

PPD-ED-67
R457

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



**Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en la Liga
Guatemalteca de Higiene Mental en el departamento de Chimaltenango**
(Informe de práctica profesional dirigida)

Carol María Reyes Osterberg

Chimaltenango noviembre 2010



15 FEB 2011

BIBLIOTECA UPANA I. 16.654
Q. 100-

**Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en la Liga
Guatemalteca de Higiene Mental en el departamento de Chimaltenango**
(Informe de práctica profesional dirigida)

Carol María Reyes Osterberg (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Chimaltenango noviembre 2010

DICTAMEN APROBACION
PARA ELABORAR INFORME DE
PRACTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

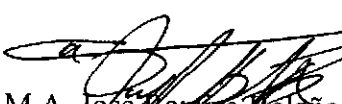
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
UNIVERSIDAD PANAMERICANA


ASUNTO: **Carol María Reyes Osterberg** 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. 015 10/2010

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: **"Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental en el departamento de Chimaltenango"**. Está 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, la estudiante: **Carol María Reyes Osterberg** 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 Rivas
Facultad de Ciencias de la Educación
Decano



C.C. Archivo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, noviembre de dos mil diez. —

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

Carol María Reyes Osterberg

*Quien se identifica con número de carné 0601821 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

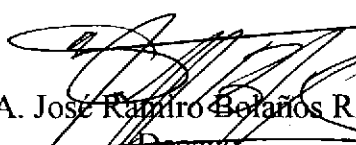
UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION, Guatemala, uno de febrero del año dos mil once.-----

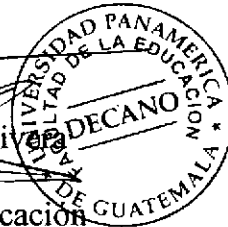
En virtud de que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida con la temática: **Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental en el departamento de Chimaltenango.** Presentado por la estudiante **Carol María Reyes Osterberg**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que se continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Karen Dubón
Revisor (a)

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. Guatemala a los tres días del mes de febrero del dos mil once.-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental en el Departamento de Chimaltenango**. Presentado por la estudiante **Carol María Reyes Osterberg**, previo a optar al Grado Académico de **Licenciatura en Psicología y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


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





UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias de la Educación
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

Guatemala, Abril de 2010

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

Respetable Licenciado:

La saludamos deseándole muchas bendiciones y éxito en sus labores. Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración con esta casa de estudios para que el alumno practicante de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, **Carol María Reyes Osterberg** pueda realizar su práctica profesional dirigida como un requisito de egreso.

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

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

Atentamente,

Licda. Sonia Pappa
 Catedrática de Práctica

Licda. Helma Sánchez
 Coordinadora de Práctica Chimaltenango

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
 Centro Comunitario de Salud Mental,
 Chimaltenango
 Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
 COORDINADOR

Contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| | |
| Capítulo 1 Marco de referencia | 4 |
| 1.1 Descripción de la institución | 4 |
| 1.2 Misión | 4 |
| 1.3 Visión | 5 |
| 1.4 Organigrama de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental | 5 |
| 1.5 Objetivos | 6 |
| 1.6 Población que atiende | 6 |
| 1.6.1 Descripción de la población | 7 |
| 1.7 Planteamiento del problema | 7 |
| | |
| Capítulo 2 Referente teórico | 8 |
| 2.1 Violencia intrafamiliar | 8 |
| 2.2 La psicopatología | 18 |
| 2.2.1 Principales trastornos psicopatológicos | 19 |
| 2.2.1.1 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | 19 |
| 2.2.1.2 Trastornos psicóticos | 30 |
| 2.2.1.3. Trastornos del estado de ánimo | 36 |
| 2.2.1.4 Trastornos de ansiedad | 46 |
| 2.2.1.5 Trastornos somatomorfos | 51 |
| 2.2.1.6 Trastornos sexuales | 54 |
| 2.2.1.7 Trastornos de la conducta alimentaria | 60 |
| 2.2.1.8 Trastornos de la personalidad | 67 |
| 2.3 Métodos de psicodiagnóstico | 74 |
| 2.3.1 Etapas del psicodiagnóstico | 75 |
| 2.3.2 Informe psicológico | 77 |
| 2.3.3 Historia clínica | 77 |
| 2.3.4 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM | 84 |
| 2.3.5 Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10 | 86 |

| | |
|---|-----|
| 2.3.6 Guía Latinoamericana de Trastornos Psiquiátricos GLADP | 87 |
| 2.3.7 Tests psicológicos | 88 |
| 2.4 Psicoterapia | 91 |
| 2.4.1 Competencias de la psicoterapia | 92 |
| 2.4.2 Características deseables del terapeuta | 93 |
| 2.4.3 La interacción terapéutica | 94 |
| 2.4.4 Formas de psicoterapia | 96 |
| 2.4.4.1 Técnicas de tratamiento psicoanalítico | 96 |
| 2.4.4.2 Terapia cognitivo-conductual | 102 |
| 2.4.4.3 Psicoterapia grupal | 108 |
| 2.4.4.4 Terapias humanistas | 110 |
| 2.4.4.5 Logoterapia | 120 |
| 2.4.4.6 Terapias sistémicas | 123 |
| 2.4.4.7 Terapias alternativas o naturales | 128 |
| Conclusiones | 140 |
| | |
| Capítulo 3 Referente metodológico | 141 |
| 3.1 Programa de práctica profesional dirigida | 141 |
| 3.2 Cronograma de actividades | 145 |
| 3.3 Planificación general de actividades en el centro de práctica | 150 |
| 3.4 Subprogramas | 155 |
| 3.4.1 Programa de atención de casos | 155 |
| 3.4.2 Programa de capacitación | 156 |
| 3.4.3 Programa de aplicación de proyectos de salud mental | 157 |
| | |
| Capítulo 4 Presentación de resultados | 162 |
| 4.1 Programa de atención de casos | 162 |
| 4.2 Programa de capacitación | 179 |
| 4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental | 183 |
| 4.4 Gráficas y análisis de resultados | 190 |
| | |
| Conclusiones | 196 |
| Recomendaciones | 197 |
| Referencias | 198 |

Anexos

201

Anexo 1 Constancias

Anexo 2 Formatos utilizados

Anexo 3 Fotografías

Resumen

A continuación, se presenta el informe final de la práctica profesional dirigida, realizada en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental de Chimaltenango, en donde se brindó atención psicológica a población de todas las edades.

En este informe se describe la institución donde se llevó a cabo la práctica profesional dirigida, luego se detalla una investigación bibliográfica de cada uno de los problemas tratados durante el periodo de práctica.

Se incluye también el detalle de 3 subprogramas, iniciando con el programa de atención de casos que se realizó con pacientes asistentes a la consulta psicológica de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental de Chimaltenango, a través evaluaciones psicológicas, diagnóstico y tratamiento a cada caso específico. Se trabajó también el programa de capacitaciones, dirigido jóvenes de primero y segundo básico del Instituto Nacional de Educación Básica J.V. de El Tejar Chimaltenango en las instalaciones del centro de práctica, por medio de charlas, talleres vivenciales, ludoterapia, y en casos especiales se les brindó psicoterapia de forma individual o grupal de acuerdo a las necesidades de cada caso.

Se finalizó con el programa de proyecto de salud mental que se llevó a cabo en las comunidades de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango, con una jornada psicológica y médica, atendiendo a la población afectada por la tormenta tropical Agatha.

Introducción

La salud mental, de la población se ve deteriorada producto del ambiente consumista, y violento que ha dado origen a problemáticas como la pobreza, el desarraigo y la discriminación, así como la existencia de conductas violentas en la comunidad y hogares que presentan hábitos negativos de los cuales se evidencian hogares desintegrados, falta de recursos económicos, falta de comunicación, violencia intrafamiliar, baja autoestima, alcoholismo, drogadicción, depresión, problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje y en algunos casos problemas de tipo sexual.

Muchas de las consecuencias del deterioro de la salud mental se ven reflejadas en actitudes como la desconfianza, pérdida de la identidad y de la autoestima, problemas psicológicos y manifestaciones somáticas, por lo cual la Universidad Panamericana brinda un aporte a las comunidades a través de sus profesionales en formación, teniendo como principal objetivo brindar atención en salud mental, así como apoyo psicológico a niños, niñas, adolescentes y adultos que necesitan de orientación, fortaleciendo los niveles de tolerancia al entorno en que se desenvuelven a través del proceso terapéutico.

Capítulo 1

Marco de referencia

Introducción

La Práctica Profesional Dirigida es una actividad en donde se aplican la psicología y consejería social en la resolución de problemas que afectan a la sociedad guatemalteca. Esta actividad de formación profesional se llevó a cabo en diferentes instituciones de servicio a la comunidad, como lo es la Liga Guatemalteca de Higiene Mental de Chimaltenango cuyos datos se detallan a continuación.

1.1 Descripción de la institución

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental es una institución dedicada a la prevención, promoción y atención de la salud mental, principalmente en los sectores de la población con mayor grado de vulnerabilidad social.

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental es una entidad privada no lucrativa, de carácter social, cuyo interés es trabajar por el bienestar psicosocial de las y los guatemaltecos. Fue fundada en el año de 1952. Sus fundadores son el doctor y humanista Jaime Barrios Peña y el Doctor Cesar Meza. Su personería jurídica fue otorgada por acuerdo gubernativo de fecha 25 de febrero de 1957, modificando sus Estatutos, también por acuerdo gubernativo, el 6 de noviembre de 1974. Desde su fundación, la Liga ha sido de las instituciones pioneras en el trabajo de promoción de la salud mental en Guatemala. Actualmente el trabajo se desarrolla en 6 áreas de intervención, las cuales se fundamentan en los principios básicos de la salud mental.

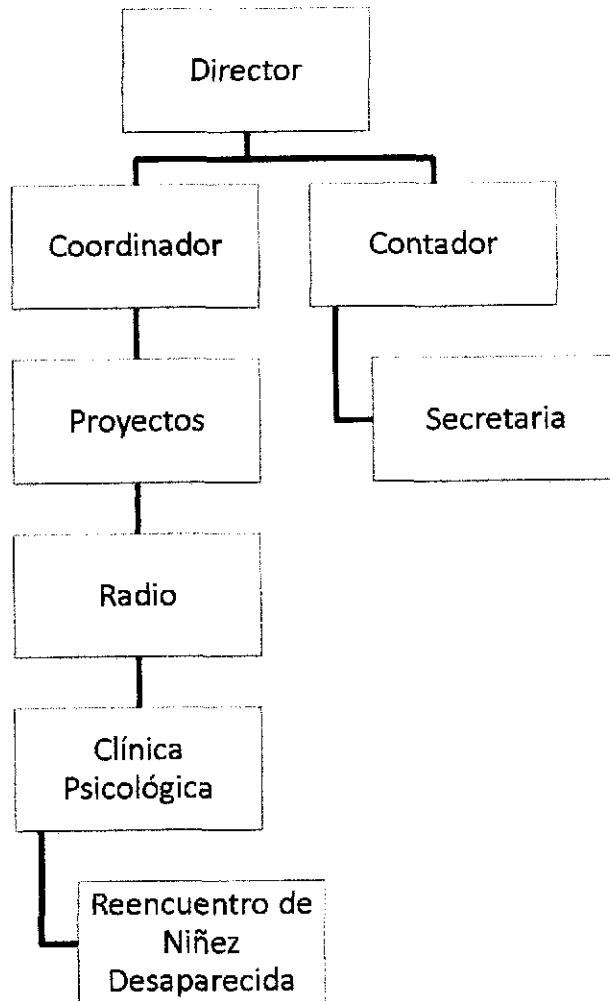
1.2 Misión

Contribuir a la prevención, promoción y atención de la salud mental de las y los guatemaltecos, principalmente de aquellos sectores de población con mayor grado de vulnerabilidad social.

1.3 Visión

- Brindar atención psicológica y capacitación a las y los guatemaltecos, con enfoque a la salud mental, contribuyendo de esta manera al mejor desarrollo de la sociedad.

1.4 Organigrama de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental



1.5 Objetivos

Objetivo general:

- Brindar atención psicológica a personas que lo demanden, así como capacitar a padres, maestros, estudiantes con temas de salud mental.

Objetivos específicos:

- Aportar en el posicionamiento de la salud mental como una necesidad en la vida cotidiana de la población guatemalteca.
- Contribuir a la formación de recursos humanos en la tarea de promoción y atención de la salud mental.
- Hacer investigaciones relacionadas con la situación de la niñez y juventud en Guatemala, particularmente en el campo del trabajo infantil y en afectaciones derivadas de la crisis sociopolítica de las últimas décadas.
- Desarrollar procesos de sensibilización y capacitación en la problemática de la violencia y la resolución alterna de conflictos con instituciones del Estado, entidades privadas y de naturaleza educativa.
- Desarrollar procesos de sensibilización sobre la salud mental en diversos medios de comunicación social, tanto de carácter nacional como local.

1.6 Población que atiende

Atiende a niños, jóvenes y adultos que requieran de atención psicológica, pueden llegar de forma voluntaria, o referidos por alguna institución como escuelas, colegios, el Ministerio Público, Centros de Salud, etc.

1.6.1 Descripción de la población que atiende

Dentro de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental se atienden a todas las personas que denuncien violación a sus derechos humanos, sin importar edad, género, condición económica o etnia.

1.7 Planteamiento del problema

La violencia intrafamiliar es un problema que se presenta en la sociedad Chimalteca, donde los más vulnerables son las mujeres y niños; este problema influye en quienes la sufren tanto física como psicológicamente. Por lo que es necesario que las víctimas de dicha violencia sean atendidos en el área emocional, para orientarlas tanto individual como familiarmente para cambiar esquemas de pensamientos que les impiden llevar a cabo una vida satisfactoria.

Capítulo 2

Referente teórico

Introducción

Para poder brindar a los pacientes que acuden al centro de práctica una adecuada orientación psicológica y con el fin de conocer diferentes problemáticas que enfrenta la sociedad actualmente, se analizan temas de importancia para tener un sustentado teórico en el tratamiento de dichos problemas. A continuación se hará una breve presentación de información relevante.

2.1 Violencia intrafamiliar

La violencia es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión física, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas.

La violencia intrafamiliar se define como un conjunto de actitudes o de comportamientos abusivos de un miembro de la familia que tiene como objetivo controlar a otro.

2.1.1 ¿Qué es violencia intrafamiliar?

Cuando se habla de violencia intrafamiliar se refiere a cualquier acción, omisión o conducta, mediante la cual se ocasiona sufrimiento físico, psicológico, sexual y patrimonial mediante el engaño, seducción, amenaza, acoso, coacción o cualquier otra medida en contra de uno o más miembros de la familia.

Acciones u omisiones que rompen la armonía, el equilibrio y el bienestar físico, psicológico, patrimonial y sexual, así como el desarrollo personal dentro del hogar. Son acciones que producen la intimidación, castigo y humillación y que mantiene a la otra persona en un papel de

estereotipo, le niega su dignidad de persona humana, menoscaba la seguridad de su persona, su autoestima y su personalidad.

La violencia en general, también, la intrafamiliar doméstica, ocurre en relaciones donde no existe igualdad, es decir, se comete en función de una posición de mayor poder o privilegio en contra de una persona que por sus características individuales o sociales, se encuentra en una posición subordinada o dependencia y por cualquier motivo que sea, razón de género, edad, color de piel, religión, posición económica o social, opiniones, etc. El elemento central que define la violencia intrafamiliar o doméstica está en el tipo de relación existente, entre la persona que sufre su agresión y quien la ejecuta, involucra seres humanos en una de las siguientes relaciones.

- Adulto ↔ Adulto
- Adulto ↔ Niño
- Adulto ↔ Anciano (a)
- Niño ↔ Niña

De manera más específica, la violencia intrafamiliar y otros tipos de maltrato, radica en la existencia de un contacto íntimo entre las personas mencionadas. El vínculo obedece, por lo general, a un lazo familiar o de pareja, sin embargo, esto puede ocurrir en el hogar (ámbito privado) en la calle, trabajo, escuela, etc., (ámbito público). También se considera como parte de ella, cualquier tipo de agresión que ocurra en grupos que satisfagan para sus integrantes, las necesidades afectivas de protección y cuidado que tradicionalmente, son responsabilidad de la familia.

La seriedad de las consecuencias de la violencia intrafamiliar se derivan no solo del abuso y su severidad sino fundamentalmente, de la traición que la víctima experimenta ante un maltrato ejercido por quien le debía especial respeto, atención y cuidado. Por estas razones, se considera una de las demostraciones más crueles de agresión. Porque ocurre en un espacio físico y psicosocial, en donde se supone que las personas deben amarse y aprender valores esenciales

para la convivencia, solidaridad, tolerancia, lealtad, confianza y la libertad para la autodeterminación.

2.1.2 Tipos de violencia intrafamiliar

Según esta definición, se pueden distinguir diferentes formas o manifestaciones de maltrato, abuso o agresión, entre ellas:

a) Abuso o maltrato físico

La violencia física ocurre cuando una persona que está en una relación de poder, con respecto a la otra, le infringe daño no accidental por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma, que puede provocar o no lesiones internas, externas o ambas. El castigo repetido no severo, también se considera violencia física. El hecho de que le escupan a una persona, se puede considerar también como una agresión física.

Para clasificar el concepto anterior veamos algunos ejemplos de conductas que se clasifican como abusos o violencia física:

- Golpes en la cara, cabeza o en el cuerpo (estos pueden llevarse a cabo con las manos o con objetos) patadas, empujones, jalones de pelo, pinchazos, zancadillas, mordiscos, arañazos, con fajas, cuerdas, alambres u otros objetos, etc.
- Intentos de asfixia con las manos, almohadas u otros objetos.
- Lanzamientos de objetos como platos de comida, ollas, cuchillos, machetes, etc., aunque no lleguen directamente al cuerpo, sino a las paredes o al piso.
- Acciones que ponen en peligro la integridad física de la otra persona, tales como el encierro y manejar en estado de ebriedad o en forma temeraria.

b) Abuso o maltrato sexual

Es todo acto en el que una persona, en una relación de poder involucra a otros en una actividad de contenido sexual, que propicia su victimización y de la el ofensor obtiene gratificación. Si retomamos la definición, es preciso recalcar que el consentimiento solo es posible cuando existe una relación de igualdad entre dos personas. Ambas deben estar en las mismas condiciones para tomar decisiones entorno al inicio y terminación de la relación y para evaluar las consecuencias de la actividad sexual.

El consentimiento es imposible entre las relaciones de claro poder y control de un ser humano sobre otro, como por ejemplo.

- Contacto sexual entre niños (as) – adultos.
- El incesto padre – hijo (a)

La violencia sexual incluye:

- Abusos deshonestos, como manoseo, exhibicionismo.
- Acoso sexual.
- Exposición o participación en pornografía.
- Prostitución, sexo oral, sodomía, penetración genital o anal con un objeto, sexo forzado, violación o incesto.

c) Abuso o maltrato psicológico o emocional

Por su parte, la violencia psicológica es toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de la intimidación, manipulación, amenazas directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier forma que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, la autoestima. La identidad o el desarrollo de la persona.

El abuso psicológico se manifiesta de múltiples maneras y por lo general, se presenta acompañado de otras conductas abusivas, tales como el maltrato físico, el abuso sexual y el abuso patrimonial.

Este tipo de abuso o maltrato incluye:

- Los abusos constantes, la negligencia, la humillación, el no reconocer aciertos, el chantaje y la degradación.
- El aislamiento de amigos y familiares, que con frecuencia van acompañados de mensajes como: *“los otros son peligrosos”, “las necesidades emocionales solo pueden ser satisfechas en el interior de la familia”, “las mujeres buenas siempre están en su casa”, “los niños buenos prefieren a su hermanos y no necesitan de sus amigos”*.
- La destrucción de propiedades, tesoros, objetos apreciados o mascotas de la víctima
- El ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comprar, etc.
- Celos excesivos y sobre – posesividad
- Control económico, hostigamiento y acoso. La persona que ejerce el abuso psicológico se presenta como el único miembro de la familia que conoce las necesidades de los otros y como la única persona capaz de satisfacer esas necesidades.

Otra modalidad de violencia psicológica es el maltrato al desarrollo personal, que se entiende como: toda acción atenta contra el desarrollo integral de las personas integrantes del grupo familiar en especial de la mujer o pareja, afectando sus aspiraciones de capacitarse y de superarse, limitando sus habilidades y provocando frustración.

Por ejemplo:

- No dejar que la persona agredida estudie o trabaje
- No dejar que tenga animales
- No permite que se capacite
- No dejar que visite a sus familiares
- Prohibirle que sus familiares la visiten en su casa

- No ayudar en las tareas de la casa y en el cuidado de los niños

d) Abuso o maltrato patrimonial

La violencia patrimonial o económica consiste en todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de los miembros de la familia (esposo, esposa e hijos) o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal.

Esto implica, la pérdida de la casa de habitación o de lugar de vivienda, los enseres y equipo doméstico, la tierra, otros bienes, muebles, inmuebles, así como los efectos personales de la persona afectada o los gastos para la sobrevivencia del núcleo familiar, también es violencia patrimonial el apropiarse de los bienes por medio de los chantajes afectivos, amenazar con quitar bienes, obligar un miembro del grupo familiar a entregar su salario o ingresos.

2.1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

Estas varían dependiendo de la personalidad de la víctima y depende del maltrato sufrido. Lo más grave de la violencia es que altera la armonía familiar.

Las consecuencias se manifiestan en las víctimas tanto en aspectos físicos como psicológicos.

