica No. 3

Asistentes



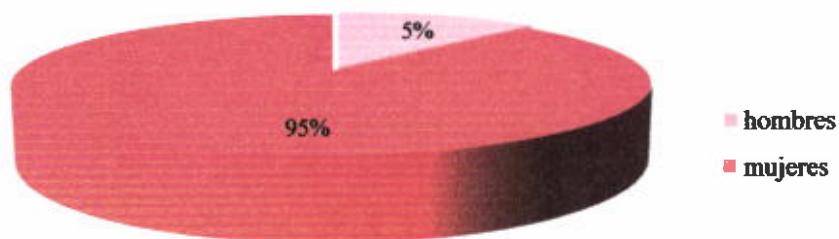
Fuente propia

Gráficas del programa salud mental

Número de personas atendidas individualmente

Hombres	Mujeres	Total
2	14	16

Gráfica No. 4

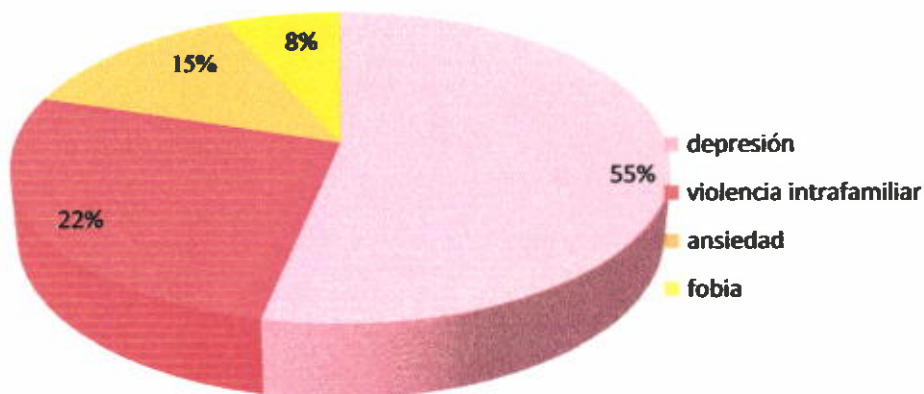


Fuente propia

e) Problemas más frecuentes en proyecto de salud mental

	Problemas descritos	Cantidad
1	Depresión	8
2	Violencia intrafamiliar	4
3	Ansiedad	2
4	Fobia	1

Gráfica No. 5



Fuente propia

4.7 Análisis de gráficas según sus datos

En las gráficas se denotan las personas que fueron atendidas durante los meses de atención clínica psicológica en el centro de salud de San Juan Alotenango, Sacatepéquez. Desde marzo a agosto del año en curso, atendiendo niños y niñas 3 años a 11 años, adolescentes de 13 años a 20, y adultos 21 años a 60 años.

Casos que se atendieron trastornos de depresión, ansiedad, estrés, infidelidad conyugal, ansiedad por separación, déficit de atención por hiperactividad, trastorno de aprendizaje, trastorno de comunicación, violencia intrafamiliar y abuso sexual. En las gráficas muestran resultados de logros y aprendizaje en la atención psicológica. En algunos casos se realizaron 12 sesiones en otros las personas dejaron de asistir sin ninguna razón la relación terapéutica fue profesional con ética tratando de ayudar a los pacientes en los diferentes problemas.

Análisis descriptivo; de los resultados obtenidos

1. Se alcanzó con las capacitaciones realizadas atender 90% de promotores, enfermeras y personal del centro de salud con buenos resultados. Las charlas fueron agradables, dinámicas la asistencia a los talleres preparados fue lograda. Se alcanzó atender a un 75 % de los pacientes que asisten a el centro de salud con el propósito de ser atendidos, en algunos casos pacientes manifestaron la ayuda que recibieron de este programa de psicología, otras personas siguen su tratamiento otros fueron referidos al hospital general donde existe atención psicológica.

2. Las gráficas muestran los casos que fueron atendidos en el mes de marzo atendiendo a 14 personas con diferentes trastornos y problemas emocionales entre niños, niñas, jóvenes, señoritas y adultos. En los siguientes meses abril se atendieron 14 personas se realizaron 82 sesiones, En mayo 12 personas 60 sesiones, en junio 9 personas 56 sesiones, en julio 8 personas 42 sesiones y agosto 5 personas 17 sesiones, logrando darle atención psicológica.

3. En las gráficas de talleres de capacitación se muestra que fueron atendidos 276 personas, realizando un charla por mes desde marzo a agosto, con diferentes temas entre ellos salud mental, autoestima, relaciones humanas, abuso de sustancias prohibidas, y infidelidad; logrando capacitar a un 65 % del personal del centro de salud y otras áreas que se atendieron.

4. En la gráfica de proyectos de salud mental; se atendieron a personas de forma individual a 34 y grupalmente a 185, con los tema de “Infidelidad Matrimonial” proyecto que se realizó en la Iglesia de Dios Evangelio Completo, ha donde se invitaron a miembros locales y a los pacientes que se estaban siendo atendidos en el centro de salud, otro de los temas que se impartió “Salud Mental” proyecto que se realizo en el municipio de Acatenango, tema “Abuso de sustancias prohibidas” proyecto taller que se compartió con los miembros de alcohólicos anónimos de municipio de san Juan Alotenango con excelentes resultados se realizaron estos proyectos.

Conclusiones

1. Al final de este trabajo resta decir que con la intención de llenar las expectativas y cumplir con lo propuesto han quedado expuestos los principales conceptos y teorías en cuanto a lo que fueron los temas de investigación; hecho de una manera muy explícita y condensada posible, quedan en las páginas anteriores conceptos que han de servir de mucho para el ejercicio profesional.

2. Los valores, concebidos como todas aquellas cosas y personas que son estimadas a los ojos del individuo, son la base para la conformación y la convivencia de las familias y sociedades justas. Estos se encuentran en su base y en el desarrollo normal de cada individuo.

3. Es importante que existan investigadores que se interesen en desarrollar y examinar el contexto necesario; para que se asocien con efectos clínicamente significativos en los pacientes; los tratamientos deben ser con niveles deseados de eficacia, que llene las expectativas y necesidades de la sociedad, y los profesionales e investigadores expertos contribuyan de manera importante en los diferentes trastornos emocionales y psicológicos.

4. El criterio general de la participación individual o de grupo es el de la presencia de determinado trastorno emocional, que requiera de una acción terapéutica; al rebasar los recursos individuales del individuo y de su sistema de apoyo para que pueda enfrentarse así mismo, para su solución. Aún cuando los criterios, en cuanto al número de participantes, edades, tipo de trastorno, pueden variar.

5. Si se detectan problemas psicológicos que afecten a la comunidad, se propone el presente contenido, para que con ello se pueda alcanzar un amplio conocimiento en los fenómenos, incidencias, dolencias y pormenores de un flagelo que cada día afecta enormemente el núcleo familiar, incidiendo en alto grado en la descomposición de la sociedad.

6. La violencia intrafamiliar, es un problema con diferentes etapas en el ser humano desde la infancia, pasando por la adolescencia, la juventud, la vida de pareja hasta llegar a la longevidad, donde se debe actuar con un tratamiento que sea de lenguaje fácil y comprensivo, abordando de la misma manera las herramientas para la prevención haciendo énfasis en lo comunitario, lo personal y lo familiar.

7. En el trabajo de campo demostró que no es suficiente con tener el aprendizaje de una forma abstracta, es necesario llevarlos al terreno de la práctica. En otras palabras, es importante que los profesionales conviertan su preparación en herramientas para ayudar. Solamente así la psicología emergerá en cada seno familiar.