Lesiones físicas

- Quemaduras
- Raspaduras
- Fracturas
- Daños en el cerebro
- Problemas ginecológicos
- Partos prematuros
- Hipertensión arterial
- Gastritis

- Discapacidades permanentes o pasajeras

Lesiones emocionales

- Disminución de la autoestima, neurosis, intentos de suicidios, tendencia al abuso de alcohol y drogas estos pueden terminar con la muerte.
- Además desarrollar conductas o sentimientos que muchas veces conspiran contra la solución del problema de la violencia e impide la búsqueda de ayuda.
- Sentimiento de miedo, tristeza y vergüenza.
- Dificultades para confiar y relacionarse con otras personas y para restablecer relaciones íntimas.
- Dificultades para auto protegerse de aquí las ideas y los intentos de suicidio.

2.1.4 Las causas de la violencia intrafamiliar

Las causas de la violencia intrafamiliar son complejas, pero predominante es producto de una organización social estructural y basada en la desigualdad y ejercida por los que tienen más poder real y derecho a intimidar y controlar. La razón de la violencia intrafamiliar hay que controlarla en el cruce de factores negativos del individuo y la sociedad; al interior de la familia, las desigualdades producidas en razón del género y por las relaciones asimétricas de los adultos con la niñez basadas en la autoridad son las principales causas que determinan las relaciones violentas que allí se constituyen.

Ente las causas de la violencia intrafamiliar se pueden encontrar las siguientes:

1. El alcoholismo: un sin número de casos registran que, en un gran porcentaje de los casos en los que las mujeres son agredidas por sus compañeros conyugales, éstos se hallan bajo el efecto del alcohol o de cualquier droga.
2. Ignorancia y falta de conciencia respecto a creer que la mejor forma de cambiar la situación en la que se encuentra es a través de actos que incluyen violencia física: golpes,

pleitos, peleas, zafarranchos, etc., en vez de recurrir a manifestaciones pacíficas, a movimientos sociales pacíficos, a la conversación, al diálogo, a la búsqueda de acuerdos.

3. El no ser capaces de aprender a controlar los impulsos que generan violencia.
4. La falta de comprensión en las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la principal causa de la violencia. Un niño que se desarrolle en un ambiente conflictivo y poco armonioso (con muy poca voluntad de diálogo, con poca capacidad en los padres para la comunicación de los problemas, de las necesidades y de los sentimientos, con muy poca apertura y conversación para aclarar y resolver los problemas y aprender de ellos para no repetir las experiencias negativas) ha de ser, con grandes probabilidades, en el futuro próximo y en el lejano, una persona problemática y violenta, a su vez, con sus propios hijos y/o con quienes estén bajo su poder o influencia (sus empleados, p. ej.).
5. Falta de comprensión hacia los niños: sin estar conscientes de que los niños son seres inocentes, muchos adultos violentan o agreden o golpean o incluso abusan sexualmente de sus hijos (véase pederastia), generando así graves trastornos emocionales en ellos.
6. La adicción a sustancias (es decir, la dependencia física y psíquica, no la dependencia únicamente psíquica, a sustancias químicas diversas, tales como la nicotina y otras de las muchas sustancias incluidas en la fabricación industrial de los cigarros; a las bebidas alcohólicas; a las sustancias adictivas ilegales o "drogas", excepción hecha de la marihuana, de la cual se sabe que, aunque puede causar dependencia psíquica, no provoca dependencia física y, por punto consiguiente, no genera comportamientos violentos en quienes la consumen) es otra de las causas de la violencia.

Muchas personas consumen sustancias adictivas con el fin de poder llegar a sentir que son lo que no son en realidad, causando con ello mucha violencia. Son muy frecuentes las noticias de casos en los que se sabe de una persona que, por no poder conseguir la dosis

que necesita de la sustancia a la que es adicto (dependencia física), son capaces de asaltar o incluso asesinar.

7. Falta de amor, comprensión, respeto hacia la mujer; muchos hombres golpean a la mujer por un conflicto interno "odian a las mujeres" (misóginos).

2.1.5 Ciclo de la violencia intrafamiliar

El análisis de cómo se va instaurando la agresión en las relaciones de parejas, de crianza, entre hermanos /as, etc., nos lleva a reconocer que las formas que toma la violencia, así como la dinámica en la que entran las personas ofensoras cuando agraden son múltiples y complejas. Las personas agredidas no están constantemente siendo agredidas.

Los ciclos de agresión pueden aparecer desde que las relaciones se inician (noviazgo o nacimiento de los/las hijos/as) o después de muchos años. Es muy importante comprender cómo estos ciclos se van presentando y configurando ya que posibilita reconocer en qué etapa se encuentra la persona afectada.

El ciclo de la violencia se desarrolla en tres fases, que se desarrollan a continuación:

Primera fase - la etapa de aumento de tensión

Se acumula tensión, se dan pleitos, reclamos, insultos, poco a poco va subiendo la *intensidad* hasta pasar a la segunda fase. En esta fase, es frecuente que las personas agredidas busquen estrategias para sobrevivir al abuso utilizando mecanismos como:

- La negación
- La racionalización
- La minimización

Segunda fase – la explosión violenta o incidente agudo de agresión

Esta fase se caracteriza por una fuerte e incontrolable descarga de violencia física y emocional. Se presenta una agresión grande y dolorosa, como son los golpes que pueden a veces hasta poner en peligro la vida de la persona agredida.

Las personas agredidas viven esta fase de formas muy diversas:

- Se sienten atrapadas e incapaces de huir.
- La mayoría no tiene ninguna posibilidad de resistirse y solo tratan de no provocar más al agresor y esperan que pase la explosión.
- Las acompaña un sentimiento de incredulidad.
- La mayoría de las personas afectadas no van a buscar ayuda en ese momento a menos que estén muy gravemente heridas.

Tercera y cuarta fase – la tregua amorosa, la reconciliación

Es un período de calma que se caracteriza por un comportamiento cariñoso y de arrepentimiento del ofensor. El agresor (a) cambia totalmente su comportamiento y se muestra amable, arrepentido, promete no volver a cometer ninguna agresión. Su finalidad es conseguir el perdón de la persona a se ha agredido.

La persona ofendida olvida cualquier iniciativa que hubiera tenido para poner límite en la situación de abuso, cediendo así a sus necesidades, derechos y recursos.

- El comportamiento cariñoso seguido de tanta violencia hace entrar a las víctimas en profundos estados de confusión.
- Se sienten con miedo a represalias futuras si no cede.
- La víctima recibe en esta fase el cariño y el cuidado que siempre añoró.

En esta tercera y cuarta fases pueden durar días o semanas, pero el ciclo se vuelve a repetir una y otra vez generalmente la agresión es mayor que en el ciclo anterior.

2.2 La psicopatología

La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anormalidades orgánicas.

En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tienen alterada su función).

La psicopatología considera que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Por último, cabe destacar que el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

2.2.1 Principales trastornos psicopatológicos

2.2.1.1 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

a. Retraso mental

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central. La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente.

Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70 (aproximadamente 2 desviaciones típicas por debajo de la media). Al evaluar un CI, hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos, aunque este error puede variar de un instrumento a otro. De este modo es posible diagnosticar retraso mental en sujetos con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75, pero que manifiestan déficit significativo de su comportamiento adaptativo.

Por el contrario, no se diagnosticaría retraso mental en un individuo con un CI inferior a 70 que careciera de déficit o insuficiencias significativas en su capacidad adaptativa.

La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento en los tests (p. ej., el origen socio-cultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas asociadas). Cuando aparece una discrepancia notable entre las puntuaciones verbales y manipulativa, puede llevar a confusiones al promediarlas a fin de obtener una puntuación CI total.

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental. Probablemente las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI cognoscitivo, el cual suele ser un atributo mucho más estable a lo largo del tiempo. Entre los tipos de retraso están:

a.1) Retraso mental leve

El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como «educable». Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencia mínima en las áreas sensoria motoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado.

Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, o sea en establecimientos supervisados.

a.2) Retraso mental moderado

El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de «adiestrable». No debería utilizarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas con retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos.

Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

a.3) Retraso mental grave

El grupo de personas con retraso mental grave incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre-académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la

«supervivencia». En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

a.4) Retraso mental profundo

El grupo afecto de retraso mental profundo incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio motor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

b) Trastorno generalizado de desarrollo

Es un cuadro mal conocido y que implica una pérdida de funciones y capacidades previamente adquiridas por el niño (es decir, una clara regresión). Para poderse diagnosticar ese trastorno, la pérdida tiene que producirse después de los dos años y antes de los diez, y tiene que establecerse con garantías que antes de la regresión había un desarrollo claramente normal de competencias del lenguaje, comunicación no verbal, juego, relaciones sociales y conductas adaptativas.

b.1 Síntomas

- Al menos dos años, y generalmente hasta cuatro años, de desarrollo normal incluyendo lenguaje, relaciones e interacciones sociales y juegos y comportamiento adaptativo

- Durante un período breve (algunos meses), se produce una pérdida severa del funcionamiento de las habilidades sociales, comunicativas y de comportamiento. Sin mediar ninguna enfermedad o causa obvia, los niños que sufren trastorno desintegrativo de la niñez se vuelven ansiosos, irritables, negativos y desobedientes, con frecuentes berrinches y explosiones sin motivo aparente. Estos niños experimentan una pérdida total del habla y el lenguaje, comprensión del lenguaje y disminución de las habilidades de pensamiento (cognitivas).

b.2 Diagnóstico

Los trastornos generalizados del desarrollo habitualmente se identifican a la edad de 3 años. Un psiquiatra u otro profesional de la salud mental, normalmente diagnostica cualquiera de los PDD a partir de una evaluación médica y psiquiátrica completa.

Es importante efectuar un diagnóstico temprano y preciso de los PDD ya que algunos ponen a los niños en riesgo de desarrollar otros trastornos mentales (por ejemplo, depresión, trastorno de déficit de atención/hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia).

b.3 Tratamiento

Se utilizan enfoques de tratamiento multidisciplinario para atender las necesidades individuales de cada niño, según sea necesario. El tratamiento puede incluir:

- Terapia del habla
- Terapia ocupacional
- Enseñanza de habilidades sociales (para ayudar al niño a llevar a cabo actividades de la vida diaria, o ADL, y formas de comunicarse y relacionarse con los demás)
- Terapia de comportamiento

Para tratar los trastornos del desarrollo, se diseñan programas educativos y de comportamiento especializados. Las técnicas de comportamiento ayudan a los niños a aprender a comportarse de maneras más aceptables. Los padres pueden aprender técnicas de comportamiento para poder suministrar recompensas y límites definidos coherentes en casa. Aunque algunos niños con PDD requieren aulas especializadas altamente estructuradas que prestan atención a sus necesidades académicas específicas, otros niños pueden funcionar en un aula normal con atención menos especializada.

Los medicamentos pueden resultar útiles para tratar algunos síntomas de los PDD, en algunos niños. Los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes ayudan a las familias a identificarse y a participar en el tratamiento y los programas educativos basándose en el tratamiento y las necesidades educativas de cada niño en particular.

c.) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. Es una enfermedad muy prevalente que, según estimaciones, afecta entre un 5 y un 10% de la población infanto-juvenil, siendo unas 3 veces más frecuente en varones. No se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos. Representa entre el 20 y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil.

Se trata de un trastorno neurológico del comportamiento caracterizado por distracción moderada a severa, períodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. Tiene una muy alta respuesta al tratamiento, aunque se acompaña de altas tasas de comorbilidad psiquiátrica. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): "Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas)".

Esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Sin embargo, en la medida en que fue mejor comprendida, se reconoció su carácter crónico, ya que persiste y se manifiesta más allá de la adolescencia. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60 y el 75% de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta.

Históricamente esta enfermedad ha recibido distintas caracterizaciones e innumerables denominaciones, lo que dificulta las consultas de la literatura especializada. Cabe agregar que el acrónimo inglés ADHD (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) es ampliamente utilizado para referirse a este síndrome.

c.1 Causas

Se trata de un trastorno neuroconductual de origen fundamentalmente genético. Se han demostrado factores de origen hereditario (es decir, heredados, no adquiridos en el curso de la vida) en un 80% de los casos. Diversos estudios demuestran que hay una transmisión familiar del trastorno, que no ocurre por medio de relaciones adoptivas.

En contraste, cabe destacar que la contribución estimada de factores no hereditarios a todos los casos de TDAH es de sólo un 20%. Para explicar esa minoría de casos se ha propuesto la intervención de causas multifactoriales, que suponen también factores genéticos aunque en combinación con factores ambientales. La influencia de causas congénitas que actuarían durante la gestación (es decir, no hereditarias; con participación de factores genéticos o ambientales en proporciones variables), tales como la exposición en útero a la nicotina, no se consideran tan importantes como hace unas décadas.

Es de notar que, incluso en casos que a primera vista se atribuyen a factores ambientales (como el recién mencionado), la intervención del factor netamente genético ofrece una explicación plausible. En ese sentido, se ha establecido que los índices de tabaquismo entre mujeres con TDAH son varias veces mayores que en la población general. Y en virtud de ello, estas mujeres son también más propensas a fumar durante el embarazo: como corolario, la presencia del TDAH en el niño por nacer remite nuevamente a factores genéticos.



c.2 Diagnóstico

Como se ha mencionado antes, el TDAH integra la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la *American Psychiatric Association* (APA). Se inscribe en el grupo de los denominados trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y, en particular, en la clase de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. En virtud de todo lo anterior, el TDAH es una entidad que remite a un trastorno.

En términos generales, y en consistencia con el modelo conceptual del manual, el término "trastorno" apunta a definir un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente aumentado de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

c.3 Tratamiento

Los síntomas del TDAH expresan un problema biológico y por lo tanto se abordan más eficazmente con tratamiento farmacológico, que constituye todavía el pilar más importante de la terapéutica. Los tratamientos habituales se basan paradójicamente en estimulantes, de los que muy pronto se observó que modifican positivamente los síntomas. Entre ellos están la cafeína y la nicotina, con los que a veces se automedican adolescentes y adultos. El primer informe idóneo avalando el uso de psicoestimulantes, data del año 1937, cuando Charles Bradley estableció la eficacia y seguridad del sulfato de anfetamina para el tratamiento de niños hiperactivos.

Actualmente, las sustancias más empleadas en Estados Unidos son el metilfenidato (principio activo detrás del nombre comercial Ritalina) y la anfetamina (Adderall), seguidas de la dexanfetamina (Dexedrina) y la metanfetamina. Otros psicoestimulantes, de segunda línea en el

tratamiento del TDAH, son la pemolina (Cylert) y el modafinilo (Modiodal). En los últimos años los fármacos de efecto inmediato tienden a ser sustituidos por otros preparados que, con los mismos principios activos, logran un efecto más prolongado, mejorando la calidad de vida de los afectados, sobre todo los escolares.

Tal como ha sucedido con otras psicopatologías cuyo tratamiento es preeminentemente farmacológico, tanto la entidad diagnóstica de TDAH como la viabilidad del tratamiento médico, han sido abiertamente rechazados por movimientos minoritarios y marginales, partidarios de la denominada antipsiquiatría.

También está aceptado el tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados. Este tipo de intervenciones es complementario al tratamiento farmacológico y normalmente busca una reducción de las conductas disruptivas del niño en los diferentes ambientes mediante terapias enmarcadas en corrientes cognitivo-conductuales. Igualmente puede ser aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH.

Actualmente se están desarrollando terapias de desarrollo positivo en los niños, que intentan reforzar los aspectos potenciales de los jóvenes mediante deporte y dinámicas de grupo. Intervenciones innovadoras como *Tatami*, terapia donde los expertos trabajan con grupos de diez niños mediante el deporte, están dando buenos resultados.

Diferentes investigadores han desarrollado modelos de refuerzo mediante economía de fichas con grupos de niños con TDAH y se ha establecido que bien conducido da mejores resultados que la terapia individual. De esta forma se pueden explorar aspectos como la autoestima y las habilidades sociales.

La complementariedad entre terapias cognitivo conductuales y el seguimiento farmacológico, parecen hoy en día el mejor tratamiento para el TDAH.

d.) Trastorno de ansiedad por separación

El Trastorno de Ansiedad por Separación (su sigla en inglés es SAD) se define como la preocupación o el temor excesivos de ser separados de familiares o personas con las cuales el niño está más ligado afectivamente. Los niños con trastorno de ansiedad de separación temen perderse de su familia o que algo malo le ocurra a un miembro de la familia si se separa de ellos. Los síntomas de ansiedad o temor ante la separación de miembros de la familia deben durar aunque sea cuatro semanas para ser considerados un trastorno de ansiedad de separación. Se diferencia de la ansiedad ante desconocidos, que es normal y suele manifestarse en niños entre 7 y 11 meses de edad. Los síntomas del SAD son más severos que la ansiedad de separación normal que experimentan casi todos los niños en cierto grado, entre los 18 meses y los 3 años de edad.

d.1 Causa el trastorno de ansiedad por separación

Se cree hay factores biológicos, familiares y ambientales que contribuyen a la causa de los trastornos de ansiedad. Un desequilibrio entre dos transmisores químicos del cerebro (norepinefrina y serotonina) muy probablemente contribuya a la causa de los trastornos de ansiedad. Mientras que un niño o adolescente quizá haya heredado una tendencia biológica a ser ansioso, la ansiedad y el temor también pueden ser aprendidos de miembros de la familia u otras personas que manifiesten con frecuencia gran ansiedad cerca del niño. Una experiencia traumática también puede desencadenar la ansiedad.

d.2 A quiénes afecta el trastorno de ansiedad por separación

Todos los niños y adolescentes experimentan algún grado de ansiedad. Es una parte normal del crecimiento. Sin embargo, cuando la preocupación y los temores ante la separación del hogar o la familia no son apropiados para la edad, puede tratarse de un trastorno de ansiedad de separación (SAD). Los informes indican que el SAD afecta por igual a varones y mujeres. Los primeros síntomas de SAD suelen aparecer alrededor de tercer o cuarto grado. En general, la aparición de los síntomas ocurre luego de un receso escolar, como las vacaciones de Navidad o una enfermedad prolongada.

Se estima que un 4 por ciento de los niños pequeños tienen SAD, mientras que la cifra para adolescentes es algo menor. Los hijos de padres con trastornos de ansiedad son más propensos a padecer un trastorno de ansiedad.

d.3 Síntomas

A continuación se enumeran los síntomas más comunes del SAD. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Rechazo a dormir solo.
- Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- Preocupación excesiva ante la separación o al anticipar la separación del hogar o la familia.
- Preocupación excesiva sobre la seguridad de un miembro de la familia.
- Preocupación excesiva sobre perderse de la familia.
- Negarse a ir a la escuela.
- Temor y reticencia a quedarse solo.
- Dolores de estómago, de cabeza u otras molestias físicas frecuentes.
- Dolores musculares o tensión.
- Preocupación excesiva sobre su propia seguridad.
- Preocupación excesiva ante la idea de dormir lejos del hogar o al hacerlo.
- "Pegoteo" excesivo incluso en el hogar.
- Síntomas de pánico o rabietas al separarse de padres o personas a cargo.

d.4 Diagnóstico

Un psiquiatra infantil u otro profesional de la salud mental capacitado normalmente diagnostica los desórdenes de ansiedad de separación en niños y adolescentes después de una evaluación psiquiátrica completa. Los padres que observen signos de ansiedad severa en sus niños o hijos

adolescentes pueden ayudar buscando una evaluación y tratamiento precoz. El tratamiento temprano a menudo puede prevenir problemas futuros.

d.5 Tratamiento

Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir terapia cognitivo-conductista para el niño, centrada en ayudar al niño o adolescente a aprender habilidades para manejar su ansiedad y ayudarlo a dominar las situaciones que contribuyen a dicha ansiedad. Algunos niños también se benefician del tratamiento con medicamentos antidepresivos o contra la ansiedad para ayudarlos a tranquilizarse.

2.2.1.2 Trastornos psicóticos

Se denominan como trastorno psicóticos aquellas patologías en las que se presenta síntomas psicóticos como principal característica. La psicosis es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro de la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar e interpretar la realidad.

Si bien no existe un acuerdo universalmente válido sobre la definición del término psicótico, se puede tomar como referencia la definición conceptual que ofrece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV, que lo considera como una pérdida de las fronteras del sí mismo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

El nivel de malestar que produce este trastorno es tan invasivo que perjudica de sobremanera el normal funcionamiento del individuo, paralizando su actuar y no permitiendo comportarse de manera acorde a la realidad, en ocasiones incluso, se hace necesaria la hospitalización. Estos síntomas pueden encontrarse en otras dolencias, pero no son una característica definitoria (Ej: Demencia tipo Alzheimer, el delirium inducido por sustancias; el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos).

a) Tipos de trastornos psicóticos

a.1) Trastornos delirantes

El Trastorno delirante es una enfermedad mental psicótica que incluye mantener una o más ideas delirantes en ausencia de cualquier otra psicopatología significativa. En particular, la persona con trastorno delirante no ha cumplido nunca los criterios para la esquizofrenia y no tiene alucinaciones marcadas, aunque pueden estar presentes alucinaciones táctiles u olfativas si éstas están relacionadas con el tema del delirio.

Una persona con trastorno delirante puede ser bastante funcional y no tiende a mostrar un comportamiento extraño excepto como resultado directo de la idea delirante. Sin embargo, con el tiempo la vida del paciente puede verse más y más abrumada por el efecto dominante de las creencias anormales.

a.2) Trastorno psicótico breve

El trastorno psicótico compartido o *folie à deux* (literalmente "locura compartida por dos") es un raro síndrome psiquiátrico en el que un síntoma de psicosis (particularmente una creencia paranoica o delirante) es transmitida de un individuo a otro. El mismo síndrome compartido por más de dos personas puede llamarse *folie à trois*, *folie à quatre*, *folie à famille* o incluso *folie à plusieurs* (locura de muchos).