Recomendaciones

- 1. Es de suma importancia que los estudiantes, egresados de la universidad, sigan siendo fortalecedores de la sociedad guatemalteca, ya que para esto son inculcados por las instituciones responsables. En primer lugar, en las familias donde se tendrán mejores y mas efectivos resultados. Sin embargo la influencia que la psicología en valores tiene a partir de la familia, la escuela, la iglesia, es enorme y decisiva.**
- 2. Tanto hombres y mujeres de 21 – 64 años como sus familias deben de reconocer el grado de responsabilidad que tiene en los serios problemas personales, emocionales, de aprendizaje, que aquejan a la mayoría de sus seres queridos y acudir a la atención psicológica que se ofrece en los hospitales y centros de salud para su mejoría.**
- 3. La recomendación de la psicología a todas las familias es para que asistan regularmente a las terapias, cuales se realizan individual o de grupo, el propósito es fortalecer y ayudar, a la sociedad clínicamente con especialidades terapéuticas.**
- 4. A las familias de San Juan Alotenango; se les recomienda aceptar la responsabilidad de acudir a sus citas de atención psicológica, para un mejor desarrollo del ejercicio terapéutico que se ofrece, en ayuda a la población, de parte de los practicantes de la Universidad Panamericana de Guatemala.**

Referencias

Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G., Recinos. (2000) *Conductas problema en el niño anormal*. España Editorial Trillas

Collins, Gary. *Consejería Cristiana efectiva*. Editorial Portavoz

Ellis. *Terapia Racional Emotiva*. Moreno, El Psicodrama.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México

Belloch A. Sandin B. & Ramos. (1997) *Manual de Psicopatología*, F. España McGraw Hill, primera edición, México

Barlow D. Y Durand. M. *Psicología Anormal*. Thomson Learning. Edición México

González Nuñez José de Jesús. *Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno

Rogers, Carl *Terapia Centrada en el Cliente*. Sullivan, Harry Stack *La Entrevista Psiquiátrica...* Edit. Psique

Bellak y Small *Psicoterapia breve y de Emergencia...* Edit. Pax

Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997; 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology.

Craig, grace. *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall

Jacobs. *Esa Voz Interior*. Editorial Clie

Kolb, L *Psiquiatría Clínica Moderna...* Prensa Médica Mexicana

Dorch, f. *Diccionario de Psicología*. Herder

American Psychiatric Press, 2000. - Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, 9^o edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003. <http://www.eutimia.com/trmentales/estresag...htm>
<http://www.eutimia.com/trastornosmentales/obscomp.htm>

Comportamental.com Psicodirectorio.com

De la Fuente Ramón. *La Patología Mental y su Terapéutica*. Fondo de Cultura Económico; Depression, 1995; 3:3-12. <http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>.

http://es.wikipedia.org/wiki/Violencia_intrafamiliar

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index2.shtml>

<http://www.depresion.org/articulos/articulo.php?id=10>

<http://www.eutimia.com/trmentales/ansiedad.htm> - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^o edition Text Revised (DSM-IV TR). American Psychiatric Association.

http://www.mifarmacia.es/producto.asp?Producto=../contenido/articulos/articulo_s_depresion_uno o http://www.chile.com/tpl/articulo/detalle/ver.tpl?cod_articulo=55856

<http://www.sexovida.com/educacion/infidelidad.htm>. <http://www.calculadoradelamor.com/biblioteca/infidelidad/42/>

Psicologiapopular.com

Anexos


Anexos 1

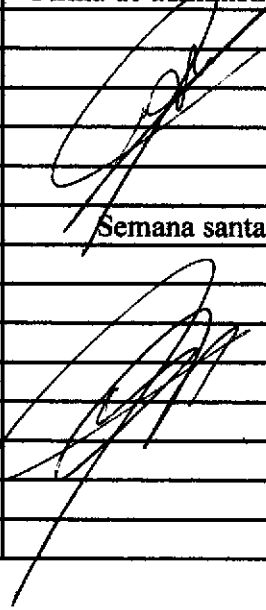
Horas de práctica realizadas en centro de práctica



Control de asistencia
Práctica profesional dirigida
Centro de Salud, San Juan Alotenango Sac.
practicante Carlos Armando González García.

No.	Semana	Horas de Práctica					total de Horas	Horarios	Firma de administración
		L	M	M	J	V			
1	04 - 06 de Marzo			X	X	X	12	8:00 a 12:00 am	
2	09 - 13 de Marzo	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
3	16 - 20 Marzo	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
4	23 - 27 Marzo	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
5	30 Marzo - 03 Abril	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
6	06 - 10 Abril								Semana santa
7	13 - 17 Abril	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
8	20 - 24 Abril	X		X	X	X	16	8:00 a 12:00 am	
9	27 Abril - 01 Mayo	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
10	04 - 08 Mayo	X	X	X	X		16	8:00 a 12:00 am	
11	11 - 15 Mayo	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
13	18 - 22 Mayo	X	X		X	X	16	8:00 a 12:00 am	
14	25 - 29 Mayo	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
	Totales	11	10	11	12	11	220		


Dr. Luis Francisco Roman Vargas
Centro de Salud Alotenango


Licenciada. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional dirigida



Control de asistencia

Práctica profesional dirigida

Centro de Salud, San Juan Alotenango Sac.

practicante Carlos Armando González García.

No.	Semana	Horas de Practica					total de Horas	Horarios	Firma de administración
		L	M	M	J	V			
1	01 - 05 de junio	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
2	08 - 12 de junio	X	X	X	X	X	20	8:00 a 12:00 am	
3	16 - 18 de junio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
4	23 - 25 de junio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
5	30 junio - 02 julio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
6	07 - 09 de julio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
7	14 - 16 de julio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
8	21 - 23 de julio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
9	28 - 30 de julio		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
10	04 - 06 de agosto		X	X	X		12	8:00 a 12:00 am	
	Totales	2	10	10	10	2	136		

Dr. Luis Francisco Roman Vargas
Centro de Salud Alotenango

Licenciada. Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional dirigida

Anexo 2

Control de asistencia de práctica profesional dirigida

Horas de práctica realizadas en el salón de clases y de campo.

Fecha	Hora entrada	Hora salida	Observaciones
17-01-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
24-01-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
07-02-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
14-02-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
21-02-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
28-02-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
07-03-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
14-03-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
21-03-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
28-03-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
16-05-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
17-05-09	08: 00 a.m.	20:00 p.m.	Investigaciones de temas
23-05-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
06-06-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
13-06-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
20-06-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
04-07-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
15-08-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
22-08-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
29-08-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
05-09-09	11:00 a.m.	13:00 p.m.	Asesoría de Practica
19-09-09	07:00 a.m.	15:00 p.m.	Proyecto de Psicología
26-09-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
03-10-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
10-10-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
17-10-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
24-10-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
07-11-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
14-11-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
21-11-09	08:00 a.m.	9:00 a.m.	Asesoría de Practica
27-03-09	07: 00 a.m.	05:00 p.m.	Investigaciones
10-09-09	07: 00 a.m.	10:00 p.m.	Trabajos e informe
20-10-09	07:00 a.m.	05:00 p.m.	Trabajos
Total			100 horas de práctica

Horas de práctica de actividades realizadas

Fecha	Hora entrada	Hora salida	Actividad
28-03-09	08:00 a.m.	05:00 p.m.	Investigar y trabajar temas
19-03-09	01:00 p.m.	18:00 p.m.	Charla y taller
25-03-09	07:00 a.m.	04:00 p.m.	Investigar y Trabajar tema
14-04-09	08:00 a.m.	04:00 p.m.	Charla
24-06-09	08:00 a.m.	06:00 p.m.	Investigar y Trabajar tema
14-07-09	08: 00a.m.	04:00 p.m.	Charla
05-08-09	10:00 a.m.	10:00 p.m.	Investigar y Trabajar temas
07-08-09	07:00 p.m.	10:00 p.m.	Charla
09-'8-09	08:00 a.m.	14:00 p.m.	Charla y taller
	Total	70	

Anexo 3

Constancia de control de supervisión



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Extensión Chimaltenango
 Práctica Profesional Dirigida

Control de Supervisión

Nombre de la Institución: Centro de Salud San Juan de los Rios, Sacatepéquez

Grado: EPS/psicología. Fecha: 7/8/9

Nombre de la (el) alumna (o) practicante de Práctica profesional Dirigida:

Carlos Armando González García.