El síndrome se diagnostica normalmente cuando los individuos afectados viven próximos, están socialmente o físicamente aislados y tienen poca interacción con otras personas.

Se han propuesto varias clasificaciones de trastorno psicótico compartido para describir cómo la idea delirante se mantiene por más de una persona.

- *Folie imposée*, en el que una persona dominante (conocida como 'primario', 'inductor' o 'principal') crea inicialmente una idea delirante durante un episodio psicótico y lo impone

a otra persona o personas (conocida como 'secundario'). Se supone que el secundario no habría delirado si no hubiera interactuado con el inductor. Si los individuos son ingresados en el hospital de manera separada, las ideas delirantes de la persona inducida usualmente desaparecen sin necesidad de medicación.

- *Folie simultanée*, en el que dos personas, que independientemente sufren de psicosis, influyen el contenido de las ideas delirantes de cada uno de ellos, de forma que se convierten en idénticas o muy similares.

El trastorno psicótico compartido no deja de ser una curiosidad psiquiátrica. El actual manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales establece que una persona no puede diagnosticarse como delirante si su creencia en cuestión está comúnmente aceptada por otros miembros de su cultura o subcultura. Cuando un gran número de personas terminan creyendo algo obviamente falso y potencialmente angustiante basándose únicamente en rumores, estas creencias no se consideran como clínicamente delirantes por la profesión psiquiátrica, y se etiquetan como histeria colectiva.

a.3) Esquizofrenia

La esquizofrenia (del griego, *schizo* (σχίζω): "división" o "escisión" y *phrenos* (φρήν, φρεν-): "mente") es un diagnóstico psiquiátrico de tipo crónico y severo que describe un grupo de trastornos mentales en personas con alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad.

Se caracteriza por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

Una persona con este diagnóstico, por lo general, muestra un pensamiento desorganizado (laxitud asociativa), delirios, alteraciones perceptuales (alucinaciones), alteraciones afectivas (en el ánimo y emociones), del lenguaje y conductuales. Los síntomas suelen comenzar en adultos jóvenes, y aproximadamente 0.4-0.6% de la población se ve afectada de esquizofrenia. El diagnóstico se basa en las experiencias reportadas por el mismo paciente y en el comportamiento observado por

el examinador. No existen actualmente pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Algunos estudios sugieren que la genética, el medio ambiente de la infancia, la neurobiología, y procesos psicológicos y sociales son factores importantes que contribuyen a la esquizofrenia. Ciertos medicamentos y el uso de drogas recreativas parecen causar o empeorar los síntomas. La investigación psiquiátrica actual se centra en el papel de la neurobiología, pero no se ha encontrado ninguna causa orgánica.

Debido a las múltiples combinaciones sintomáticas posibles, se ha sugerido que la esquizofrenia se trataría de varios trastornos, y no de uno solo. Ninguno de los síntomas es patognomónico de esta condición, lo que dificulta el diagnóstico. Por esta razón, Eugen Bleuler, cuando acuñó el nombre, prefirió utilizar el plural *schizophrenias* para referirse a esta patología. A pesar de su etimología, la esquizofrenia no es lo mismo que el trastorno de identidad disociativo (o "trastorno de personalidad múltiple", o de "doble personalidad"), con el que ha sido frecuentemente confundida.

Históricamente, la esquizofrenia en Occidente ha sido clasificada en simple, catatónica, hebefrénica o paranoide. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son:

- Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas delirios—el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana.
- Tipo desorganizado o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.
- Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.

- Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden desarrollarse a lo largo de semanas o meses donde se compromete progresivamente la funcionalidad social, según sea la intensidad, la premura y persistencia de las experiencias psicóticas.

En la actualidad los síntomas se agrupan en cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, cognitivos, afectivos y sociales/ocupacionales. Los síntomas positivos son exacerbaciones de fenómenos normales, o son fenómenos novedosos que no suelen ocurrir en otras personas, e incluyen el delirio, alucinaciones auditivas, cambios de conducta, síntomas catatónicos y agitación. Son los síntomas que en general reciben el nombre de “psicosis”.

Los síntomas negativos se consideran una pérdida o disminución de funciones psíquicas, presentes corrientemente en las personas; estos síntomas incluyen un afecto embotado o plano, retraimiento emocional, apatía, pensamiento desorganizado, *alogia* o limitación en la fluidez y productividad del habla y el pensamiento y restricción en la iniciación de la conducta.

Los síntomas cognitivos son el deterioro de la atención, del procesamiento de la información, de la asociación lógica, pobreza ideativa (dificultad de elaborar nuevas ideas), dificultad para el aprendizaje en serie, y trastorno de las funciones ejecutivas (planificar, secuenciar, priorizar, mantener la atención en la tarea, adaptarse a los cambios). Los síntomas cognitivos son los que provocan mayor discapacidad social. Entre los síntomas afectivos están el aplanamiento afectivo (también considerado un “síntoma negativo”), la disforia (irritabilidad, preocupación, tensión, etc.), el humor depresivo, apatía o falta de motivación, desesperanza, paranoia e ideas e intentos suicidas.

Por último están los síntomas sociales/ocupacionales, como hostilidad, impulsividad, aislamiento y conducta antisocial. Naturalmente, no se requiere que estén todos estos síntomas en una sola persona, y para eso diversos autores han propuesto una serie de conjuntos sintomáticos como criterios para realizar el diagnóstico.

En un subtipo infrecuente, el sujeto puede llegar a estar temporalmente mudo, permanecer inmóviles en extrañas posturas, o mostrar agitación sin propósito, los cuales son signos de catatonía. No es un signo diagnóstico de la esquizofrenia, y puede ocurrir en todas las otras condiciones médicas y psiquiátricas.

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en la cuidadosa observación de signos y síntomas, en la exploración metódica de las vivencias de una persona, y en la acumulación de antecedentes desde todas las fuentes posibles (familia, amigos, vecinos, trabajo). No existen pruebas de laboratorio ni exámenes de imágenes que ayuden a establecer el diagnóstico, como no sea para descartar otras patologías.

La esquizofrenia es una condición crónica, pero con buena respuesta al tratamiento. Dado que es un trastorno complejo, el tratamiento debiera ser multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos, y de terapias psicológicas como el modelo cognitivo-conductual y psicoanalítica, y otros, y un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan las hospitalizaciones prolongadas. En estas condiciones, la esquizofrenia ha mejorado considerablemente de pronóstico en los últimos 20 años.

a.4) Trastorno esquizofreniforme

El Trastorno esquizofreniforme se caracteriza por la presencia de los síntomas de criterio A de la esquizofrenia. Estos incluyen: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, y síntomas negativos. El trastorno - incluyendo sus fases prodrómica, activa y residual - dura más de 1 mes pero menos de 6 meses.

En el tratamiento de los trastornos psicóticos se utilizan principalmente unos medicamentos llamados neurolepticos. Los neurolepticos se suelen dividir en "típicos" o "clásicos", que son más

potentes y producen más efectos secundarios extrapiramidales (rigidez, temblor, síntomas parecidos a los de la enfermedad de Parkinson, etc.) y “atípicos”, menos potentes (es preciso dar más dosis), con menos efectos extrapiramidales y más beneficio sobre los síntomas negativos. Para evitar el abandono de la medicación existen preparados de liberación retardada que se administran en inyección intramuscular y duran aproximadamente un mes.

Deben indicarse las medidas de cuidado necesarias de acuerdo con la gravedad de los síntomas y la condición del paciente (internación) e iniciar tratamiento farmacológico teniendo en cuenta los dominios terapéuticos sintomatológicos y, psicosocial, apuntando a las condiciones que generaron el cuadro (estresantes). Una vez que se supera el cuadro debe apuntarse a generar un análisis de los motivos que generaron la vulnerabilidad del paciente al episodio para evitar nuevas recaídas indicándose tratamientos psicoterapéuticos en forma consensuada.

2.2.1.3. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son una categoría de los problemas de la salud mental que incluye todos los tipos de depresión y el trastorno bipolar. Los trastornos del estado de ánimo a veces son llamados trastornos afectivos.

Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan o exhiben los mismos síntomas que los adultos. Es más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre son capaces de expresar cómo se sienten.

La causa de los trastornos del estado de ánimo no se conoce con precisión. Existen unas sustancias químicas en el cerebro, llamadas endorfinas, que son responsables de los estados de ánimo positivos. Otras sustancias químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores, regulan las endorfinas. Probablemente, la depresión (y otros trastornos de los estados de ánimo) sea causada

por un desequilibrio químico en el cerebro. Los acontecimientos de la vida (como los cambios no deseados) también pueden contribuir a un estado de ánimo deprimido.

Los trastornos afectivos suelen presentarse dentro del mismo grupo familiar y se considera que son de herencia multifactorial. "Herencia multifactorial" significa que depende de "muchos factores". Los factores que producen el rasgo o condición generalmente son tanto genéticos y ambientales, con la participación de una combinación de genes de ambos padres. A menudo un sexo (el masculino o el femenino) suele estar afectado más frecuentemente que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales. Parece haber un umbral de expresión diferente, lo que significa que un sexo tiene mayor probabilidad de mostrar el problema que el otro.

Cualquiera puede sentirse triste o deprimido a veces. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son más intensos y más difíciles de controlar que los sentimientos de tristeza normales. Los niños, los adolescentes o los adultos que tienen el padre o la madre que sufre un trastorno del estado de ánimo tienen mayores posibilidades de sufrir un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, los acontecimientos de la vida y el estrés pueden exponer o exagerar los sentimientos de tristeza o depresión, haciendo más difícil el control de los sentimientos.

A veces, los problemas cotidianos pueden desencadenar una depresión. El despido del trabajo, un divorcio, la pérdida de un ser querido, la muerte de un familiar y los problemas financieros, entre otras cosas, son situaciones difíciles que pueden generar una presión difícil de sobrellevar. Estos acontecimientos de la vida y el estrés pueden acarrear sentimientos de tristeza o depresión o dificultar el control de un trastorno del estado de ánimo.

La posibilidad de padecer depresión en las mujeres en la población general es casi el doble (12 por ciento) que en los hombres (6.6 por ciento). Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. Además, los parientes de las personas que tienen depresión también corren un riesgo más alto de sufrir el trastorno bipolar (síndrome maniaco depresivo).

La probabilidad de sufrir el síndrome maniaco depresivo (o trastorno bipolar) en los hombres y mujeres de la población general es de alrededor del 2,6 por ciento. Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. Además, los parientes de las personas que tienen depresión maníaca también corren un riesgo más alto de sufrir depresión.

Los trastornos del estado de ánimo se clasifican en:

a.) 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 ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo.

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

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales).

a.1 Evaluación diagnóstica de la depresión

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? 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.

a.2 Tratamiento

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, 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.

b.) Trastorno bipolar

Se llama trastorno bipolar o trastorno afectivo bipolar a un trastorno depresivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. Las fases de exaltación, alegría desenfrenada o irritabilidad y grosería, alternan con otros episodios en que la persona está con depresiones intensas, con bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, ideas negativas y, en casos graves, ideas de suicidio.

El periodo de exaltación se llama “episodio maniaco”, de una palabra griega, “manía”, que significa literalmente “locura”.

El nombre de afectivo se refiere a las enfermedades de los afectos, nombre genérico que se da a los trastornos depresivos, en general, y al trastorno bipolar. Indistintamente se nombran como trastorno bipolar, o como trastorno afectivo bipolar.

Por lo tanto, un trastorno bipolar es una enfermedad en la que se alternan tres tipos de situaciones:

b.1) Episodios depresivos, con características parecidas a un episodio depresivo mayor. Las fases depresivas se manifiestan con:

- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- 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.

b.2) Episodios de normalidad o eutimia (de unas palabras griegas que significan: humor normal, o ánimo normal).

b.3) Episodios maniaco con los síntomas que se exponen a continuación. Un episodio maniaco cursa con algunos de los siguientes síntomas (más de tres):

- Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.

- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.
- Sensación de pensamiento acelerado.
- Gran distractibilidad, pasando de una a otra cosa con facilidad.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...)
- Conductas alocadas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas...)
- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Ideas de grandeza.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.
- La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- Olvido de las consideraciones éticas.

Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios. Puede tener consecuencias desagradables:

- Empobrecimiento del juicio.
- Hiperactividad improductiva.
- Hospitalización involuntaria.
- Problemas legales y/o económicos.

- Conductas antiéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
- Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
- Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.)

b.4) Episodio “hipomaniaco”

Se llama episodio “hipomaniaco” (literalmente, “menos que maniaco”) si lo que hay es un episodio como el anterior, pero sin llegar a provocar un deterioro laboral o social.

b.5) Episodios mixtos

Son episodios en que aparecen, al mismo tiempo, alteraciones propias de la fase depresiva y alteraciones propias de la fase maníaca. Es decir: al mismo tiempo depresión y exaltación, hiperactividad, insomnio, ideas negativas. Especialmente complejos son los episodios mixtos que cursan con ideación depresiva, pues existe una mayor posibilidad de que el paciente pase a la acción y realice tentativas de especial letalidad, buscando incluso la espectacularidad en su autolisis. Las características más comunes en los episodios mixtos son (al menos tres):

- Alternancia rápida de distintos estados de ánimo (depresión, euforia, irritabilidad)
- Predominio de la disforia (mal genio)
- Agitación
- Insomnio
- Alteración del apetito
- Ideación suicida
- Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones)

b.6) Tratamiento

- **Antidepresivos.** Los medicamentos de este tipo son, hoy en día, bien tolerados. Los modernos antidepresivos son medicamentos útiles, “limpios” (es decir, sin efectos indeseables graves) y muy eficaces. No todos los pacientes son iguales ni responden a los mismos productos en las mismas dosis. A veces es un trabajo complicado llegar a encontrar el medicamento adecuado y a las dosis pertinentes. Hay que tener paciencia y seguir unos pasos sistemáticos.

No se ha demostrado que los antidepresivos sean más efectivos que los eutimizantes en la depresión bipolar aguda y se ha demostrado que son menos efectivos que los eutimizantes en la prevención de recaídas depresivas en el trastorno bipolar.

- **Eutimizantes:** Este nombre viene de unas palabras griegas que significan “ánimo perfecto”. Son los medicamentos que previenen la aparición, especialmente de las fases maníacas.

Los eutimizantes, especialmente el litio y la lamotrigina, han demostrado su eficacia en el tratamiento agudo y profiláctico de los episodios depresivos bipolares.

- **Psicoterapia:** Las intervenciones psicológicas más eficaces para tratar a quienes sufren trastornos anímicos son las que están arraigadas en los modelos conductual y cognitivo. Las intervenciones sociocultural e interpersonal se concentran en el tratamiento de los síntomas anímicos en el contexto de un sistema interpersonal, como sería una relación íntima.
- En el caso de tendencias suicidas la mayor parte de los métodos de intervención incorporan el apoyo y una participación terapéutica directa.

2.2.1.4 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Las personas con trastornos de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos: sentimientos tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana.

Su ansiedad es desagradable y les impide disfrutar muchas situaciones ordinarias, pero, además tratan de evitar situaciones que las hacen sentir ansiosas.

A continuación se presenta la clasificación de los trastornos de ansiedad:

a.) Trastorno de pánico

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

El trastorno de pánico ataca cuando menos al 1.6 por ciento de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico; por ejemplo, muchas personas sufren un ataque y nunca vuelven a tener otro. Sin embargo, para quienes padecen de trastornos de pánico es importante obtener tratamiento adecuado. Un trastorno así, si no se atiende, puede resultar en invalidez.

Entre un ataque y otro existe este pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador.

Los síntomas de un ataque de pánico son los siguientes:

- palpitaciones
- Dolores en el pecho
- Mareos o vértigos
- Náusea o problemas estomacales
- Sofocos o escalofríos
- Falta de aire o una sensación de asfixia
- Hormigueo o entumecimiento
- Estremecimiento o temblores
- Sensación de irrealidad
- Terror
- Temor a morir
- Transpiración

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido.

Se han hecho estudios que demuestran que un tratamiento adecuado, un tipo de psicoterapia llamada terapia de comportamiento cognoscitivo, medicamentos o posiblemente una combinación de ambos, ayuda del 70% al 90% de las personas con trastornos de pánico. Se puede apreciar una significativa mejoría entre 6 a 8 semanas después de iniciarse el tratamiento.

b.) Fobias

Las fobias suceden en distintas formas. Una fobia específica significa un miedo a algún objeto o situación determinada. Una fobia social es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social. Por último, la agorafobia, que frecuentemente acompaña al

trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

b.1) Fobias específicas

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres. Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta. Nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras.

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia de conocimiento cognoscitivo llamada insensibilización o terapia de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajamiento y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

b.2) Fobia social

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de

alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

b.2.1) Características

- Experimentar un miedo marcado o persistente de situaciones sociales o de desempeño en las que se encuentran personas desconocidas o el escrutinio de otros. Temen parecer ansiosos o actuar en formas embarazosas o humillantes.
- Cuando se encuentran en la situación temida, experimentan ansiedad, quizá en la forma de una crisis de angustia.
- Reconocen que el miedo es excesivo o irrazonable.
- La condición causa angustia o disrupción en las rutinas normales y funcionamiento, actividades o relaciones.

c.) Trastornos obsesivos compulsivos

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que usted siente que no puede controlar. Si usted padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos.

Una persona puede estar obsesionada con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que están cerca de usted. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión.

Si una persona sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que usted no lo es. Pequeños errores que usted cometa pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son.

Muchas personas saludables pueden aceptar tener algunos de estos síntomas de TOC, tales como revisar la estufa varias veces antes de salir de la casa. Pero se diagnostica el trastorno únicamente cuando dichas actividades consumen cuando menos una hora al día, son muy angustiosas o interfieren con la vida diaria.

Muchos adultos con este problema de salud reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido pero no pueden evitarlo. Sin embargo, muchas personas, especialmente niños con TOC, pueden no comprender que su comportamiento está fuera de lo normal.

El TOC afecta a hombres y a mujeres aproximadamente en igual número y aflige a más o menos 1 de cada 50 personas. Puede aparecer en la niñez, en la adolescencia o en la edad madura pero como promedio se detecta en los jóvenes o en los adultos jóvenes. Un tercio de los adultos con TOC experimentaron sus primeros síntomas en la niñez. El curso que sigue la enfermedad es variable; los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente. La evidencia de que se dispone sugiere que el TOC puede venir de familia.

Las personas con este trastorno padecen de obsesiones o compulsiones que reconocen en algún punto como excesivas o irrazonables. Estas obsesiones o compulsiones causan una angustia marcada, consumen más de una hora al día o interfieren de manera significativa con la rutina normal, funcionamiento, actividades o relaciones sociales.

d.) Trastorno postraumático por tensión

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas,

especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos.

Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

El TPT puede presentarse en cualquier edad, incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad. Los síntomas pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de violación, a comparación de uno natural como es una inundación.

2.2.1.5 Trastornos somatomorfos

El trastorno somatomorfo es una condición en la cual el dolor y los síntomas físicos que una persona siente se relacionan con factores psicológicos. Estos síntomas no pueden asociarse con ningún tipo de causa física específica.

En las personas que tienen trastorno somatomorfo los resultados de los exámenes médicos son normales o no explican los síntomas de las personas. Las personas que tienen este trastorno pueden someterse a varias evaluaciones médicas y exámenes para asegurarse de que no tienen otra enfermedad.

Con frecuencia se preocupan demasiado por su salud pues no saben qué es lo que les está causando sus problemas de salud. Sus síntomas son similares a los síntomas de otras enfermedades y pueden durar varios años. Las personas que tienen un trastorno somatomorfo no están fingiendo sus síntomas. El dolor que sienten es real.

a) Síntomas

Los síntomas del trastorno somatomorfo varían pero pueden incluir dolores de cabeza frecuentes, dolor de espalda, cólicos abdominales y dolor pélvico. Otros síntomas incluyen dolor en las articulaciones, piernas, brazos y pecho o dolor abdominal que puede hacer que caminar sea difícil.

El trastorno somatomorfo también puede causar problemas gastrointestinales tales como náusea, sensación de llenura, vómito, diarrea e intolerancia alimentaria. Algunas veces el trastorno somatomorfo hace que le duela a la persona orinar, incluso si ella no tiene ninguna infección. Éste puede causar problemas relacionados con el funcionamiento sexual tanto en el hombre como en la mujer. La visión y audición también pueden verse afectadas.

b) Causas

Nadie sabe exactamente por qué comienzan los síntomas del trastorno somatomorfo. En algunos casos, puede existir un problema relacionado con los impulsos nerviosos que mandan señales de dolor, presión y otras sensaciones desagradables al cerebro.

Los dolores y los problemas causados por el trastorno somatomorfo son reales, no son imaginarios. Como muchos otros problemas médicos el trastorno somatomorfo es hereditario. Con el tiempo, tiende a aparecer y desaparecer.

c) Tratamiento

A pesar de que no se conoce una cura para el trastorno somatomorfo, éste puede manejarse. El enfoque del tratamiento es ayudar a la persona que tiene el trastorno somatomorfo a vivir una

vida lo más normal que pueda, a pesar de que él o ella pueda aún tener algo de dolor u otros síntomas. Afortunadamente, el trastorno somatomorfo no acortará la vida de la persona.