A continuación encontrarás algunos aspectos a evaluar de la alumna (o) practicante de Psicología. Te pedimos seas honesta (o) en tus respuestas.

	Aspectos a Calificar	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
1.	Fue Puntual?	X			
2.	Asistió constantemente?		X		
3.	Dio orientación escolar haciendo actividades grupales?			X	
4.	Dio orientación vocacional pasando test?		X		
5.	Dio consejo vocacional?		X		
6.	Su trato con los alumnos fue adecuado?		X		
7.	Te aconsejó individualmente?		X		
8.	Quisieras que continuara la orientación escolar con el o ella?	X			
9.	Se presento vestido (a) adecuadamente?	X			
10.	Mantuvo la disciplina al dar los temas?	X			


 CENTRO DE SALUD SACATEPEQUEZ
 DIRECTOR
 CENTRO DE SALUD SACATEPEQUEZ

Anexo 4

Constancia de charlas impartidas y talleres

Alotenango, 13 de Marzo del 2,009.

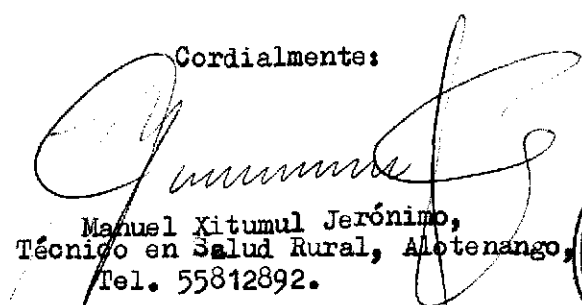
Señor:
Carlos Armando Gonzales,
E.P.S. Psicología.

Por medio de la presente me dirijo a usted deseándole bienestar al frente de sus actividades diarias.

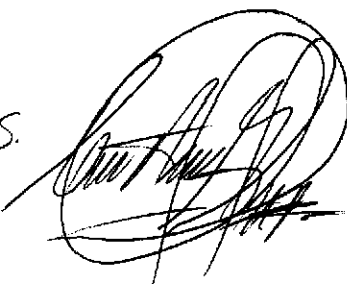
El motivo de la presente es solicitarle su valioso apoyo en brindar una charla sobre Salud Mental a un grupo de Promotores Voluntarios que se están capacitando en este centro de salud, el número de participantes es de 20 personas. Y la fecha de dicha actividad es el día Jueves 19 de Marzo del presente año, en horario de 14:00 a 16:00 horas.

Agradeciéndole de antemano su valioso apoyo, me suscribo de usted;

Cordialmente:


Manuel Xitumul Jerónimo,
Técnico en Salud Rural, Alotenango,
Tel. 55812892.



P.S. 

San Juan Alotenango 03 de Abril del 2009

Licenciado:

Carlos Armando González García
EPS de Psicología
Centro de Salud Alotenango, Distrito III


Estimado Licenciado:


Reciba un cordial y atento saludo.


En esta ocasión me dirijo a usted con la finalidad de informarle que el día martes 14 de abril del presente año se estará llevando a cabo una reunión de trabajo con el equipo de puestos y centro de salud en la que estamos esperamos contar con su presencia como parte del personal del Centro de Salud, en la que a la vez estamos solicitando su apoyo, a fin de brindar una Charla Educativa/Motivacional con el tema de Relaciones Interpersonales, dirigida al personal de los puestos y centro de salud del distrito III de Alotenango. La actividad programada para la presente fecha, dará inicio a las 8:30 y contando con su intervención a las 9:45 am.


Desde ya agradecemos por su apoyo y atención a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente,


Lourdes Montiel
Trabajadora Social
Centro de Salud de Alotenango




Vo.Bo. Dr. Luis Francisco Román Varg
Coordinador del Distrito III
Centro de Salud de Alotenango





IGLESIA DE DIOS EVANGELIO COMPLETO SAN JUAN ALOTENANGO, SACATEPÉQUEZ

Alotenango 20 de julio del 2,009.