Dentro de los trastornos somatomorfos se encuentran los siguientes:

a.) Trastorno de somatización

Se diagnostica en personas que han tenido una larga historia de quejas de problemas físicos, que empezaron antes de los 30 años y que han causado mucho malestar y problemas en la vida diaria de la persona. Los síntomas deben incluir cuatro cuadros de dolor, dos de problemas con el aparato digestivo, uno de problemas sexuales, y uno de problemas con el sistema nervioso. Se debe llevar a cabo un cuidadoso examen médico para asegurarse que no haya un problema físico.

b.)Trastorno de conversión En que luego de una experiencia traumatizante, la persona desarrolla un síntoma como ceguera total o parcial, pérdida de sensación en alguna parte del cuerpo, o parálisis (entre otros). Es muy importante asegurarse que haya habido una experiencia traumatizante poco antes del trastorno. Es tan común en hombres como mujeres, y los casos generalmente se curan solos con el tiempo. Sin embargo, es importante asegurarse que no haya un problema físico.

Los síntomas de conversión caen en cuatro categorías, cada una de las cuales implica tipos muy diferentes y desconcertantes de perturbaciones:

- Síntomas o deficiencias motoras
- Síntomas o deficiencias sensoriales
- Ataques o convulsiones
- Presentaciones mixtas

b) Hipocondría

Es una preocupación exagerada y no justificada con enfermedades médicas serias. Aún cuando la persona visita al médico y se le dice que no tiene nada, sigue preocupada y segura que

cualquier malestar físico que siente es señal de problemas más serios. Esta preocupación afecta tanto a la persona que tiene dificultades con sus actividades diarias.

2.2.1.6 Trastornos sexuales

Es cualquier impedimento, ya sea de orden físico, psicológico o social que impide o dificulta 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.

2.2.1.6.1 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.

a) Disfunciones sexuales

Se consideran disfunciones sexuales a la existencia de inhibición de los deseos sexuales o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo completo de la respuesta sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual se divide en cuatro fases:

- 1) Deseo: Incluye fantasías y ganas de tener actividad sexual.
- 2) Excitación: consiste en la sensación subjetiva de placer que va acompañada de cambios fisiológicos. (Erección, lubricación vaginal, etc.)
- 3) Orgasmo: Es el punto culminante del placer sexual con la eliminación de la tensión y la concentración rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductivos pélvicos. En el hombre existe la sensación de inminencia eyaculatoria, seguida de la emisión del semen. En la mujer existen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina. En ambos sexos existe a menudo tensiones o contracciones musculares generalizadas.
- 4) Relajación: Es el período de sucede y en el se consigue un estado de reposo físico y moral, dejando los músculos en completo abandono y la mente libre.

a.1) Posibles causas de disfunción sexual

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.

b. 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.1) Homosexualidad

Es una orientación sexual y se define como la interacción o atracción sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia individuos del mismo sexo. Etimológicamente, la palabra homosexual es un híbrido del griego *homós* (que en realidad significa igual y no, como alguno creería, derivado del sustantivo latino *homo*, que quiere decir hombre) y del adjetivo latino

sexualis, lo que sugiere una relación sexual y sentimental entre personas del mismo sexo, incluido el lesbianismo

A pesar de que el término *gay* (que en inglés clásico significa alegre) suele emplearse para referirse a los hombres homosexuales y el término lesbiana para referirse a las mujeres homosexuales, *gay* es un adjetivo o sustantivo que identifica a las personas homosexuales sin importar su género. Desde 1973 la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad. Sin embargo, la situación legal y social de la gente que se autodenomina homosexual varía mucho de un país a otro y frecuentemente es objeto de polémicas.

El término homosexual fue empleado por primera vez en 1869 por Karl-Maria Kertbeny, y el libro *Psychopathia Sexualis* de Richard Freiherr von Krafft-Ebing popularizó el concepto en 1886. Desde entonces, la homosexualidad se ha convertido en objeto de intenso estudio y debate: inicialmente se catalogó como una enfermedad, trastorno o patología que había que curar, pero actualmente se entiende como parte integral necesaria para comprender la biología, psicología, política, genética, historia y variaciones culturales de las identidades y prácticas sexuales de los seres humanos.

c. 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.

c.1 Tipos de parafilias o desviaciones sexuales

- **Masoquismo:** La excitación depende del hecho de ser objeto de maltratos físicos, abusos o humillaciones por parte de la pareja. Es la parafilia que se complementa con la del sadismo en donde la persona tiene gran placer sexual al ser agredida físicamente, además de ser sometida por su agresor. Para Freud los masoquistas tienen fantasías destructivas que vuelven contra sí mismos.
- **Necrofilia:** Placer sexual al copular con un cadáver. Esta parafilia se define como la obtención del placer sexual con cadáveres, generalmente por medio de la cópula con o sin mutilación subsiguiente.
- **Pederastia:** Sostener sexo anal entre un hombre viejo y uno joven.
- **Pedofilia:** Excitarse al tener una relación sexual con infantes.
- **Transexualidad:** La transexualidad es un deseo obsesionante y consciente de cambiarse sexo. Un transexual es un individuo que piensa, siente y actúa como una hembra, pero que biológicamente es masculino.
- **Coprofilia:** Comer el excremento de la pareja conduce al orgasmo al tipo de personas que presentan esta parafilia.

- **Escatofilia telefónica:** Sólo se puede establecer por medio de llamadas telefónicas, las cuales pueden ser a personas conocidas o no, en este caso no se trata de llamadas eróticas, más bien son del tipo amenazante o insultante.
- **Exhibicionismo:** Si el individuo logra causar sorpresa, pánico o miedo, al mostrar alguna zona erótica en un sitio público y de manera ilegal, entonces puede llegar al orgasmo. Exhibicionistas (violadores a distancia).
- **Fetichismo:** La dependencia a cualquier objeto de la pareja, desde un cabello o ropa hasta, en el peor de los casos miembros, producen la excitación sexual y llegan a conducir al orgasmo.
- **Froteurismo:** Consiste en excitarse al frotar los genitales con el cuerpo de un desconocido en una multitud. (frotamiento): A esta parafilia se le describe como el gusto y excitación caracterizado por frotar el pene contra las nalgas o bien el cuerpo de una mujer.
- **Gerontofilia:** El motivo de la excitación surge cuando la relación se da con una persona de la tercera edad o con personas de la misma edad de los padres.
- **Travestofilia:** Utilizar prendas del sexo contrario, especialmente íntimas, constituyen deseo.
- **Troilismo:** La excitación sexual se da al observar a la pareja teniendo relaciones sexuales con otra persona.
- **Urofilia:** Orinar o beber la orina de otro dan lugar a la excitación.
- **Voyeurismo o escotofilia:** Consiste en observar a alguien desnudándose o teniendo relaciones de manera ilícita. Esta parafilia de gusto recurrente y que ocasiona preocupación, consiste en obtener placer sexual observando los órganos sexuales y las actividades sexuales de otros, por lo general de mujeres. Los voyeuristas se masturban mientras observa el evento.

- **Zoofilia:** Sostener relaciones con animales es motivo de excitación sexual.

2.2.1.7 Trastornos de la conducta alimentaria

Un Trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida.

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose super dependiente de esa idea.

La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de comida, se deja de salir a comer a restaurantes que sirvan comidas que “engordan” ingiriendo tan sólo una fruta o yogur en todo el día, de manera que la comida controla la vida de las personas que sufren este trastorno.

2.2.1.7.1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

a.) Anorexia nerviosa

Trastorno mental que consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio que amenaza contra la vida y es caracterizada por la privación de comer y por la pérdida excesiva de peso. El desorden es diagnosticado cuando una persona pesa por lo menos el 15 por ciento menos del peso normal de su cuerpo. La pérdida de peso extrema en las personas con anorexia nerviosa puede conducir a problemas peligrosos de salud e inclusive a la muerte.

El término anorexia significa literalmente "pérdida del apetito;" sin embargo, esta definición es engañosa ya que las personas con anorexia nerviosa con frecuencia tienen hambre pero, de todos modos, rechazan la comida. Las personas con anorexia nerviosa tienen intensos temores a engordar y se ven así mismos gordos inclusive cuando están muy delgados. Estos individuos pueden tratar de corregir esta percibida "imperfección" limitando el ingerimiento de la comida de manera estricta y haciendo excesivo ejercicio con la finalidad de perder peso.

a.1) Causas de anorexia nerviosa

La causa exacta de la anorexia nerviosa no es conocida pero las investigaciones sugieren que una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamientos, así como factores biológicos y ambientales podrían ser los responsables.

Las personas con anorexia nerviosa, con frecuencia, usan la comida como una manera de ganar un sentido de control cuando otras áreas de sus vidas están bajo mucho estrés o cuando se sienten abrumados. Los sentimientos de incompetencia, baja autoestima, ansiedad, rabia o soledad también podrían contribuir al desarrollo de este desorden. Adicionalmente, las personas con desórdenes alimenticios podrían tener relaciones problemáticas o tener una historia de haber sufrido burlas respecto a su tamaño o peso. La presión de los amigos y una sociedad que identifica la esbeltez y la apariencia física con la belleza también puede tener un impacto en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

Los desórdenes alimenticios también podrían tener causas físicas. Los cambios en las hormonas que controlan la manera como el cuerpo y la mente mantienen el humor, el apetito, los pensamientos y la memoria, podrían fomentar los desórdenes alimenticios. El hecho que la anorexia nerviosa tienda a correr en las familias también sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada.

a.2) Cómo se diagnostica la anorexia nerviosa

Si se presentan síntomas, el doctor empezará una evaluación realizando una historia médica completa y un examen físico.

Aunque no existen pruebas de laboratorio para diagnosticar específicamente la anorexia nerviosa, el doctor podría usar varias pruebas de diagnóstico, tales como, los rayos X y las pruebas de sangre para descartar la enfermedad física como la causa de la pérdida de peso así como para evaluar los efectos de la pérdida de peso en los órganos del cuerpo.

Si no se encuentra ninguna enfermedad física, la persona podría ser referida a un psiquiatra o psicólogo que son profesionales del cuidado de la salud quienes están especialmente entrenados para diagnosticar y tratar las enfermedades mentales. Los psiquiatras y los psicólogos pueden usar herramientas de evaluación y una entrevista especialmente diseñada para evaluar a una persona que tiene un desorden alimenticio.

a.3) Síntomas de la anorexia nerviosa

- Rápida pérdida de peso a lo largo de varias semanas o meses
- Continuar haciendo dieta a pesar de estar delgado o con el peso muy bajo
- Tener un interés inusual en la comida, las calorías, la nutrición o en cocinar
- Temor intenso a subir de peso
- Extraños hábitos o rutinas alimenticias, como por ejemplo, comer en secreto
- Sentirse gordo incluso cuando se tiene bajo peso
- Inhabilidad de calcular realísticamente el peso de su propio cuerpo
- Esforzarse por lograr la perfección y ser muy autocrítico
- Excesiva influencia del peso y forma del cuerpo en el autoestima de la persona
- Depresión, ansiedad o irritabilidad
- En las mujeres, períodos menstruales infrecuentes o irregulares
- Usos de laxantes, diuréticos o píldoras para dieta
- Enfermedades frecuentes
- Usar ropa suelta para esconder la pérdida de peso
- Hacer ejercicios compulsivamente
- Sentir que uno no vale la pena o sentirse sin esperanzas

- Retiramiento social
- Los síntomas físicos que se desarrollan a lo largo del tiempo, incluyen: poca tolerancia al clima frío, cabello y uñas quebradizas, piel seca o amarillenta, anemia, estreñimiento, articulaciones hinchadas y un crecimiento de nuevo pelo fino sobre el cuerpo.

a.4) Tratamiento de la anorexia nerviosa

El tratamiento de la anorexia nerviosa es un desafío porque la mayoría de las personas que tienen este desorden niegan que tengan un problema. Así como todos los desórdenes alimenticios, la anorexia nerviosa requiere un plan de tratamiento integral que es adaptado para cubrir las necesidades de cada paciente. Las metas del tratamiento incluyen devolverle a la persona un peso saludable, tratar problemas emocionales tales como la baja autoestima, corregir patrones de pensamiento distorsionados y desarrollar cambios de conducta a largo plazo. El tratamiento con mayor frecuencia involucra una combinación de las siguientes estrategias:

- **Psicoterapia:** Este es un tipo de consejería individual que se enfoca en cambiar el pensamiento (terapia cognitiva) y la conducta (terapia conductual) de una persona con un problema alimenticio. El tratamiento incluye técnicas prácticas para desarrollar actitudes saludables hacia la comida y el peso, así como un aproximamiento para cambiar la manera como una persona responde a situaciones difíciles.
- **Medicación:** Ciertas medicinas antidepresivas llamadas inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRIS) podrían ser usadas para ayudar a controlar la ansiedad y la depresión asociadas con un desorden alimenticio.
- **Orientación de Nutrición** — Esta estrategia es diseñada para enseñar un enfoque saludable a la comida y al peso, para ayudar a restablecer patrones normales de alimentación y para enseñar la importancia de la nutrición y una dieta balanceada.
- **Terapia de grupo y/o de familia:** El apoyo de la familia es muy importante para el éxito del tratamiento. Es importante que los miembros de la familia entiendan el desorden

alimenticio y reconozcan sus señales y síntomas. Las personas con desórdenes alimenticios podrían beneficiarse con la terapia de grupo ya que pueden encontrar apoyo y podrán discutir abiertamente sus sentimientos y preocupaciones con otros que comparten experiencias y problemas comunes.

- **Hospitalización.** La hospitalización podría ser necesaria para tratar la pérdida de peso severa que ha dado como resultado la desnutrición y otras serias complicaciones de salud mental y física, tales como los desórdenes cardíacos, depresión seria y el riesgo de suicidio. En caso de desnutrición severa se podrían necesitar; fluidos intravenosos (en la vena), la alimentación a través de una sonda naso gástrica o una solución total nutricional parenteral (TPN). La TPN es usada por pacientes que no pueden o no deben obtener su nutrición comiendo.

b) Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa, normalmente llamada bulimia, se define como episodios incontrolados de comer en exceso (atracones) seguidos normalmente de purgas (autoinducción del vómito), mal uso de laxantes, enemas, o medicamentos que producen un incremento en la producción de orina, ayuno o ejercicio excesivo para controlar el peso. Los atracones, en esta situación, se definen como comer cantidades mucho más grandes de alimentos de las que se consumirían normalmente en un período corto de tiempo (normalmente menos de dos horas). Los atracones de comida se producen al menos dos veces a la semana durante tres meses y pueden producirse incluso hasta varias veces al día.

b.1) Causas de bulimia

No se conoce la causa de la bulimia. Se cree que los factores que contribuyen al desarrollo de la bulimia incluyen los ideales culturales y las actitudes sociales en cuanto a la apariencia del cuerpo, la autoevaluación basada en el peso y forma del cuerpo, y los problemas familiares. Del

30 al 50 por ciento de los adolescentes bulímicos también cumplen los criterios de la anorexia nerviosa al inicio de su enfermedad.

b.3) Tipos de bulimia

Existen dos subgrupos de comportamientos anoréxicos cuyo objetivo es reducir la ingestión calórica:

- Tipo purgante - regularmente se autoinduce el vómito o hace mal uso de laxantes, diuréticos o enemas, u otros purgantes (medicamentos que, a través de sus efectos químicos, sirven para aumentar la eliminación del contenido intestinal).
- Tipo no purgante - utiliza otros comportamientos inapropiados, como ayunar o realizar ejercicio excesivo, en vez de adoptar comportamientos purgantes para reducir la absorción calórica de cantidades excesivas de alimentos por parte del cuerpo.

b.4) Síntomas de la bulimia

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la bulimia. Sin embargo, cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Usualmente un peso corporal bajo o normal (la persona se ve gorda).
- Episodios recurrentes de atracones de comida (consumo rápido de cantidades excesivas de alimentos en un período de tiempo relativamente corto, a menudo en secreto), asociados con sentimientos de miedo de no ser capaz de dejar de comer durante los episodios de atracones.
- Autoprovocarse el vómito (normalmente en secreto).
- Ejercicio excesivo o ayunar.

- Costumbres o rituales alimentarios peculiares.
- Uso inadecuado de laxantes, diuréticos u otros purgantes.
- Menstruaciones irregulares o ausencia de menstruaciones.
- Ansiedad.
- Sentimientos de desaliento relacionados con la insatisfacción consigo mismos y con la apariencia de su cuerpo.
- depresión
- Preocupación por los alimentos, el peso y la forma del cuerpo.
- Cicatrices en la parte posterior de los dedos debido al proceso de autoprovocarse el vómito.
- Comportamiento obsesivo hacia sus metas.

Los síntomas de la bulimia pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos. Siempre consulte al médico de su hijo adolescente para obtener un diagnóstico.

b.5 Diagnóstico

Los padres, maestros, entrenadores o instructores pueden ser capaces de identificar al niño o adolescente que tiene bulimia, aunque muchas personas que tienen la enfermedad inicialmente la mantienen muy privada y escondida. Sin embargo, un psiquiatra infantil o un profesional de la salud mental capacitado normalmente diagnostica la bulimia en los niños y adolescentes. También resulta beneficioso contar con los antecedentes detallados y las observaciones de conducta del adolescente suministrado por sus padres y maestros y, algunas veces, realizar un examen psicológico. Los padres que observen síntomas de bulimia en su niño o adolescente

pueden ayudar buscando una evaluación y tratamiento tempranos. decisión clave para prevenir la aparición e incidencia de problemas en el futuro.

La bulimia, y la desnutrición resultante, puede afectar de forma adversa a casi todos los sistemas de órganos del cuerpo, aumentando la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos. Consulte al médico de su hijo adolescente para obtener más información.

b.6 Tratamiento

La bulimia en los adolescentes normalmente se trata con una combinación de terapia individual, terapia familiar, modificación del comportamiento y rehabilitación nutricional.

En los adultos, ha sido efectivo el uso de terapia cognitiva del comportamiento y de medicamentos antidepresivos. El tratamiento siempre debe basarse en una evaluación integral del adolescente y de la familia. Generalmente, la terapia individual incluye técnicas cognitivas conductuales.

Los medicamentos (normalmente antidepresivos o medicamentos contra la ansiedad) pueden ser útiles si el adolescente que tiene bulimia está también ansioso o deprimido. La existencia frecuente de complicaciones médicas durante el transcurso del tratamiento de rehabilitación requiere que el médico y un nutricionista sean participantes activos del equipo de tratamiento.

Los padres desempeñan un papel vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

2.2.1.8 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones.

Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen que pueden manejar los problemas por sí mismas.

Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran. Aunque la gente tiende a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes, y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo.

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos.

Con frecuencia, los familiares o los asistentes sociales los envían a recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás. En cambio, la gente con trastornos por ansiedad se causa problemas a sí misma pero no a otros. Cuando las personas con trastornos de la personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil.

Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes tipos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. El trastorno de identidad disociativo, anteriormente llamado trastorno de personalidad múltiple, es un trastorno completamente diferente.

Dentro de los trastornos de personalidad se encuentra la siguiente clasificación.

a. Personalidad paranoide

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales).

Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto. Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos.

A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía (como la sordera) son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

b. Personalidad esquizoide

Las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios pensamientos y sentimientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

c. Personalidad esquizotípica

Las personas con una personalidad esquizotípica, al igual que aquellas con una personalidad esquizoide, se encuentran social y emocionalmente aisladas. Además, desarrollan pensamientos, percepciones y comunicaciones insólitas. Aunque estas rarezas son similares a las de las personas

con esquizofrenia, y aunque la personalidad esquizotípica se encuentra a veces en la gente con esquizofrenia antes de que desarrollen la enfermedad, la mayoría de los adultos con una personalidad esquizotípica no desarrolla esquizofrenia. Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico (la idea de que una acción particular puede controlar algo que no tiene ninguna relación con ella). Por ejemplo, una persona puede creer que va a tener realmente mala suerte si pasa por debajo de una escalera o que puede causar daño a otros teniendo pensamientos de ira. La gente con una enfermedad esquizotípica puede tener también ideas paranoides.

d. Personalidad histriónica

Las personas con una personalidad histriónica (histérica) buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. Sus maneras vivamente expresivas tienen como resultado el establecer relaciones con facilidad pero de un modo superficial. Las emociones a menudo aparecen exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar la simpatía o la atención (con frecuencia erótica o sexual) de los otros. La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sensualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección. Algunas personas con personalidad histriónica también son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan.

e. Personalidad narcisista

Las personas con una personalidad narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman “grandiosidad”. La persona con este tipo de personalidad puede ser extremadamente sensible al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a un fracaso para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente rabiosos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su

comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

f. Personalidad antisocial

Las personas con personalidad antisocial (en otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática), la mayor parte de las cuales son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal (a diferencia de los narcisistas, que creen que son mejores que los otros). Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. Toleran mal la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas.

Las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la toxicomanía, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, esta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad.

g. Personalidad límite

Las personas con una personalidad límite, la mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas

personas han sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados.

Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (esto es, no se sienten reales). Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

Estas personas son vistas a menudo por los médicos de atención primaria; tienden a visitar con frecuencia al médico por crisis repetidas o quejas difusas pero no cumplen con las recomendaciones del tratamiento. Este trastorno es también el más frecuentemente tratado por los psiquiatras, porque las personas que lo presentan buscan incesantemente a alguien que cuide de ellas.

h. Personalidad pasivo-agresiva

Los comportamientos de una persona con una personalidad pasiva-agresiva (negativista) tienen como objetivo encubierto controlar o castigar a otros. El comportamiento pasivo-agresivo es con frecuencia expresado como demora, ineficiencia y malhumor. A menudo, los individuos con una personalidad pasiva-agresiva aceptan realizar tareas que en realidad no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de esas tareas. Ese comportamiento generalmente sirve para expresar una hostilidad oculta.