Pastor: Carlos Armando González García
E.P.S. Psicología.

Por medio de la presente me dirijo a usted, deseándole múltiples bendiciones de nuestro Señor Jesucristo, en cada una de sus actividades diarias.

El motivo de la presente es para solicitarle su valiosa participación en el proyecto que la Iglesia desea realizar, el día domingo 9 de agosto del año en curso, con el propósito de brindar una charla motivadora con el tema "Infidelidad Matrimonial" a un grupo de parejas miembros de la Iglesia y personas invitadas que asisten al centro de salud a terapias psicológicas con un numero de 145 personas. En el horario de 9:00 a.m. a 12:00 a.m.

Agradeciendo de antemano su valiosa participación, me suscribo de usted,

Cordialmente:

José Concepción Sicajol Pamal
Coordinador de caballeros
Iglesia de Dios Evangelio Completo, San Juan Alotenango



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ASISTENCIA SOCIAL

Centro de Salud Tipo "B" Segundo Cantón
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Telefax ----7830-6005-----

San Juan Alotenango, 09 de Julio del 2,009.
Oficio No 187/2009
Ref. LFRV/grcc

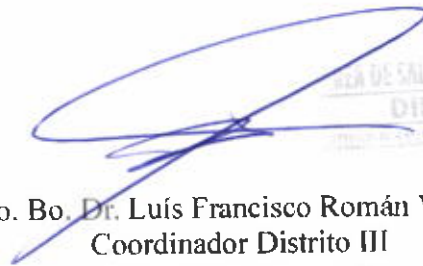
Para: Carlos Armando González
-EPS PSICOLOGIA 2009-

De: Lourdes María Montiel Santis
-Trabajadora Social Distrito III-

De manera muy atenta me dirijo a Usted, deseándoles éxitos en sus labores diarias. El motivo de la presente es para solicitar su apoyo para exponer el tema de Autoestima dirigido al personal de los Puestos y Centro de Salud en la reunión del Distrito III la cual se llevará a cabo el día Lunes 13 de julio de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. en el Salón de Reuniones del Puesto de Salud de San Antonio Aguas Calientes.-

Sin otro particular y agradecer de antemano su pronta y fina respuesta, me suscribo de usted,

Atentamente,



ÁREA DE SALUD SACATEPEQUEZ
DIRECTOR

Vo. Bo. Dr. Luis Francisco Román Vargas
Coordinador Distrito III
San Juan Alotenango, Sac.

Anexo 5
Fotografias

Licda. Servicio social



Asistentes charla salud mental



Alumno García González, Carlos Armando



Sala de espera



Farmacia del centro de salud



Educadora



Coordinadora de técnicos



Secretaria de información

Asistente de administración



Coordinadora de enfermería



Atención a pacientes



Pacientes



Dr. Julio Roberto Pérez Castillo



Atención por enfermeras



Charla Infidelidad matrimonial



Alumnos de Upana proyecto, en Acatenango municipio de Chimaltenango



Anexo 6

Glosario de términos técnicos

Glosario de términos

Afecto:

1. Aplanado

Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

2. Embotado

Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

3. Inapropiado

Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

4. Lábil

Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

5. Restringido o constreñido

Reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

✓ Afonía

Incapacidad para producir los sonidos del habla que requieren el uso de la laringe y que no se debe a una lesión del sistema nervioso central.

✓ Agitación (agitación psicomotora)

Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

✓ Alogía

Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla).

A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

✓ Alucinación

Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente.

El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente.

El término alucinación no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se sueña, cuando se concilia el sueño (hipnagógicas) o cuando se produce el despertar (hipnopómpicas). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias.

✓ Tipos de alucinaciones:

1. Auditiva

Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza.

2. Congruente con el estado de ánimo

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

3. Gustativa

Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).

4. No congruentes con el estado de ánimo

Síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

5. Olfativa

Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

6. Somática

Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.

7. Táctil

Alucinaciones que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel).

✓ Visual

Alucinación que implica ver sea imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, sea imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

✓ Amnesia

Pérdida de memoria. Hay dos tipos:

1) Anterógrada

Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico.