2.2.1.8.2 Diagnóstico

El médico basa el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en la expresión por el sujeto de tipos de comportamiento o pensamientos desadaptados. Estos comportamientos tienden a manifestarse porque la persona se resiste tenazmente a cambiarlos a pesar de sus consecuencias desadaptadas.

Además, es probable que el médico perciba el uso inapropiado de la persona de mecanismo de enfrentamiento, a menudo llamados mecanismos de defensa. Aunque todo el mundo utiliza inconscientemente mecanismos de defensa, la persona con trastornos de la personalidad los usa de modo inapropiado o inmaduro.

2.2.1.8.3 Tratamiento

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento y, probablemente por esta razón, suelen acudir a las consultas acompañadas de otra persona. Generalmente el paciente puede responder al apoyo que se le presta, pero suele mantenerse firme en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación. Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta.

El terapeuta destaca repetidamente las consecuencias indeseables de la forma de pensar y de comportarse de la persona, algunas veces fija límites a este comportamiento y también repetidamente enfrenta a la persona con la realidad. Resulta útil y a menudo esencial la implicación de la familia de la persona afectada, puesto que la presión del grupo puede ser eficaz. Las terapias de grupo y familiares, vivir en grupo en residencias especializadas y la participación en clubes sociales terapéuticos o en grupos de autoayuda pueden ser útiles.

Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente

aliviadas con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable. Más aún, la terapia farmacológica se complica frecuentemente por el mal uso de los fármacos o por los intentos de suicidio. Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado.

Cambiar una personalidad requiere mucho tiempo. Ningún tratamiento a corto plazo puede curar con éxito un trastorno de la personalidad pero ciertos cambios pueden conseguirse más rápidamente que otros. La temeridad, el aislamiento social, la ausencia de autoafirmación o los exabruptos temperamentales pueden responder a la terapia de modificación de la conducta. Sin embargo, la psicoterapia a largo plazo (terapia hablada), con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su ansiedad y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos. Algunos tipos de trastornos de personalidad, como el narcisista o el obsesivo-compulsivo, pueden tratarse mejor con el psicoanálisis. Otros, como los tipos antisocial o paranoide, raramente responden a una terapia.

2.3 Métodos de psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas. Los principales objetivos son:

- Lograr un acercamiento al examinado,
- Tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste, y
- Describir al examinado, en algún aspecto específico (ej: capacidad intelectual, personalidad, habilidades específicas, etcétera) o en su totalidad, de acuerdo a un propósito inicial (ej: definición de adecuación a un cargo en caso de selección de personal, diagnóstico clínico diferencial, entrega de información con fines pedagógicos, etcétera).

2.3.1 Etapas del psicodiagnóstico

a) Contacto inicial:

Puede 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 el psicodiagnóstico.

El contacto inicial tiene las siguientes características:

- Es semiestructurado.
- Da pautas para elegir el encuadre.
- Se expresa el motivo de consulta manifiesto, y el profesional empieza a formular sus hipótesis sobre el motivo latente.
- Pueden ser más de una entrevista inicial.
- Los niños pueden ser entrevistados desde los siete años.
- Es distinta para niños y para adultos.

b) Entrevista inicial:

Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, qué pruebas se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones para distintas áreas a evaluar. La confección de la batería de tests a aplicar a un sujeto determinado debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta. También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para realizar el proceso de psicodiagnóstico.

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.

a) Aplicación de la evaluación:

Administración de tests y otras herramientas diagnósticas.

b) Cierre del proceso y devolución de la información:

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 san 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.

Durante esta entrevista el terapeuta debe considerar lo siguiente:

- Entregar imagen lo más integrada del sujeto.
- Preservar la salud mental del terapeuta
- Rol más activo del profesional.
- Es la devolución de la información discriminada y dosificada en relación con las capacidades del yo del sujeto, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico.
- La transmisión de esta información es el objetivo de la misma, para cerrar la gestalt y tener una comunicación lograda, restituyendo el diálogo entre consultante y psicólogo.
- El examen psicológico, por lo desestructurante que es de la identidad, exige resolverse en un sentido de integración entre sus elementos desconocidos y temidos y aquellos adaptativos. Es un mecanismo de reintroyección de la identidad latente
- Da la oportunidad al paciente de que se vea con más criterio de realidad, menos distorsiones y proyecciones.
- Favorece la discriminación de identidades dentro del grupo familiar.

- Funciona como prueba de realidad de que el psicólogo reconoce los aspectos dañinos y reparadores del paciente como coexistentes.
- Se debe observar la reacción del paciente ante esta devolución para sintetizar el caso y planificar más adecuadamente la orientación terapéutica.

c) Análisis de los resultados.

d) Confección y entrega del Informe Psicológico.

2.3.2 Informe psicológico

Es un informe escrito que expone verbalmente los resultados de un proceso de psicodiagnóstico y que generalmente va dirigido al solicitante del mismo (médico especialista tratante, psicólogo tratante, encargado de selección de personal de una empresa, profesor jefe, etcétera). En él se incluyen los siguientes datos:

- Identificación del examinado y del examinador
- Motivo de consulta
- Antecedentes relevantes
- Pruebas o instrumentos aplicados
- Conducta observada
- Resultados
- Conclusiones o sugerencias

2.3.3 Historia clínica

La historia clínica psiquiátrica es en términos generales similar a la realizada en cualquier otra especialidad; pero se toman en cuenta los aspectos de las funciones cerebrales superiores con mayor énfasis.

Durante la entrevista se debe estar consciente que algunos de estos pacientes, no vienen de forma voluntaria y que no tienen conciencia de la existencia de su enfermedad, o bien, no la acepta.

Se emplean dos técnicas, la de asociación libre (permitir al paciente expresar todo lo que quiera) y la entrevista dirigida, una variedad comúnmente empleada, es la técnica mixta, que tiene componentes de las dos anteriores, es decir, mientras el paciente habla, se le puede interrumpir para detallar más un hecho. Muchas veces la entrevista no puede ser realizada con el paciente por diferentes circunstancias, por lo que se puede recurrir a la familia.

2.3.3.1 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

Lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se rellena con las palabras del propio paciente sabremos cómo ha percibido 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) Período del desarrollo

f.1) Historia prenatal y perinatal: se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si

hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer.

f.2) Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años): se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor del niño (durante el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área. Debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, condiciones socioeconómicas, relación con sus padres y hermanos, etc. La personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc.

En resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

f.5) Edad adulta

Debe consignarse la historia ocupacional del paciente, la formación y prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se debe explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido).

También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, la historia legal, sexual y familiar, y finalmente sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías.

g.) 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.

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.

A continuación, un esquema modelo para el examen del estado mental:

h.1.) Descripción general

- **Aspecto:** Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general, postura, porte, vestimenta y aseo.
- **Conducta explícita y actividad psicomotora:** Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.

- **Actitud:** La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: Cooperador, amable, hostil, interesado, franco, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.
- **Humor:** Se define como la emoción persistente y constante que exhibe la percepción del mundo del paciente.
- **Afecto:** Es la respuesta emocional del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva.
- **Lenguaje:** Se describen las características físicas del lenguaje, en cuanto a cantidad, tasa de producción y cualidad.
- **Percepción:** Se debe consignar cualquier alteración sensoperceptiva, describiendo cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria. También son importantes las circunstancias que ocurren en la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que ocurren.
- **Pensamiento: Proceso del pensamiento:** Se refiere a la forma del pensar, puede mostrar sobreabundancia como pobreza de ideas, deben consignarse las asociaciones de ideas y la continuidad de ellas.
- **Contenido del pensamiento:** Se deben pesquisar alteraciones de contenido, como delirios, obsesiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes, etc.
- **Concentración y atención:** Se refiere al esfuerzo en centrarse en una determinada parte de la experiencia y la concentración.
- **Juicio e introspección:** el juicio se refiere a la capacidad del paciente de medir las consecuencias de sus actos y la introspección es el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo.
- **Fiabilidad:** El médico debe consignar su impresión sobre la veracidad y la sinceridad del paciente durante la entrevista.

Con la valoración del estado mental se obtiene entonces una imagen precisa del estado emocional, funcionamiento y capacidad mental del paciente.

i.) Pruebas complementarias

Físicas y psicométricas: tests psicológicos, neurológicos o de laboratorio según estén indicadas: Electroencefalograma, imagen de tomografía computada, resonancia magnética, tests para establecer o descartar otras enfermedades, tests de escritura y de comprensión de la lectura, tests de afasia, tests de proyección psicológica, tests de supresión de dexametasona, análisis de orina por probable intoxicación, etc.

j.) Impresión diagnóstica

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas psicológicas y somáticas y por la exploración psicopatológica, hay que "comprender, explicar, analizar e interpretar" para establecer un diagnóstico inicial; de ahí que no se debe ser 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 el psicólogo se enfrenta 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 se debe circunscribir 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 se debe realizar una modificación en su tratamiento de base.

k.) 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.

1.) 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, se conoce 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.

2.3.4 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM

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). Ya ha salido un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM está realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos 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.

2.3.4.1 Diagnóstico multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en 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.

2.3.5 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.

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. 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».

2.3.6 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.

En cierta medida, la GLADP culmina una etapa, que se inaugura con las contribuciones de José Leme Lopes (1954) en Brasil y las de José Horwitz y Juan Marconi (1966) en Chile, y que representa los esfuerzos de la psiquiatría latinoamericana por refinar sus modelos de clasificación y diagnóstico. Representa también un reconocimiento a los esfuerzos pioneros de los nosólogos latinoamericanos que, como Carlos Acosta Nodal (1975) en Cuba, J. C. Lucena (1963) en Brasil, Carlos León (1986) en Colombia y muchos otros en diferentes esquinas de la región latinoamericana, han creado las circunstancias propicias para el desarrollo de un modelo diagnóstico regional.

Este sistema propuesto por la APAL establece el manejo del diagnóstico multiaxial, en cuatro ejes, ubicando los trastornos clínicos con todas las categorías y sub-categorías de la CIE 10, así como las condiciones no patológicas que demanda atención del clínico, incorporando, lo que se constituye como aporte, los síndromes culturales latinoamericanos, en el primer eje. Las discapacidades para el segundo eje; factores contextuales para el tercer eje. Cerrando como cuarto eje los indicadores de la calidad de vida del paciente.

A manera de conclusión señalo, que la tradición del diagnóstico del modelo médico, semiológico y descriptivo, ha marcado el trabajo diagnóstico de la clínica psicológica lo que implica un

problema teórico conceptual que ha quedado invisibilizado por la tradición y por la práctica social; una segunda conclusión a la que podemos arribar desde el presente trabajo, radica en la postura organicista - funcionalista que comparten tanto el modelo biógeno como el modelo sindrómico. Una tercera conclusión va por necesidad de incorporar los aspectos de la subjetividad humana y sus grados de complejidad con la que se eleva en su comportamiento su personalidad, ha obligado a la psiquiatría moderna y postmoderna a un ajuste cosmovisivo del paciente a fin de lograr la integralidad en sus sistemas diagnósticos; intento que no ha sido conseguido.

2.3.7 Tests psicológicos

Los tests psicológicos o pruebas psicológicas 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 suponen poder provocar una situación *cuasi* experimental en la que un sujeto o grupo de personas son estimulados a realizar determinado tipo de actividades, (leer, relatar, repetir, dibujar, resolver, completar, comparar, escribir, armar, ordenar), siguiendo ciertas consignas pautadas y uniformes, con la 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 (baremos). 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.

2.3.7.1 Clasificación general de los tests psicológicos

La mayor clasificación de los test se da en dos grandes vertientes:

- **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.

- **Tests proyectivos:** 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.

2.3.7.2 Áreas de aplicación de los tests

El uso de 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:** quizás la más popularmente relacionada con el uso de tests, ya sea para la práctica privada o institucional, los tests 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 como al momento de planificar determinada 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 y 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.
- c. **Psicología organizacional y laboral:** al igual que en las áreas anteriores, permite acceder a una gran cantidad de información en un tiempo mínimo, permite despistar trastornos mentales mayores, identificar actitudes, potencialidades y debilidades y aplicar este perfil en el proceso de selección de personal para un cargo determinado.

2.4 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. Existen tantas definiciones de psicoterapia como libros escritos sobre la misma, pero Jerome Frank, (1982) nos ofrece un excelente punto de partida. 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.

La psicoterapia consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos.

El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha ingresado a la relación con el fin de resolver su problema.

La relación psicoterapéutica es una alianza de apoyo pero con propósitos bien definidos en la cual se usan varios métodos con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.

Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica en particular.

2.4.1 Competencias de la psicoterapia

La terapia es ante todo 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: el cambio terapéutico. Puesto que la psicoterapia tiene lugar dentro de 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. Entre las principales competencias están:

- a) Instaurar un nuevo lenguaje no moralista ni crítico, lenguaje frecuente en los pacientes con depresión, que puede incluir comentarios de desvalorización personal tales como "si estoy deprimida ya no valgo para nada" o "para qué voy a seguir viviendo". Con este nuevo lenguaje se definen los problemas del paciente de modo consensuado con él y en términos cognitivo-conductuales.
- b) Eliminar la justificación para los fracasos ("ya no puedo andar tan deprisa como antes podía, porque estoy hecho un torpe y un inútil"), que genera sentimientos depresivos; en otros casos la causa se atribuye al exterior ("mis nietos ya no me hacen tanto caso porque no son buenos nietos"), y este estilo genera sentimientos y respuestas agresivas hacia los otros (la familia fundamentalmente) y conductas de queja depresivas.
- c) Definir y justificar los objetivos de la intervención: si se plantean como objetivos los pensamientos negativos, las conductas pasivas o de aislamiento social, o las de delegación de responsabilidades en los otros, o las de queja o llanto, hay que poner en relación estos objetivos con el persistencia del problema del paciente, puesto que debe quedar claro para él por qué está deprimido, por qué piensa y/o actúa de esa forma, qué relación tienen estas variables con su problema.

- d) Ajustar las expectativas con respecto al tipo de terapia, duración de la misma y rol que el paciente va a representar, explicitándole claramente qué se espera de él y qué tiene que cambiar y por qué. No controlar estos temas puede ser un riesgo de abandono voluntario del tratamiento, ya que puede existir una gran discrepancia entre lo que el paciente esperaba y lo que se le va a ofrecer en el tratamiento. Todos estos aspectos se justifican con la explicación adecuada de la hipótesis.
- e) Crear expectativas de cambio y aliviar el estado de ánimo negativo y la desesperanza, haciéndole ver que su problema puede ser entendido de modo distinto a como lo había visto hasta entonces, implicando la solución de sus sentimientos negativos y un abordaje más práctico y constructivo a sus problemas.
- f) Generar empatía. Con las personas mayores la generación de empatía, comprensión y apoyo incondicional al paciente son básicos para poder conseguir los objetivos terapéuticos, ya que sin ellos los pacientes corren un mayor riesgo de abandonar la terapia o terminarla sin éxito.
- g) Informar a la familia. Especialmente en esta población la familia debe ser informada de los motivos que mantienen el problema del paciente. Se trata de eliminar valoraciones morales ("es un egoísta", "sólo piensa en él"), comportamientos críticos, agresivos ("lo hace para fastidiarnos o llamar la atención", "tiene muy mala idea"), o protectores ("pobrecito, está tan torpe que hay que hacerlo todo por él") que pueden actuar como mantenedores de las respuestas de depresión (conductas pasivas, sentimientos de inutilidad, conductas agresivas o de irritabilidad de los pacientes).

2.4.2 Características deseables del terapeuta

Se consideran como necesarias, pero no suficientes, que el terapeuta posea tres competencias relacionales (Rogers, 1951): aceptación, empatía y autenticidad. 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 cognitivamente 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 una 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. Puede incluso desarrollar "ensayos cognitivos" sobre las actitudes y emociones del paciente (por ejemplo: imaginándose asumiendo actitudes y emociones similares a la del paciente) y generar así alternativas a las mismas.

La última habilidad, la autenticidad, se refiere a la franqueza del terapeuta con el paciente, para que este tenga una imagen realista de lo que puede (y no puede) esperar sobre el terapeuta o la terapia. 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 el principal determinante de su reacción, por lo que las "preguntas de *feedback*" son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

2.4.3 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.

2.4.4 Formas de psicoterapia

2.4.4.1 Técnicas de tratamiento psicoanalítico

A. Psicoanálisis Jungiano

El psicoanálisis jungiano sostiene que todas las instancias psíquicas se hallan en estrecha relación unas con otras. La descripción aislada de un concepto (planeta, signo, casa) sólo ofrece de éste una visión forzosamente parcial, debido a que no tiene en cuenta las relaciones dinámicas con otras instancias, ni tampoco con la totalidad del sistema psíquico en su conjunto (carta natal). Todo está ligado, y todo se halla en movimiento (progresiones, tránsitos, revoluciones, etc.): la interpretación de la carta natal solo adquirirá sentido cuando se haya analizado por entero. Además, Jung no cesa de afirmar que el encuentro con la *psique* (interpretación de la carta) supone una experiencia que se produce tanto en la mente como en el corazón, es decir, en el intelecto a la vez que en lo emocional. Esto hecho exige una lectura circular, a modo de espiral: la comprensión intelectual (de la carta) resulta enriquecida por la resonancia emocional: de aquí una confrontación interior que, a su vez, conduce a la profundización de la comprensión.

B. Psicoterapia de apoyo en intervención de crisis

Dentro de los muchos quehaceres con los que cuenta el psicólogo, uno de los mas 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 mas, 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.

Actualmente ha ido proliferando en todo el mundo la preocupación por los efectos psicosociales de las emergencias y desastres, así como los grupos de psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias, conformando los equipos de primera respuesta, organizando sociedades o

grupos de intervención locales creando redes nacionales de ayuda psicológica. 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.

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, etc.

Se conoce también el modelo trabajado de Jacobson y otros (1968) donde se distinguen cuatro niveles en la intervención en crisis: manipulación del ambiente (enlazar la persona con un recurso de ayuda como un ministro religioso, amigo u órgano de asistencia), apoyo general (el escuchar con empatía que realizan los vecinos, cantineros y otros semejantes), enfoque genérico (trabajo breve por personas entrenadas en intervención en crisis), y adaptación individual de la intervención en crisis a cargo de personas con un amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

C. Psicoterapia focal

El objetivo es utilizar un caso clínico para estudiar las interacciones entre lo que el paciente asocia y la intervención del terapeuta (técnica); dichas interacciones son un estudio de la relación que se va desarrollando entre médico y paciente (teoría de las relaciones objétales). El principal objetivo fue entonces estudiar la relación médico-paciente; secundariamente, fue el demostrar que la psicología focal lleva a resultados terapéuticos aceptables.

Ferenczi desarrolló (a pesar de muchas oposiciones y fracasos) la llamada 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.

El Taller de Psicoterapia Focal, integrado por varios profesionales (psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos) se reunía periódicamente y a partir de allí se fue elaborando un formulario de entrevista inicial y un esquema para informe sobre cada sesión. Allí se interesaba menos la psicopatología específica del paciente y más el aspecto de interacción con el terapeuta y relaciones objetales en la fantasía y la reconstrucción del pasado. Se incluyen datos para poder estudiar las intervenciones verbales y las no verbales en función del 'objeto focal'.

El formulario de entrevista inicial contiene datos para que los integrantes del equipo puedan discutir a) si se puede ayudar al paciente con una terapia breve, y b) qué aspecto de la enfermedad del paciente debía tratarse. Luego, durante el tratamiento, cada sesión debía ser sintetizada con los datos de relevancia en un 'informe de sesión'.

La terapia focal sigue la línea psicoanalítica, pues la actividad del terapeuta está restringida a intervenciones interpretativas. Su actividad consiste en a) encontrar el foco apropiado de los varios que ofrece el paciente, y b) aproximarse a él de modo constante y coherente con la sola actividad interpretativa. Lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. Pero si las circunstancias lo exigen, el terapeuta deberá cambiar el foco (las asociaciones del paciente pueden mostrar la irrelevancia del foco elegido originalmente).

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.

D. Psicoterapia de apoyo

En general es la técnica más empleada en el abordaje de casos, siendo de una gran utilidad sobre todo en cuadros agudos. En la mayoría de ocasiones no se reconoce una base teórica única en su aplicación, recurriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso. 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 muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, no solamente en aspectos meramente personales sino también familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.

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.

E. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia consiste, básicamente, en un proceso de aprendizaje, desaprendizaje, y reaprendizaje, este aprendizaje y reaprendizaje que provee, usualmente se basa en efectos inmediatos de catarsis o en un cierto tipo de 'permiso' para verter

el super yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos, una actuación (*acting-out*). Estas ‘terapias’ proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

Es entendible, en todo caso, que por un largo período de tiempo la psicoterapia breve, en general, tenía una baja estima, especialmente por parte de psicoanalistas y otros terapeutas entrenados dinámicamente. Los teóricos la acusaban de reduccionista, y planteaban que quienes la ejercían daban un mero apoyo, o que proveía de bandas de ayuda emocional.

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.

Esta concepción no pide más de la operación psicoterapéutica de lo que pediría cualquier operación médica o quirúrgica. Uno puede esperar que un cirujano que va a realizar una operación específica, tenga un buen conocimiento de lo relacionado con la anatomía, fisiología y patología de esa zona y de sus estructuras adyacentes, y que tenga una noción sobre la secuencia de su intervención; él modificará la operación sólo si ciertas circunstancias del individuo así lo demandan.

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: 1) problemas de auto-estima; 2) agresión frente a la presencia de 3) un súper yo severo; 4) un sentimiento de pérdida –de amor, del amor de un objeto, o de parte de si mismo; 5) un sentimiento de desilusión, que Edith Jacobson

también refiere como un sentimiento de haber sido engañado; 6) 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; 7) la personalidad depresiva, es más dependiente, específicamente, de nutrientes narcisistas; 8) el mecanismo de defensa más comúnmente utilizado es la negación.

En la terapia breve de la depresión, es importante poner atención a la presencia y rol de estos factores en el paciente individual, y notar los denominadores comunes históricos entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. A través de un trabajo vigoroso a través de los factores relevantes con apropiados métodos de intervención y una secuencia de métodos de intervención, la depresión, en mi experiencia, se sienta bastante bien ante una psicoterapia breve, en la mayoría de los casos.

Una historia pasada que contenga violencia será crucial, así como también lo será la estructura de personalidad específica. Un nuevo evento será interpretado en términos de la experiencia preexistente y de la estructura de la personalidad. Aquellos que ya tienen un gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco.

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.

Incluso, en todas las circunstancias, el tratamiento consiste en ayudar al paciente a entender su sintomatología como un intento de adaptarse a su problema actual en términos del pasado. Por lo general, este es un anacronismo mal adaptativo, y se ofrece al paciente un mejor método de solución de problemas. Es, de hecho, posible que el paciente requiera de nuevas fuerzas, y

reconstituya una mejor capacidad para tolerar determinados tipos de estrés del que tenía antes de esta emergencia en particular.

En un sentido amplio, se podría decir que la psicoterapia breve permite un seguir-adelante-en-el-trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con él, que el que existía anterior a la enfermedad. En ese sentido, la psicoterapia breve no sólo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general. En otro lugar, hemos descrito un gran número de problemas y condiciones que pueden ser claramente conceptualizadas y el tratamiento de estas se presenta a continuación. Esto no debe dar paso a que uno se adhiera a un programa rígido como si fuera un horario de entrenamiento. Debe ser considerado como una perspectiva a partir de la cual se logra un acercamiento al paciente y a sus problemas de modo heurístico.

2.4.4.2 Terapia cognitivo-conductual

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.

a) Terapia racional emotiva

Albert Ellis recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "Master" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal. En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo clínico en un centro de salud mental anejo a un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de Instituciones y Agencias, también fue profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York, pero podemos decir que la mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia. Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos (cifras similares al resto de los psicoanalistas). Pero Ellis no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neofreudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aún así, observó que sus

pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("*Inshigts*") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo. Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodocctrinamiento" en exigencias irracionales.

La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodocctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual (p.e "sexo sin culpa", 1958, "Arte y Técnica del Amor", 1960 y "La enciclopedia de la conducta sexual", 1961), que le hicieron ocupar un lugar relevante en este área. También en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia ("Razón y Emoción en Psicoterapia") donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda".

La terapia racional emotiva tiene 6 principios los cuales se describen a continuación:

- 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.

- 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., se analiza lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, se verá cómo lo que se dice a sí misma está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

- Debido a que se siente en función de lo que se piensa, para acabar con un problema emocional, hay que empezar haciendo un análisis de pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que se puede hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que se puede cambiar, ya que no se puede cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirse mal sólo porque así se desea.
- 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.
- 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 es posible trabajar directamente en el momento presente.

- 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.

a.1) 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.

a.2) Emociones positivas adecuadas e inadecuadas

Los 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.

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 sus pensamientos son los principales responsables de sus emociones negativas inadecuadas, se puede sentir mejor si aprende 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:

- a. Descubrir las creencias que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.
- b. Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras.
- c. 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.

2.4.4.3 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 grupo taller persigue una doble función:

- Psicoterapéutica, con el objetivo de elaborar el conflicto personal y social que la situación de enfermedad plantea.
- Educativa didáctica, transmitiendo información sobre la naturaleza de la enfermedad, e instruyendo en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento activo que permitan integrar como parte de la vida la experiencia de enfermedad.

El modelo de psicoterapia grupal que se propone 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.

No resulta casual el auge que a partir de la primera década del presente siglo comenzó a cobrar el empleo de los grupos, con finalidades terapéuticas y otros que si bien no tenían como objetivo principal el tratamiento de trastornos emocionales de sus participantes, si incluían el desarrollo de ciertas habilidades, ya sea para el trabajo en grupo, las relaciones interpersonales o la adquisición de determinados conocimientos o el análisis y solución de determinada problemática. Tareas investigativas y otros.

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

- a. La economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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 “victimas de su destino”.

- f. En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.
- g. El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

2.4.4.4 Terapias humanistas

Este enfoque de psicoterapia se adapta a un enfoque tanto de terapia breve como de terapia larga. En el caso de terapia breve, el enfoque es más activo y pone énfasis en una serie de intervenciones con tareas apropiadas al cliente. En el caso de tratamiento a largo plazo (50 o más sesiones) de problemas crónicos de la personalidad o de dificultades interpersonales se pone más énfasis en la relación interpersonal, aunque las tareas de intervención se siguen usando en los momentos más apropiados. Los referentes del enfoque procesal y vivencial son la terapia centrada en el cliente de Rogers, en cuanto a los aspectos relacionales, y la terapia gestáltica de Perls en cuanto a las tareas de intervención. 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.

La tesis central es que facilitar el cambio terapéutico es facilitar el cambio emocional. Las emociones se entienden no como perturbaciones afectivas que hay que controlar, sino como indicadores que dan a la persona su sentido inmediato en el mundo, y, que por lo tanto su exploración constituye el objetivo central de la terapia. 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.

a) Psicoterapia transpersonal

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. Tradicionalmente, la terapia occidental se ha preocupado sobre todo por la psicodinámica, la modificación del comportamiento y el crecimiento personal. 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. Sin embargo, sólo en la década de 1970 han empezado a interesarse los terapeutas occidentales por la investigación personal de la meditación y de otras técnicas orientadas a la alteración de la consciencia, y a incorporar las técnicas orientales a la práctica de la terapia.

En tanto que el ámbito de lo transpersonal era previamente dominio exclusivo del gurú o maestro espiritual, a los psicoterapeutas que trabajan con el tipo de problemas humanos que ponen en juego los valores, el significado y el propósito se les ha hecho cada vez más evidente que cuando el crecimiento psicológico trasciende la personalidad, plantea invariablemente cuestiones de naturaleza espiritual. 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.

En su investigación de esas personas relativamente sanas, Abraham Maslow encontró una amplia variedad de lo que él llamaba «meta motivos», por ejemplo los impulsos hacia la verdad, la estética, la auto realización, etc. El prefijo “meta”, tal como se usa aquí significa algo superior o trascendente e indica que estos motivos están más allá de las necesidades de supervivencia básicas y se extienden a las vivencias de identidad y a modos del ser que no están limitados por las fronteras habituales del ego. Cuando se manifiestan, tales motivos y experiencias son análogos a los que se describen y buscan en las grandes disciplinas religiosas y espirituales, que ahora empiezan a ser comprensibles en términos psicológicos.

Maslow describió de la siguiente manera la correspondencia de los metamotivos con la experiencia transpersonal: “Los metamotivos ya no son, por consiguiente, sólo intrapsíquicos y organísmicos. Son igualmente internos y externos. Ello significa que la distinción entre el propio ser y lo que no lo es se ha deshecho (o ha sido trascendida). Ahora hay menos diferenciación entre el mundo y la persona. Esta se convierte en un ser ampliado. Identificar lo que hay de más elevado en el propio ser con los valores supremos del mundo de afuera significa, hasta cierto punto por lo menos, una fusión con lo que no es el propio ser.”

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. El trabajo pionero realizado por Stanislav Grof sobre la terapia con sustancias psicodélicas durante la década de los sesenta y principios de los setenta fue uno de los primeros indicios de que las experiencias transpersonales se presentaban a la vez como significativas y

como terapéuticas, y de que potencialmente estaban al alcance de todos. Además, un número cada vez mayor de personas tenían experiencias transpersonales fuera de todo marco terapéutico, como resultado del difundido empleo de las sustancias psicodélicas o de la práctica de disciplinas como el yoga o la meditación. Los que encontraban perturbadoras tales experiencias sentían, con frecuencia, que la intervención psicoterapéutica era inapropiada o que iba en detrimento de las experiencias mismas cuando no tenía en cuenta el valor potencial de éstas.

Se hizo así cada vez más obvia la necesidad de contar con terapeutas que tuvieran un conocimiento personal de estos campos; y los profesionales que comenzaron a investigar estas disciplinas encontraron en ellas instrumentos útiles para trabajar no sólo con sus clientes, sino consigo mismos. 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.

Aunque la palabra psicoterapia significó originariamente la atención o el cuidado del aliento o el espíritu (alma), ha llegado a estar asociada a la práctica médica. La psicoterapia transpersonal no excluye lo que tradicionalmente se considera «mejorar», pero además incluye una amplia variedad de técnicas para trabajar con el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu, tomadas tanto de la psicología oriental como de la occidental. Así pues, un terapeuta transpersonal, al mismo tiempo que trabaja con los sueños y la fantasía puede sugerir que en el curso del tratamiento se tengan en consideración la dieta y el ejercicio físico. Aunque no es probable que haya profesionales expertos en todos los campos, la apreciación del valor del trabajo con el cuerpo, de la meditación y de la atención consciente en la práctica diaria da como frecuente resultado recomendaciones que pueden ser consideradas como adiciones a la psicoterapia, siendo en realidad parte integral de la búsqueda de la salud y el bienestar.

Un terapeuta transpersonal puede ser ecléctico en el empleo de diversas técnicas en la terapia, pero el matiz transpersonal de la orientación depende del contexto en que se emplean dichas técnicas. Un contexto transpersonal está condicionado por los valores, creencias, actitudes y puntos de vista sobre la naturaleza humana que adopta el terapeuta como elementos para la práctica de la psicoterapia. De un terapeuta transpersonal se puede esperar, pues, que examine las creencias que determinan la naturaleza de su trabajo.

Un contexto transpersonal ofrece una visión ampliada de la capacidad humana para el bienestar situándola en una perspectiva basada en su relación con los intentos previos de abordar las cuestiones perennes del bienestar psicológico.

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.

El alcanzar cierto grado de soberanía personal significa reconocer tanto los enormes problemas a que se enfrentan los seres humanos como los pasmosos éxitos obtenidos. Autores como Bugental insisten en el carácter central que asume el proceso en la terapia y llaman la atención sobre la importancia de la relación entre terapeuta y cliente. «Mientras hombres y mujeres no acepten su propia naturaleza y se den cuenta cabal de que son autores y no víctimas de su destino – escribe – todos sus esfuerzos están condenados al fracaso.».

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.

b) Terapia centrada en el cliente

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 si 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.

- 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).

- El proceso de convertirse en persona

Rogers describe el proceso que viven las personas que ingresan a terapia y describe siete etapas.

- a. Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
- b. Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: Al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en ambiente que no le condiciona, lo que convierte en innecesarios los patrones de comportamiento que ha desarrollado para enfrentar al mundo hostil y condicionante en que se desenvuelve cotidianamente.
- c. Desarrollo y flujo de la expresión simbólica: la persona en proceso comienza a desarrollar una expresión verbal más allá de los lugares comunes y que le permita expresarse con más propiedad conforme a su vivencia.
- d. Flexibilización de los constructos y flujo de los sentimientos: se comienzan a cuestionar los valores y creencias que han llevado a la persona a un estado de permanente insatisfacción, y se permite ver las cosas de forma distinta. Además, en esta etapa se advierte una mayor libertad para expresar los sentimientos.
- e. Flujo organísmico: la estructura personal del cliente manifiesta una mayor relajación, los sentimientos son expresados con mayor libertad, las creencias son libremente cuestionadas y hay una necesidad por explorar nuevas formas de comportamiento.
- f. Inicio de la experienciación plena: es la fase de la terapia en que las personas llegan al "punto de no retorno", donde es posible que abandonen el proceso terapéutico y no experimenten retrocesos dado que toman conciencia de que son ellas las responsables de su vivencia y experiencia.
- g. Fluidez: es la descripción de una persona que funciona plenamente.

- h. 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.

c) Terapia Gestalt

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. Durante los setenta y ochenta, los centros de entrenamiento en psicoterapia Gestalt se esparcieron globalmente, aunque en su mayoría no estaban alineados con centros académicos formales. Mientras la revolución cognitiva eclipsó la terapia Gestalt en la psicología, muchos pensaron que ella era anacrónica. En manos de sus practicantes, esta terapia se convirtió en una disciplina aplicada en los campos de la psicoterapia, desarrollo organizacional, acción social y eventualmente *coaching*. Hasta el cambio de siglo, los terapeutas Gestalt desdeñaron el empirismo de corte positivista, subrayando lo que ellas/ellos percibieron como un asunto para la investigación más formal, así pues, en gran medida ignoraron la necesidad de utilizar la

investigación para desarrollar la terapia Gestalt más allá y darle mayor soporte a la práctica, algo que ha comenzado a cambiar.

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. Utiliza el método del darse cuenta ("*awareness*") predominando el percibir, sentir y actuar. 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. Se prefiere usar el término cliente que paciente, ya que un paciente es alguien enfermo que va a que otro le cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta. En esta terapia, el paciente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo le guía y le ayuda para que lo consiga, haciendo más bien una función de observador externo y no tanto de "el que cura".

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.

- **Conceptos principales**

Se basa en:

- a. El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.
- b. El darse cuenta ("*awareness*", en inglés): es el cliente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- c. Aceptar lo que uno es: no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos.

- d. Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué: ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?

También es importante el uso de la primera persona, puesto que una de las fortalezas de la terapia Gestalt es, como se ha mencionado, el asumir la responsabilidad de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones: el cliente no tiene que ocultarse usando un sujeto colectivo. Por ejemplo, al decir "los jóvenes bebemos mucho" en vez de "yo bebo mucho" se hace uso del plural, y por lo tanto se desvía la responsabilidad personal. El terapeuta gestalt tiene la función de guiar al cliente para que se haga consciente de su situación (el darse cuenta). Hay una interacción de yo, tú, nosotros; se rompe la dicotomía médico-paciente. El cliente se expresa tanto verbalmente como con gestos y movimientos. El término la silla caliente ("hot chair" en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo.

2.4.4.5 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:

- a. 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).

- b. 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).

- c. 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. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la derreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.

En el autodistanciamiento, el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él.

En la modificación de actitudes se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el diálogo socrático, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

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, se comprende 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.

2.4.4.6 Terapias sistémicas

a. Terapia Familiar

La definición de sistema indica que se trata de un conjunto de principios o reglas sobre un tema, que se relacionan entre sí. Por ejemplo, en Astronomía, un sistema es el conjunto que forman el Sol, sus planetas, satélites y cometas; y en Biología un sistema es el conjunto de órganos que contribuyen al desarrollo de una función. 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.

La corriente moderna del estructuralismo la define como el contenido mismo del todo capturado en una organización lógica.

Para los sociólogos un sistema es la forma que toma la organización interna de un determinado grupo social. 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. Levy-Strauss, deseaba encontrar el común denominador de todo pensamiento y de toda reflexión. 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.

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los Sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde las causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progresos o cambios. Foster y Gurman (1988) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación. La estructura se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas (quién está a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión 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 regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.

La información se refiere 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 la década de los años 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates.

a) Constelaciones familiares

Las constelaciones familiares son un tipo de terapia sistemática familiar creada por el psicoterapeuta alemán Bert Hellinger en los años 80. Las constelaciones familiares se crean cuando una persona quiere aclarar un tema específico de su vida.

Etimológicamente conocemos que una constelación es un conjunto de estrellas que forman parte de un sistema dinámico y en continua interacción y evolución y que forman una imagen. Análogamente los seres humanos formamos parte de constelaciones que parten por ser familiares para ampliarse a otros grupos humanos. Las constelaciones se rigen por leyes naturales, familiares, sociales y espirituales que condicionan su funcionamiento.

El trabajo de constelaciones familiares es un método terapéutico fenomenológico que se aplica a nivel individual o grupal y que busca restablecer "El orden del amor" en los sistemas humanos.

Se basan en la teoría de sistemas. Y dentro de ella en el reconocimiento de que los grupos humanos se rigen por leyes y patrones innatos, a los cuales se agregan todos aquellos que se van construyendo en la interacción cotidiana dentro de las familias y a sí mismo las familias construyen leyes y principios que rigen la interacción de sus núcleos con las de otras familias, llegando a construir las leyes sociales que permitirán un funcionamiento acorde con las necesidades particulares y grupales.

Los sistemas familiares son sistemas abiertos que tienden a autorregularse para asegurar su supervivencia pero que a su vez se nutren, interactúan y se vinculan con otros sistemas familiares,

llegando a constituir clanes, grupos, comunidades, sociedades y naciones. Todos ellos enriquecidos por innumerables virtudes, pero a su vez obstruidos por los innumerables conflictos que vamos tejiendo a lo largo de los años.

b) 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 pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento.

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).

La sesión psicodramática prevé un escenario (espacio en el que se desarrolla la acción), un protagonista (paciente que elige el tema a dramatizar y que interpreta el papel principal), un director (terapeuta que dirige la sesión), uno o más auxiliares (otros terapeutas que ayudan al psicodramaturgo e interpretan los papeles previstos en la representación) y, finalmente, el público

(que ayuda al protagonista actuando como caja de resonancia, al manifestar determinadas reacciones y observaciones de forma espontánea).

2.4.4.7 Terapias alternativas o naturales

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:

a) Terapia bioenergética (Alexander Lowen)

La bioenergética es heredera de la vegetoterapia, esta terapia fue creada por Alexander Lowen y pone el acento en la estructura corporal y en la identificación de la mente y del cuerpo, lo que significa que el pensar y el sentir son equivalentes. Detrás de estos procesos conscientes se encuentran los factores energéticos que finalmente determinan todas las otras funciones vitales.

Además de las intervenciones con las manos la bioenergética pone su acento en los ejercicios corporales y en la respiración. Está considerada una técnica menos teórica que su antecesora, pero con características especiales de funcionalidad. Alexander Lowen creó el Análisis Bioenergético continuando el trabajo de Wilhem Reich (1897-1957,) quien introdujo el trabajo con el cuerpo en el proceso terapéutico en 1930. En la actualidad la Bioenergética evoluciona gracias a los aportes de psicólogos, psiquiatras, biólogos y médicos, como Daniel Stern, John Bowlby, Stanley Keleman, Robert Lewis entre otros.

La bioenergía sugiere ejercicios que coinciden con el *tai chi chuan* y las posturas del yoga, asimismo, prácticas de desbloqueo y expansión muy parecidas a las meditaciones dinámicas y catárticas de oriente

b) 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.

La Musicoterapia se desarrolla profesionalmente tanto en el ámbito público como privado, en abordajes tanto grupales como individuales. Las metodologías de trabajo varían de acuerdo a la población y a las escuelas y constructos teóricos que fundamenten el quehacer del Musicoterapeuta. Alguno de los teóricos mas importantes en la historia de la Musicoterapia son: Rolando Benenzon, Juliette Alvin, Ruth Fridman, Kenneth Bruscia, Mary Priestley, Even Ruud, Paul Nordorff y Clive Robbins, Patxi del Campo, Lia Rejane Mendes Barcellos, Diego Schapira, Marly Chagas, Rubén Gallardo, Patricia Pellizari, Patricia Sabatella, Brynjulf Stige, Ronaldo Millecco, Mercedes Pavlicevic, entre otros.

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) Tiempo: los tiempos lentos, entre 60 y 80 pulsos por minuto, suscita impresiones de dignidad, de calma, de sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza. Los tiempos 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.

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.

c) Reiki

El término Reiki es una palabra japonesa. Se ha establecido que REI significa "universal" y hace referencia al alcance y la naturaleza de esta práctica, y KI significa "energía", de modo que la palabra Reiki se puede entender como la energía vital universal. Es una terapia alternativa en que se trata de lograr la sanación a través del acercamiento de las manos del practicante hacia su objetivo, con el fin de transferirle la "energía universal". Reiki es un sistema de armonización natural que utiliza la Energía Vital Universal, la cual permite tratar enfermedades y desequilibrios físicos y mentales. Mikao Usui, un monje budista japonés]] fue quien desarrolló el Reiki durante un retiro espiritual a mediados del siglo XIX, aunque él siempre afirmó que únicamente "redescubrió" una técnica de sanación milenaria que ya existía pero que llevaba mucho tiempo olvidada. La práctica del Reiki se fundamenta en un emisor o canal que, a través de sus manos o de otros métodos -según el nivel- , transmite Reiki (energía vital) a un receptor que puede ser él mismo u otra persona con el fin de paliar o eliminar molestias y enfermedades; no obstante, dado que Reiki es una energía universal los tratamientos también pueden dirigirse a otros seres vivos como animales e incluso plantas. El método Reiki se basa en la creencia hinduista de que el correcto fluir de la Energía Vital a través de los distintos *chakras* es la que asegura un buen estado de salud en el organismo. Según esta creencia, el mal funcionamiento o bloqueo de la energía en uno o varios *chakras* sería el que provoca o agrava el mal estado de salud dando lugar a enfermedades y trastornos. El método consiste en dirigir la energía Reiki a los *chakras* de un enfermo (receptor), desbloqueándolos y potenciando el proceso de recuperación del receptor. El reiki no puede reemplazar al tratamiento médico, aunque sí se puede utilizar de forma complementaria.