2) Retrograda

Pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico.

✓ **Ansiedad**

Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

✓ **Ataxia**

Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario.

✓ **Atención**

Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

✓ **Avolición**

Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológico, la abolición es generalizada e impide que el sujeto complete distintos tipos de actividad (p. ej., trabajo, tareas, intelectuales, autocuidado).

✓ **Catalepsia**

Flexibilidad cérea: mantenimiento rígido de una posición corporal durante un período prolongado de tiempo.

✓ **Cataplejía**

Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

✓ **Comportamiento catatónico**

Importantes anormalidades motoras que incluye inmovilidad motora (estos es, catalepsia o estupor), ciertos tipos de actividad motora excesiva (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a

seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizad) o mutismo, ciertas posturas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.

✓ Crisis de angustia

Períodos discretos en lo que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis hay síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, y miedo a volverse loco o perder el control.

Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (no suscitadas) cuando el inicio de la crisis no se asocia con un precipitante situacional, ocurriendo como “llovido del cielo”; determinada situacionalmente, cuando la crisis ocurra casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional (“señal”) o en su anticipación; y predispuesta situacionalmente, cuando la crisis tienda a producirse en la exposición a un precipitante situacional, pero no se asocia invariablemente con él.

✓ Descarrilamiento

(“perdida de asociaciones”) patrón del lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna o sólo están relacionados tangencialmente. Al pasar de una frase u oración a otra, el sujeto cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar entre oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

✓ Desorientación

Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

✓ **Despersonalización**

Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (p. ej., sintiéndose como si uno estuviera soñando).

✓ **Desrealización**

Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (p. ej., las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

✓ **Disartria**

Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

✓ **Discinesia**

Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

✓ **Disforia por la identidad sexual**

Disgusto persistente por algunas, o todas, de las características físicas o papeles sociales que connotan el propio sexo biológico.

✓ **Disociación**

Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

✓ **Disomnia**

Trastornos primarios del sueño o del despertar caracterizado por insomnio o hipersomnias como principal síntoma actual. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

✓ **Dispersión**

Descarrilamiento.

✓ **Distonía**

Alteración del tono muscular.

✓ **Distraibilidad**

Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

✓ **Ecolalia**

Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

✓ **Ecopraxia**

Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

✓ **Estado de ánimo**

Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la presión, alegría, cólera y ansiedad. A diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el “tiempo” emocional, el estado de ánimo se refiere a un “clima” emocional más persistente y sostenido.

Estos son los tipos de estado de ánimo:

✓ **Disfórico**

Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.

✓ **Elevado**

Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente “arriba”, “en éxtasis”, “en la cima del mundo” o “por las nubes”.

✓ Eutímico

La gama “normal”, que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

✓ Expansivo

Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significativo o importancia propios.

✓ Irritable

Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

✓ Estado intersexual

Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

✓ Estresante psicosocial

Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

✓ Estupor

Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

✓ Fase residual

La fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

✓ Fobia

Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

✓ Fuga de ideas

Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

✓ Grandeza

Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, la grandeza puede alcanzar proporciones delirantes.

✓ Habla apremiante

Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aún cuando nadie le escuche.

✓ Hiperacusia

Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

✓ Hipersomnia

Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados.

✓ Idea delirante

Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree ya pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej., no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuum y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo.

Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido.

Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes:

✓ Celos delirantes

Idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual.

✓ Congruente con el estado de ánimo

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

✓ De grandeza

Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

✓ De referencia

Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

✓ De ser controlado

Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo.

✓ Disfunción del pensamiento

Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros.

✓ **Erotomaniaca**

Idea delirante de que otra persona, habitualmente de status superior, está enamorada del sujeto.

✓ **Extraña**

Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

✓ **Inserción del pensamiento**

Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente.

✓ **No congruente con el estado de ánimo**

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

✓ **Persecutoria**

Idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él.

✓ **Somática**

Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

✓ **Idea sobrevalorada**

Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el sujeto.

✓ **Idea paranoide**

Ideación que implica sospechas o creencias de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de un idea delirante.