Preceptos o principios de Reiki en japonés

- El método secreto para atraer bendiciones

- La medicina espiritual de muchas enfermedades
- Solo por hoy
- No te enfades
- No te preocupes
- Da gracias
- Trabaja honestamente
- Sé amable
- Gassho en la mañana y en la noche
- Piensa en esto, recítalo
- El método Usui Reiki Ryoho para mejorar tu mente y cuerpo

Los principales Maestros de Reiki coinciden en que esta práctica tiene algunas contraindicaciones:

- a) No debe aplicarse Reiki durante operaciones debido a la propia naturaleza del Reiki, que consiste en reparar los daños existentes en el receptor: esto podría provocar que se frenasen las hemorragias, interfiriendo en los cortes de sangrado y limpieza que realiza el cirujano. De igual forma, si el paciente estuviera sedado, el Reiki podría ayudarle a expulsar las toxinas de la sedación, despertándole antes de tiempo. Sin embargo, sí es altamente recomendable una sesión de Reiki antes y/o después de la operación.
- b) Otro punto a tener en cuenta es en el caso de fracturas, el Reiki permite acelerar el proceso de cicatrización ósea y por lo tanto el soldado de las fracturas, por lo tanto sólo es recomendable aplicar Reiki a un fracturado después de que los huesos hayan sido debidamente acomodados e inmovilizados por un traumatólogo. En todo caso el Reiki puede aplicarse a través del yeso o aparato inmovilizador y es igualmente eficaz.

d) Abrazoterapia

La abrazoterapia es una terapia que redescubre la importancia del abrazo como necesidad vital que tienen todos de amar y sentirse amados de verdad. La abrazoterapia es un ejemplo de que muchas veces lo que más necesitan es sencillo y no tiene precio.

Al igual que la risa y la música es una más de las muchas herramientas, que la sabiduría de la naturaleza ha regalado y a la que, en un afán de perfeccionismo inalcanzable, se ha dedicado a través de muchos años de férreo entrenamiento a contaminar, desvirtuar y hasta casi por último aniquilar. A través de la "educación", se viene desde hace siglos destruyendo, este simple y poderoso acto atávico, natural y espontáneo, que es el abrazo.

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 bebé 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 anterior se hace 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 se logra 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.

e) Risoterapia

La Risoterapia ayuda, por medio de la risa, a eliminar bloqueos emocionales, físicos, sanar la infancia y en un proceso de crecimiento personal. Después de una sesión de Risoterapia se sienten amorosos, tiernos, llenos de energía vital, etc.

La Risoterapia es una hermosa puerta para lograr la relajación, abrir la 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. 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. Aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre los sentidos, ayuda a transformar las pautas mentales. Recientes estudios sobre la capacidad de las carcajadas para combatir todo tipo de enfermedades indican que mientras ríe se libera 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 ríe es imposible pensar, ayuda a descubrir los dones, abrir horizontes, vencer los miedos, llenarse 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 aportar tanto: la risa es Magia, es Alquimia, es la mejor medicina.

f) Respiración ilimitada

La Respiración Ilimitada es una técnica de respiración muy fácil de aprender. Es utilizar la respiración con intención de una forma consciente, relajada y profunda, interiorizando lo necesario para poder observarla, sentirla y disfrutar de ella. Desde una perspectiva biológica, el aumento de oxigenación de la sangre facilita sus funciones de forma más eficaz. No obstante, este tipo de respiración trabaja en un plano emocional, liberando ciertas emociones estancadas en la memoria celular. Además, conecta con la parte inconsciente de la mente descubriendo ciertos esquemas de pensamiento, permitiéndolo ajustar de forma consciente, el sistema de creencias.

Mediante sesiones individuales y con talleres de formación, se recordará cómo respirar de forma natural, sin limitaciones ni restricciones. Algunas sesiones serán suficientes para integrar los fundamentos básicos de su técnica y descubrir los beneficios que nos aporta. Después de una sesión de Respiración Ilimitada, se suele experimentar una profunda sensación de bienestar y tras varias sesiones, se comienza a constatar numerosos cambios positivos en distintas facetas en la vida, en la salud, en las relaciones personales, la autoestima o en el entorno laboral. Practicando la Respiración Ilimitada rejuvenecemos y dirigirse conscientemente la vida, facilitando vivir todo su potencial.

g) Reflexología facial

Es una nueva técnica basada en la estimulación facial, para aumentar la circulación sanguínea, regular la parte química del cuerpo y tratar el estado emocional. Una variante de la conocida reflexoterapia podal aún más efectiva. Existen claras evidencias de que hace poco más de 4,000 años, culturas tan antiguas como la egipcia y la china, entre otras, ya utilizaban la reflexología como una verdadera disciplina de la recién nacida ciencia médica. La reflexología facial es un método terapéutico natural. El rostro posee mil doscientas terminaciones nerviosas pertenecientes al Sistema Nervioso Central. Estas zonas reflexológicas se comunican con los órganos internos, las glándulas, el aparato circulatorio y el sistema linfático y se conectan también con los canales

energéticos llamados meridianos por la medicina china. Esta técnica se realiza a través de presiones manuales en el rostro y cráneo, obteniéndose resultados más rápidos sobre la parte mental y emocional, porque se logra el equilibrio del sistema nervioso.

La reflexología facial puede servir de apoyo en casos de:

- parálisis facial
- fibromialgia y neuralgias
- epilepsia
- autismo
- daños cerebrales
- desequilibrios hormonales
- problemas posturales
- esterilidad
- problemas de columna.
- estrés y depresión
- coordinación motora
- tartamudez o dislexia
- falta de concentración, memoria
- angustia, crisis de pánico y fatiga mental.

En la actualidad, la reflexología es muy conocida y practicada en todos países del mundo, está reconocida como medio de curación efectiva para muchas enfermedades y es utilizada como apoyo en el tratamiento de otras muchas.

h) Gemoterapia

Se puede definir como: "Utilización de la capacidad energética de diferente minerales sobre el cuerpo humano, posibilitando así la capacidad de autocuración que posee el ser humano y todo

ser viviente". Desde los comienzos de la tierra es un continuo estado evolutivo, a través de las diferentes eras y en constante transformación debido al movimiento interior, los minerales (componentes de la corteza terrestre) han sido formados por erupciones volcánicas, enfriamientos, magma plutónico y lava hirviente de ríos volcánicos. La naturaleza posee tres de la recristalización de los minerales o cristales existentes bajo presión y temperaturas altas en las regiones más profundas de la corteza terrestre.

i) Programación neurolingüística

La Programación neurolingüística es un sistema para preparar («programar»), sistemáticamente nuestra mente (neuro), y lograr que comunique de manera eficaz lo que pensamos con lo que hacemos (lingüística), logrando así una congruencia y comunicación eficaz a través de una estrategia que se enfoca al desarrollo humano.

- Estudia cómo la persona se comunica con ella misma (comunicación intrapersonal) y cómo se comunica con otros (comunicación interpersonal),
- La Programación Neurolingüística (PNL) es una escuela de pensamiento pragmático que sostiene que en última instancia toda conducta humana se desarrolla sobre una "estructura" o "plantilla de pensamiento" aprendida, la cual puede ser detectada para ser modelada (copiada) por otras personas y obtener con ello resultados similares.
- Sostiene que es posible cambiar o reprogramar esta estrategia o plantilla de pensamiento, si es que hay algo que la limite o para potenciar algún recurso, comportamiento o creencia, con el fin mejorar la calidad de vida.

La PNL define tres elementos como constituyentes claves de la conducta humana:

- El sistema nervioso (el soporte neurológico).
- El lenguaje que sirve para la comunicación externa e interna (con uno mismo) es verbal y no verbal.
- La conducta que se puede aprender.

Es difícil establecer una definición concluyente de PNL, tiene características que la definirían como el arte y la «ciencia» de la excelencia personal. Deriva del estudio de cómo las mejores personas en distintos ámbitos obtienen sus sobresalientes resultados. Trata sobre las ideas y las personas, de comprender y organizar sus propios éxitos de tal forma que pueda disfrutar de muchos más momentos exitosos. Un objetivo es el de construir nuevas opciones de aprendizaje.

La PNL explica el proceso de aprendizaje de un proceso en una serie de etapas por las que pasa el individuo que aprende.

Son cuatro

1. Incompetencia inconsciente (No se sabe qué es un coche y, mucho menos, conducirlo).
2. Incompetencia consciente (momento en el que más se aprende. El conductor es consciente de que no sabe conducir y lo intenta).
3. Competencia consciente (El conductor ya sabe conducir y presta demasiada atención al proceso como embrague, intermitentes, palanca de cambio de marchas...).
4. Competencia inconsciente (Se libera la atención del consciente. El individuo realiza la acción sin ser prácticamente consciente y puede dirigir así su atención para otras cosas. Así se ve a un conductor hablar, escuchar música, fumar, etc. mientras conduce).

La PNL es el estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. Es el estudio de cómo hacemos modelos. Hace referencia al "proceso", no trabaja con contenidos, Si tuviéramos que hacer un seminario de PNL en tres minutos el objetivo versaría en: la agudeza sensorial (Percepción) y Flexibilidad por la importancia de estos conceptos en el círculo de la comunicación e interacción con el mundo.

Conclusiones

1. La violencia intrafamiliar se refiere a cualquier acción, omisión o conducta, mediante la cual se ocasiona sufrimiento físico, psicológico, sexual y patrimonial mediante el engaño, seducción, amenaza, acoso, coacción o cualquier otra medida en contra de uno o más miembros de la familia.
2. Una de las principales causas de la violencia intrafamiliar es la ignorancia y falta de conciencia respecto a creer que la mejor forma de cambiar la situación en la que se encuentra es a través de actos que incluyen violencia física: golpes, pleitos, peleas, zafarranchos, etc., en vez de recurrir a manifestaciones pacíficas, a movimientos sociales pacíficos, a la conversación, al diálogo, a la búsqueda de acuerdos.
3. La psicopatología es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.
4. Se confirma a través de la investigación bibliográfica que los trastornos del estado de ánimo se presentan con mayor frecuencia en las mujeres y los factores desencadenantes son los cambios hormonales en las diferentes etapas de la vida de la mujer así como los cambios en el entorno familiar y social que convergen con dichas etapas.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En la Práctica Profesional Dirigida se brinda atención psicológica a personas que lo demanden, así como capacitar a padres, maestros, estudiantes con temas de salud mental, se realizó dentro del curso de práctica la planificación de la metodología a utilizar con los pacientes que llevarían a cabo este proceso, dicha metodología se presenta a continuación:

3.1 Programa de estudio del curso Práctica Profesional Dirigida

I. Propósito del curso

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

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

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

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

La Práctica Profesional Dirigida debe ser una actividad para aplicar la Psicología y Consejería Social en diferentes instituciones de servicio. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos. Los y las estudiantes brindan beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.

II. Competencias a fortalecer

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

III. Indicadores de logro

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

IV. Contenido Temático del curso

1. Planificación de programas de aplicación de la Psicología.
2. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento

psicológico

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

V. Metodología o mecanismos para el desarrollo del curso

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

- Se elaborarán proyectos para capacitar a grupos de personas con necesidades de atención psicológica.
- Se experimentará a través de psicodramas, ensayos de situaciones ficticias para modelar la forma de conducirse durante la atención de personas.
- La docente mediará en la discusión de casos que planteen los y las alumnas para resolver los mismos; así como en todo el proceso de aprendizaje.
- La asistencia al curso de práctica profesional dirigida es obligatoria, a las 2 faltas seguidas el o la estudiante quedaría fuera del proceso.
- El proceso de práctica será supervisado desde el aula y se hará una visita para evaluar el desempeño del estudiante, así también se hará contacto constantemente vía telefónica con el encargado de la institución.

3.2 Calendarización o cronograma de actividades y valoración del curso

I FASE Del 30 de enero al 15 de mayo

| Fecha | Contenido | Actividades | Evaluaciones/ Entrega de trabajos |
|-------------------------|--|--|---|
| 29 y 5-02 | <ul style="list-style-type: none"> • Información general • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para el centro de práctica por parte de la Universidad | <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica • Elaboración planificación de actividades generales de práctica de campo • Diagnóstico de Conocimientos | Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Entrega de Planificación |
| 12 y 19-02 26 y 5-03 | <ul style="list-style-type: none"> • Uso del Manual de Estilo • La entrevista | Visita al centro de práctica , acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo Ejercicios con resumen de entrevista | Guía de lectura |
| 12 y 19 03 | Documentos de registro: Historia clínica, plan terapéutico, Informe Clínico | Laboratorio Inicio de práctica lunes 1 de Marzo Investigación marco de referencia del centro de Práctica/ Observación de actividades | Entrega y revisión |
| | | Investigación de problemática principal atendida en el centro de Práctica | Entrega y revisión |

| Fecha | Contenido | Actividades | Evaluaciones/ Entrega de trabajos |
|--|---|---|---|
| 26 y 9- | Referente metodológico | Elaboración de Referente metodológico | Entrega y revisión |
| Mes de marzo | Detección y atención de casos en centro de práctica | Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, etc. Discusión de casos | Entrega de Historias Clínicas de Casos atendidos (Por lo menos 2 casos) |
| 16 y 23 | Marco de referencia | Elaboración de Marco de Referencia Exposiciones y aplicaciones prácticas Laboratorios | Entrega y revisión |
| 30-4 y 05 14 y 1- 05 | Análisis y discusión de formas de Psicoterapia | Investigaciones | Investigación sobre tema de Psicoterapia Entrega de Informes / cada mes Entrega de constancia de horas de práctica cada mes |

II FASE Del 28 de mayo al 21 de agosto

| Fecha | Contenido | Actividades | Evaluaciones/ Entrega de trabajos |
|--------------------------------------|---|--|---|
| 28 -05 4- 06 11 y 06 | Supervisión de actividades primer grupo Supervisión de actividades segundo grupo | Visitas de evaluación | Evaluación del encargado en el centro de práctica. |
| Meses junio y julio | Atención de casos individuales y familiares | Elaboración de Historias Clínicas Discusión de casos/ llevar caso principal al aula | Presentación de 5 historias Clínicas. Participación |
| 2 y 9- | Aplicación de técnicas de intervención clínica en psicodiagnóstico | Investigación del tema de Psicodiagnóstico Exposición, análisis y discusión | Entrega de tema. |
| 16, 23- 30-07 | Psicopatologías encontradas durante la práctica | Investigación | Investigación sobre tema de Psicopatología. |

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| 6 y 13-08 | Capacitaciones o talleres a grupos de personas en el centro de práctica o fuera de él | Elaboración de Planificación y cronogramas Ensayos en el aula | Entrega de planificación y contenido de capacitaciones |
| 20 y 08 | Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales | Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores Elaboración de Proyecto de Salud Mental Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad. Clausura en centro de Práctica | Presentación de constancias firmadas y selladas Entrega de proyecto Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro |

III FASE Del 4 de septiembre al 27 de noviembre

| Fecha | Contenido | Actividades | Evaluaciones/ Entrega de trabajos |
|-----------|--|---|--|
| 3 y 09/09 | Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo. | Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas) | Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto Entrega de evidencias electrónicas del proyecto |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| 17 y 24-09 | Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida | Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas | Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados |
| 1 y 8- 10 | Primera revisión de informe final | Elaboración de Informe Final | Presentación de primera parte del Informe. |
| 15 y 22-10 | Segunda revisión de informe final | Elaboración de Informe Final | Presentación de segunda parte del Informe. |
| 29-10 Y 5- 12 y 19-11 | Tercera y última revisión de informe final Entrega de informe/ examen final | Elaboración de Informe Final | Presentación completa del Informe final |

3.3 Planificación de Práctica Profesional Dirigida

Nombre del Alumno: *Carol María Reyes Osterberg*
Centro de Práctica: *Liga Guatemalteca de la Salud Mental*
Asesora: *Licda. Sonia Pappa*



Mes de abril

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES DE LOGRO |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conoce las fortalezas y debilidades del centro de práctica, por medio de las entrevistas realizadas con los encargados y personas beneficiadas, identificando las principales necesidades que se presentan en la institución. ➤ Analizar los casos detectados en el centro de práctica, realizando las entrevistas a las debidas personas, tomando en cuenta los temas sobresalientes para las charlas a impartir. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entrevistas con los encargados de la institución. <input type="checkbox"/> Entrevistas con personas que obtienen beneficios de parte de la institución. <input type="checkbox"/> Diagnóstico institucional. <input type="checkbox"/> Investigación acerca de la problemática principal del centro de práctica. <input type="checkbox"/> Detectar las necesidades del centro de práctica. <input type="checkbox"/> Detección de casos en el centro de práctica. <input type="checkbox"/> Entrevistas con las personas de los casos detectados. <input type="checkbox"/> Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Encargados de la Institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. <input type="checkbox"/> Materiales: <ul style="list-style-type: none"> -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enumera cada una de las fortalezas que destacan a la institución. <input type="checkbox"/> Analiza la problemática principal y clasificar las necesidades observadas. <input type="checkbox"/> Enumera y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro. <input type="checkbox"/> Conoce a las personas a las que atiende la institución. <input type="checkbox"/> Analizar la problemática principal y clasificar los temas a tratar- |

Mes de mayo

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES DE LOGRO |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática. | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Atención de casos detectados en el centro de práctica.<input type="checkbox"/> Entrevistas con las personas de los casos detectados.<input type="checkbox"/> Realización de hojas clínicas de los casos atendidos. | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Humanos:<ul style="list-style-type: none">-Encargados de la institución.-Personas beneficiadas.-Practicante.<input type="checkbox"/> Materiales:<ul style="list-style-type: none">-Computadora-Cuaderno-Lapiceros-Hojas | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enumera y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.<input type="checkbox"/> Entrevista a las personas de cada uno de los casos a tratar.<input type="checkbox"/> Escribe las hojas clínicas de cada uno de los casos. |

Mes de junio

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES DE LOGRO |
|---|--|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática.</p> | <p><input type="checkbox"/> Atención de casos detectados en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos.</p> <p><input type="checkbox"/> Realización de hojas clínicas de los casos atendidos.</p> | <p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p> | <p><input type="checkbox"/> Enumera y describir cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliza las técnicas y estrategias en los casos atendidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Escribe las hojas clínicas de cada uno de los casos.</p> <p><input type="checkbox"/> Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro.</p> |

Mes de julio

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES DE LOGRO |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conocer y brindar ayuda a los casos atendidos dentro del centro de práctica, tomando en cuenta las técnicas y estrategias para la buena atención a cada problemática. | <input type="checkbox"/> Atención de casos detectados en el centro de práctica. <input type="checkbox"/> Aplicación de las técnicas y estrategias para la atención de los casos. | <input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante. <input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas | <input type="checkbox"/> Enumera y describe cada uno de los casos detectados dentro del centro. <input type="checkbox"/> Utiliza las técnicas y estrategias en los casos atendidos. <input type="checkbox"/> Dar a conocer los temas sobresalientes en el centro. |

Mes de agosto

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES DE LOGRO |
|--|--|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Dar a conocer al encargado de la institución los informes de los casos atendidos durante la práctica, como también los temas que fueron impartidos durante la misma.</p> | <p><input type="checkbox"/> Informe de los casos detectados en el centro de práctica.</p> <p><input type="checkbox"/> Entrega de carta de agradecimiento para la institución dada por la Universidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Clausura en el centro de práctica.</p> | <p><input type="checkbox"/> Humanos: -Encargados de la institución. -Personas beneficiadas. -Practicante.</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales: -Computadora -Cuaderno -Lapiceros -Hojas</p> | <p><input type="checkbox"/> Describe cada uno de los casos detectados dentro del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Explica el avance y tratamiento que se brindo a cada caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfactoriamente culmina las actividades de Práctica Profesional Dirigida</p> |

Carol Maria Reyes Osterberg
Alumna Practicante

Vo.Bo. Licda Sonia Pappa
Asesora de Práctica Profesional Dirigida

3.4 Sub programas:

a) Programa de atención de casos:

I. Introducción

El programa de atención de casos, responde a la demanda de asistencia psicológica a personas que la necesiten, se llevó a cabo en las instalaciones de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, como un servicio a la comunidad, esperando contribuir a la buena salud mental de los vecinos chimaltecos. En dicho programa se podrá recibir asesoramiento, atención psicológica individualizada y/o entrenamiento en grupo, según los casos.

II. Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares desde un punto de vista integral, donde se trata de coordinar la atención a las distintas necesidades de ambos, a nivel físico, psicológico y social.
- Permitirle al paciente que encuentre por si mismo la solución que le conviene mediante el emprendimiento de un diálogo constructivo.
- Impulsar la auto aceptación

III. Actividades:

- Brindar Atención Preventiva

Este tipo de atención se brinda a través de la implementación de cursos, talleres, conferencias, campañas y todas aquellas actividades que giren en torno a la prevención en salud mental.

- Orientación Psicológica

El objetivo es brindar atención individual a través de orientación psicológica en diferentes

situaciones que afecten la vida del individuo (depresión, problemas familiares, personales, de pareja, etc.)

b) Programas de capacitación

- Charla violencia familiar

I. Introducción

Se entiende por violencia doméstica a “cualquier situación, dentro de una relación íntima, en la cual intencionalmente se intente causar daño o controlar la conducta de una persona “.No significa, entonces, solamente agresión física sino agresión verbal, maltrato psicológico, contacto sexual no deseado, violación, destrucción de la propiedad, daño a mascotas, control del acceso al dinero, aislamiento social, amenazas o intimidación a otros miembros de la familia, etc.