✓ **Ideas de referencia**

Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

✓ **Identidad sexual**

Convicción interna de una persona acerca de ser hombre o mujer.

✓ **Ilusión**

Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, por ejemplo, escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces.

✓ **Incoherencia**

Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones.

La incoherencia a veces ha sido denominada “ensalada de palabras” para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

✓ **Insomnio**

Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño.

Estos son los tipos de insomnio:

✓ **Insomnio inicial**

Dificultad para conciliar el sueño.

✓ **Insomnio medio**

Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades.

✓ **Insomnio terminal**

Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

✓ **Lentitud psicomotora**

Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

✓ **Necropsia**

Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son.

✓ **Mecanismo de defensa**

Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., proyección, dicotomización y “acting out”) son casi siempre desadaptativas. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativas o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

✓ **Medicamento agonista**

Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

✓ **Medicamento agonista/antagonista**

Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos μ , δ , κ), de manera que es una agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro.

✓ **Medicamento antagonista**

Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupan un receptor, no produce efectos fisiológicos e impiden que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

✓ **Micropsia**

Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

✓ **Movimientos Estereotipados**

Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funciona (p. ej., sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, mordisquear objetos, automorderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

✓ **Nistagmo**

Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

✓ **Papel o rol sexual**

Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente “masculinos” o “femeninos”.

✓ **Parasomnia**

Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

✓ **Pensamiento mágico**

Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán y evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

✓ **Personalidad**

Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativas y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

✓ **Pródromo**

Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

✓ **Psicótico**

Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinantes prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico).

A diferencia de estas definiciones basadas, en síntomas, la definición utilizada en el DSM-II y en el CIE-9 era probablemente demasiado inclusiva y se centraba en la gravedad de la incapacitación funcional, de modo que un trastorno mental era denominado psicótico si daba lugar a “una alteración que interfiere seriamente en la capacidad para satisfacer exigencias corrientes de la vida”.

Finalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad, Basándose en sus rasgos característicos, los distintos trastornos del DSM-IV subrayan diferentes aspectos de las definiciones de psicótico.

✓ Retrospectiva

Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

✓ Sexo

Status biológico de una persona en cuanto hombre, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

✓ Signo

Manifestación objetiva de un estado patológica. Los signos son observados por el clínico más descritos por el individuo afectado.

✓ Síndrome

Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéuticas comunes.

✓ Sinestesia

Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (p. ej., un sonido produce la sensación de un color particular).

✓ **Síntoma**

Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

✓ **Síntoma de conversación**

Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica.

Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionalmente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

✓ **Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo**

Ideas delirantes a alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maniaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido.

Si el ánimo es maniaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

✓ **Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo**

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maniaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

En el caso de la manía, los delirios o alucinaciones no extrañan temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

✓ Tic

Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.

✓ Transexualismo

Importante disforia por identidad sexual asociada a un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan el otro sexo biológico.

✓ Encuadre

Acción de orientar la cámara de manera que el visor delimite exactamente el campo que se desea abarcar.

✓ Rapport

Nos entendemos muy bien, Sabio, docto, diestro. Entregarse darse a alguien por afecto no hacerse el sordo, aparentar que no se ha entendido algo que le atañe. Se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta.

✓ Transferencia

Acción y efecto de transferir, movimiento de datos de un soporte a otro, desde una posición a otra dentro del mismo soporte o de una posición de memoria a otra.

Fenómeno por el cual los individuos conjugantes de ciertos protozoos ciliados, como el paramecio, se intercambian parte del citoplasma.

✓ **Contratransferencia**

Es con que se denota la oposición y contrariedad de una cosa con otra, es el concepto opuesto o contrario a otro. Es el efecto de transferir contrariamente el movimiento de datos.

✓ **Insight**

Muy perspicaz, Dicho de la vista, de la mirada, etc.: Muy agudas y que alcanzan mucho. Dicho del ingenio: Agudo y penetrativo. Dicho de una persona que tiene este ingenio.

✓ **Discrepancia**

Diferencia que resulta al comparar las cosas entre sí. Disentimiento personal.