II. Objetivos

Reconocer la violencia doméstica como problema de salud prevalente, con importante impacto en nuestra comunidad.

Diagnosticar situaciones de maltrato y violencia en todas sus formas de presentación.

Abordaje interdisciplinario y papel del psicólogo en la prevención, diagnóstico y seguimiento de pacientes.

III. Actividades

- Bienvenida a los presentes
- Dinámica rompe hielo
- Grupos de riesgo
- Ciclo de la violencia
- Conductas sugestivas

- Consecuencias a corto plazo a mediano y largo plazo
- Elaboración de un plan de seguridad
- Dinámica
- Despedida a los participantes

c) Proyecto de Salud Mental

Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la población afectada. Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento.

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo. Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

I. Objetivos

- General

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

- Específicos

- a) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- b) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- c) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.
- d) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.
- e) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

II. Grupos de intervención psicológica

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales observadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos determinados. Para ello se elaboró un plan de acción específico dirigido a:

- a) Niños

- b) Adolescentes
- c) Mujeres
- d) Hombres

III. Plan de acción de cada grupo

a) Plan de acción para niños y niñas

- Objetivo

Brindar apoyo psicológico a los niños y a las niñas de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango.

| Actividades | Tiempo | Recursos |
|--------------------------------------|------------|------------------------|
| 1. Función de títeres | 1 hora | Globos |
| 2. Juegos | 15 minutos | Grabadora |
| 2.1. Ronda “El patio de mi casa” | 1 hora | Discos compactos |
| 2.2. Bailes infantiles | 1 hora | Lana |
| 2.3. Competencia “La fila más larga” | 1 hora | Galletas |
| 2.4. Pinta caritas | 30 minutos | Bananos |
| 2.5. Pelea de gallos | | Pintura para el rostro |
| 2.6. Competencia de comida | | |

b) Plan de acción para mujeres

- Objetivo general

Lograr que las mujeres expresen las experiencias que les dejó la tormenta Ágata a fin de iniciar el proceso de superación.

- Objetivo específico

Identificar a través de dinámicas grupales sus cualidades y reconocer sus debilidades, con la finalidad de mejorar su autoestima.

Agenda

Bienvenida

Presentación (dinámica la telaraña)

Charla sobre autoestima

Dinámicas para detección de casos

Atención individual

Información general de especialidades a brindar

Referencias a especialidades.

c) Plan de acción, grupo de hombres

1. Dinámicas

- Presentarse diciendo tres virtudes que tenga
- La tela de araña (expresar ideas para salir adelante ante la situación)

- El puente humano (la unión hace la fuerza)

2. Charlas

Charla informativa sobre planificación familiar

La autoestima

El valor de la vida y la familia

La solidaridad en la comunidad

Descubriendo el propósito de estar vivos

La importancia de no ver el problema, sino la solución

3. Taller

Expresar tres propósitos que tienen para el futuro próximo (siguiente mes)

En tríos compartir ideas de cómo puede salir adelante la comunidad afectada

Presentación de videoclip acorde a la necesidad (Tony Meléndez, Ironman '86, Nick V.)

4. Plan terapéutico

Terapia breve y de emergencia (grupal, e individual si se da la posibilidad)

Apoyo en la terapia racional emotiva

Modelo psicodinámico, enfocado al estrés postraumático

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos en la realización la Práctica Profesional Dirigida, con el objetivo de presentar la labor que se realizó durante el tiempo designado para la realización de la misma. Se presentan resultados de cada uno de los programas en forma gráfica para una mejor comprensión de los mismos.

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- Con mucha satisfacción se observó que durante el período de práctica en la Liga Guatemalteca de Higiene Mental la asistencia a la clínica de psicología aumentó considerablemente el número de pacientes atendidos, entre niños, adolescentes y adultos.
- Se observó la frecuencia de los pacientes que asistían con regularidad a sus citas, mostrando avances significativos por medio del tratamiento.

4.1.2 Limitaciones

Al inicio del proceso no frecuentaban pacientes el centro por falta de promoción de los servicios. Esta institución no cuenta con un psicólogo de planta que brinde atención frecuente, por lo tanto la atención es frecuente, cuando en la institución se brinda atención por parte de practicantes de Psicología. Al realizar la promoción correspondiente la afluencia de pacientes al centro de práctica mejoro significativamente.

4.1.3 Conclusiones

- La práctica profesional dirigida requiere mucho profesionalismo, entrega y responsabilidad, ya que se enfrentan problemas reales de personas en situaciones reales, a los que se les debe dar la debida importancia.
- El área de psicología se abre campo lentamente entre la población urbana y rural de Chimaltenango, que cada vez más busca los servicios del psicólogo, muchas veces por iniciativa propia y en su mayoría por recomendación del médico general o especialista.
- El psicólogo clínico también cumple la función de orientador y educador en los temas de salud, ya que el paciente muchas veces puede evitar problemas físicos y emocionales con una buena orientación.

4.1.4 Recomendaciones

- Es importante que la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, cuente con un psicólogo de planta, para ayudar a las personas que necesiten ayuda psicológica, ya que las personas llegan en busca de ayuda y por falta de atención se regresan.

4.1.5 Muestra de cinco casos atendidos (Presentación de Historias Clínicas)

Historia clínica caso No. 1

A. Datos generales

Nombre: M. C.

Dirección: Cantón la Unión, Parramos, Chimaltenango

Teléfono: 78499289

Sexo: femenino

Edad: 38 años

Religión: Cristiana Evangélica

Estado civil: Casada

Escolaridad: Universitaria

Ocupación: Cultora de belleza y ama de casa

Fecha: 23 de abril

B. Motivo de consulta

La paciente refiere: “Necesito ayuda porque quiero rescatar mi matrimonio o buscar la mejor solución a mi problema, me siento muy ansiosa y deprimida porque creo que mi matrimonio se esta desbaratando poco a poco”

C. Enumeración de síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: estado de ánimo ansioso y con lapsos de depresión.
- Nivel conductual: se muestra tensa, ansiosa, preocupada.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: cansancio, sueño, dolores de cabeza, tensión muscular constantes y onicoagia.

D. Áreas afectadas en la vida del sujeto

Familia: La familia ha sido afectada, pues se vive un ambiente de inestabilidad, esta situación se ve reflejada especialmente en los hijos, quienes por ser adolescentes juzgan la actitud del padre objetivamente y lamentan el daño que le causa a su mamá, a la cual aconsejan que se separe de él,

y también juzgan de que no se hayan separado hasta la fecha, pues ven ilógico que sigan viviendo juntos a pesar de la falta de respeto de su padre a su hogar.

La situación ha afectado al hijo menor en lo académico, ya que la adolescente con la que su padre mantiene una relación, estudia en el mismo establecimiento en donde él asiste, y por dicho motivo ha tenido que cambiar de centro de estudios, pues el papá va a dejar y a traer a la adolescente a el instituto y el presenciaba estos momentos.

- **Relaciones sociales:** Se relaciona adecuadamente con las personas que viven en su entorno, participa de manera activa en su iglesia; debido a la inestabilidad que vive en su hogar tuvo que abandonar sus estudios universitarios.

E. Historia de la queja actual y episodios previos

- **Atribución sobre los problemas**

Se atribuye el problema a la infidelidad de su esposo y la paciente acepta que también su problema surge por la dependencia que ella tiene de su esposo.

- **Historia del problema actual**

Desde hace de un año y cuatro meses la paciente se ha enterado que su esposo de 51 años de edad, mantiene una relación amorosa con una adolescente de 14 años, lo cual le ha causado inestabilidad en su vida conyugal y familiar, sin embargo ella ha tratado de buscar soluciones para rescatar su matrimonio y no divorciarse; ya que considera que de no ser por este percance la relación con su conyugue es muy buena.

F. Historia familiar

La paciente procede de una familia formada por papá, mamá y un hermano mayor. Cuando ella tenía 6 años su papá se fue a vivir a los Estados Unidos y se separó de ellos. Ellos vivieron solo con su mamá quien se preocupaba por darles lo necesario, pero que por la situación con su padre

vivía frecuentemente estresada. Trabajaron terapia familiar la cual les ayudó a sobrellevar de manera positiva la separación. A los 18 años resultó embarazada de su hijo mayor y fue madre soltera por dos años, se casó con su actual esposo y quien adoptó a su hijo como suyo y procrearon dos hijos más, actualmente tiene 18 años de casada.

G. Diagnóstico multiaxial

- Eje I Trastorno de Ansiedad Generalizada [F06.4]
- Eje II Ninguno
- Eje III Dolores de cabeza y tensión nerviosa
- Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo
- Eje V EEAG: 61 - 70 Síntomas leves

H. . Pronóstico

Favorable

I. Tratamiento

Trabajar la terapia cognitivo conductual con el fin de:

- Aumentar la comprensión y control sobre puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o acontecimientos en la vida.
- Aprender a reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico, disminuyendo la sensación de indefensión.
- Aprender manejo del estrés y técnicas de relajación para ayudar cuando se presenten los síntomas.
- Aprender a no pensar rápidamente que las preocupaciones menores se transformarán en problemas muy graves.

Remitir a un médico para que le brinde ayuda respecto a fármacos que le favorezcan a tener un mejor estado de ánimo.

Recomendarle a la paciente un estilo de vida saludable que incluya ejercicio, descanso suficiente y buena nutrición ya que pueden ayudar a reducir el impacto de la ansiedad.

Historia clínica caso No. 2

A. Datos generales

Nombre: M. F. S.T.

Dirección: Cantón San Pablo, San Andrés Itzapa Chimaltenango

Sexo: femenino

Edad: 51 años

Religión: cristiana católica

Estado civil: Casada

Escolaridad: 2do. Primaria

Ocupación: Comerciante

Fecha: 28 de abril de 2010

B. Motivo de consulta:

La paciente ha sido referida por parte del Ministerio Público, ya que ella es víctima de violencia intrafamiliar, por parte de su esposo, presenta ideas suicidas.

C. Enumeración de síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración.
- Nivel afectivo: frecuentemente esta deprimida y triste.

- Nivel conductual: se muestra tensa, estresada, preocupada, no sonríe.
- Nivel motivacional: buena disposición para seguir el tratamiento.
- Nivel físico: semblante triste, insomnio, dolores de cabeza, tensión muscular constantes, estrés.

D. Áreas afectadas en la vida del sujeto

- Familia: La familia ha sido afectada, pues se vive un ambiente de violencia e inestabilidad, esta situación se ve reflejada especialmente en los hijos menores de 15 y 11 años. La familia recibe continuamente malos tratos y violencia verbal ya que el padre se refiere a ellos con palabras despectivas y su vocabulario es inadecuado. Los hijos han sido testigos de los malos tratos que su papá le da a su mamá. La hija de 15 años ha mencionado en varias ocasiones que odia a su papá con todas sus fuerzas.
- Economía: La economía de su hogar se ha visto afectada pues el esposo no se hace responsable de los gastos del hogar por lo que la paciente ha tenido que buscar la manera de fomentar ingresos, por lo que tiene un puesto de venta de hierbas y verduras en el mercado.

E. Historia de la queja actual y episodios previos

- Atribución sobre los problemas

Se atribuye el problema a la violencia que su esposo ejerce en ella y su familia.

- Historia del problema actual:

La paciente refiere que ha sido víctima de violencia por parte de su esposo desde el inicio de su matrimonio, hace 27 años, la violencia se ha intensificado en los últimos años a raíz de que no mantienen relación marital, debido a que su hijo menor sufre de afecciones respiratorias y ella debe dormir con él para estar pendiente de su salud, el esposo golpea a la paciente ya que

crea que ella tiene un amante y por eso no quiere tener relaciones sexuales con él, y le repite continuamente que no sirve para nada.

Esta situación llevó a la paciente a denunciar a su esposo por violencia intrafamiliar ante el Ministerio Público.

F. Historia familiar

La paciente procede de una familia muy humilde su papá falleció cuando ella era muy joven por lo que tuvo que trabajar desde los once años en oficios domésticos, cuando tenía 24 años se casó con su esposo teniendo 4 años de conocerse por trabajar en la misma casa. A partir de los primeros meses el esposo se mostró violento con ella y desde entonces la relación es la misma. Tiene 5 hijos, 4 varones y una mujer. La señorita ha sido la más cercana a ella ya que ella siempre trata de protegerla. Sus dos hijos mayores ya están casados y viven en el mismo terreno, por lo que las nueras también presencian la violencia que se vive en su hogar.

La paciente refiere que desde que se casó con su esposo hace 27 años ha sido víctima de violencia física, emocional y sexual. Pues el constantemente le pegaba y utilizaba palabras ofensivas hacia ella, especialmente cuando ella no quería tener intimidad con él. En dos ocasiones se ha ido de su casa pero ha regresado por que sus hijos cuando aún estaban pequeños le pedían que querían ver a su papá. Hasta ahora tomó la decisión de denunciarlo porque quiere ponerle un alto a esta situación, porque siente que aún está a tiempo de vivir tranquila ya que la desesperación de vivir en esta situación la ha llevado a pensar en quitarse la vida tirándose debajo de un carro.

G. Diagnóstico multiaxial

- Eje I Trastorno depresivo mayor síntomas moderados [F321]
- Eje II Ninguno
- Eje III Dolores de cabeza, tensión nerviosa e insomnio

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

Eje V EEAG: 51 - 60 Síntomas moderados

H. Pronóstico

Favorable

I. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual, reforzamiento de autoestima, recomendarle a la paciente un estilo de vida saludable que incluya ejercicio, descanso suficiente y buena nutrición.

Remitir a un medico para que le brinde ayuda respecto a fármacos que le favorezcan atener un mejor estado de ánimo.

Historia clínica No. 3

A. Datos generales

Nombre: C.D.A.CH.

Edad: 6 años

Dirección: Colonia San Rafael, zona 2 Chimaltenango.

Ocupación: estudiante

Fecha de Nacimiento: 16 de agosto de 2,003

Escolaridad: Primero primaria

Religión: Cristiana- evangélica

Evaluator: Carol María Reyes Osterberg

Fecha: mayo de 2010

B. Motivo de consulta:

El paciente es muy inquieto en clase, tiene dificultad para aprender a leer y escribir, no se mantiene sentado en un solo lugar, se sale de clase, le cuesta seguir instrucciones, pelea con sus compañeritos.

C. Enumeración de síntomas

- Nivel cognitivo: falta de atención y concentración
- Nivel afectivo: cambia rápidamente de un esta alegre a triste.
- Nivel conductual: Emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta. Tiene dificultades para esperar su turno. Se entromete o interrumpe a los demás se muestra inquieto, distraído, agresivo, impaciente y desobediente. Juega con las manos o los pies o se retuerce en su asiento. Abandona su asiento cuando lo que se espera es que se quede sentado. Corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas. Tiene dificultad para jugar en forma silenciosa. A menudo habla excesivamente, está "en movimiento" o actúa como si fuera "impulsado por un motor".
- Nivel motivacional: es variable en ocasiones se muestra motivado hacia el tratamiento y en ocasiones no colabora con el mismo.
- Nivel físico: enfermedades comunes a su edad.

D. Áreas afectadas en la vida del sujeto

- Familia: El paciente vive únicamente con su mamá y su abuela quienes han sido afectadas por los cambios de humor repentinos y la inquietud del paciente que constantemente quiere hacer lo que él decide sin importarle el lugar en que se encuentren y con sus berrinches las convence fácilmente de hacer lo que el desea.
- Académica: La madre del paciente refiere que es el área más afectada en la vida del niño ya que no muestra buena disposición dentro del aula y esto ha afectado su aprendizaje, ya que el niño ha tenido un estancamiento en el proceso de lectura y escritura. La maestra se queja constantemente de que el paciente no trabaja en clase y se sale cuando no quiere o no puede hacer algo.

E. Historia de la queja actual y episodios previos

- **Historia del problema actual:** La madre del paciente refiere que el paciente ha sido desde pequeño un niño muy inquieto y difícil para seguir instrucciones, que constantemente hace berrinches para obtener lo que quiere, últimamente se ha vuelto agresivo y en ocasiones siente que es incontrolable.

La maestra constantemente le da quejas de que no quiere trabajar en clase y que cuando le llaman la atención llora y sale del aula gritando, le es difícil seguir instrucciones y no termina sus trabajos escolares así como las tareas de casa. Es un niño muy aislado y le gusta jugar solo.

F. Historia familiar

El paciente es hijo único y la madre es soltera por lo que el niño no conoce figura paterna, vive solo con su mamá y abuela quienes se dedican a él todo el tiempo posible, la mamá trabaja jornada completa por lo que la abuela es la encargada de llevarlo al colegio y de cuidarlo en la tarde, la mamá le ayuda cuando regresa del trabajo a hacer sus tareas.

G. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo – impulsivo [F90.0]

Rasgos de trastorno bipolar

Eje II ninguno

Eje III ninguno

Eje IV Problemas relativos al ambiente social y a la enseñanza

Eje V EEAG: 51 - 60 Síntomas moderados

H. Pronóstico

Favorable con psicoterapia y tratamiento médico.

I. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual orientada hacia una reorganización educativa y de comportamiento, recomendar a la madre la práctica de un deporte o actividades en centros recreativos para propiciar la descarga motriz del niño.

Tratamiento médico indicado por un neurólogo.

Historia clínica No. 4

A. Datos generales

Nombre: Y. E. S. de S.

Edad: 35 años

Dirección: 7ma. Avenida 1 – 69 zona 2 El Tejar Chimaltenango.

Ocupación: ama de casa

Fecha de nacimiento: 3 de febrero de 1973

Escolaridad: 3ro. Básico

Estado civil: Casada

Religión: cristiana evangélica

Evaluator: Carol María Reyes Osterberg

Fecha: 05 de julio de 2010

B. Motivo de consulta

Experimenta muchos temores, inseguridad, celos y esto le desencadena molestias físicas como: náusea, repulsión al olor de la comida, sensación de obstrucción en la garganta y dificultad para respirar. Siente mucho temor a dormir sola y nunca ha dormido sola desde que era una adolescente.

C. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: ideaciones neuróticas.
- Nivel afectivo: estado de ánimo ansioso, irritable.
- Nivel conductual: se muestra tensa, ansiosa, preocupada.
- Nivel motivacional: manifiesta deseo y voluntad de recuperación.
- Nivel físico: molestias del sistema digestivo, náuseas, dificultad para respirar, no puede tragar la comida porque siente que algo le obstruye la garganta.

D. Áreas afectadas en la vida del sujeto

- Familia: tiene problemas con su hijo mayor, quien cruza la adolescencia y es muy aprensiva con su hija menor, a quien transmite su ansiedad, es muy celosa con su esposo e infunde constantemente sus temores y ansiedades a la familia.
- Relaciones sociales: se muestra insatisfecha y deprimida debido que ha tenido que abandonar muchos de sus hábitos sociales (celebrar cumpleaños, navidad, participar en actividades cívicas o políticas) desde que adoptó la religión de su esposo (Testigo de Jehová).

E. Historia de la queja actual y episodios previos

- Atribución sobre los problemas: manifiesta que el origen de sus preocupaciones y temores son la conducta de su hijo, la preocupación por la salud de su hija y los celos hacia su esposo.
- Episodios previos similares: cuando era adolescente sentía temor de dormir sola y sus molestias físicas se iniciaron en el embarazo de su primer hijo y se repiten cuando debe viajar y dejar a su familia.
- Tratamientos anteriores y otros tratamientos actuales: anteriormente estuvo en tratamiento psiquiátrico y con medicamento para la depresión. Actualmente se auto medica cápsulas naturales para regular el sistema nervioso. (Nervaden)

F. Historia familiar:

La paciente refiere que fue abandonada por su padre cuando ella nació, por el hecho de ser niña, porque él deseaba que fuera varón, la madre adoptó una actitud descuidada hacia ella.

Tiempo después su padre regresó a la casa por un tiempo y luego se separó definitivamente de su madre. La madre la dejó al cuidado de la abuela, quien desde muy pequeña la ponía a trabajar, luego una tía se hizo cargo de ella y en ese tiempo un familiar lejano abusó sexualmente de ella, metiéndose en su cama y obligándola a que le tocara sus genitales.

Durante un corto tiempo vivió con un tío, que era pastor evangélico y la trató muy bien, dándole el cariño que ella nunca recibió de sus padres, pero pronto tuvo que regresar a vivir de nuevo con su tía, donde pasó su adolescencia. En esta etapa comenzó a experimentar mucho temor a dormir sola y siempre buscaba la compañía de sus primas, pero cuando ellas se casaron, ella decidió casarse sin estar enamorada, solo por el hecho de no estar sola.

Se casó desconociendo que tenía que tener una vida sexual con su esposo, lo que le causó problemas y refiere que durante mucho tiempo experimentó dolor y ninguna satisfacción en la intimidad con su esposo. Actualmente ha visto una mejoría en esta área, pero reconoce que es excesivamente aprensiva con sus hijos, debido a sus múltiples temores. Por lo que desea estarlos controlando todo el tiempo. También es muy celosa de su esposo y lo vigila constantemente.

Cuando el esposo o los hijos van a salir solos se queja de dolores de cabeza, náuseas, malestares digestivos para que ellos la atiendan y se queden cuidándola.

G. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno de Ansiedad Generalizada [F41.1] Trastorno de Somatización [F45.0]

Eje II Ninguno

Eje III Enfermedades del aparato digestivo.

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

Eje V 51 – 60 síntomas moderados

H. Pronóstico

La paciente necesita continuar con psicoterapia.

I. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual.

Historia clínica No. 5

A. Datos generales

Nombre: F. A. L.P.

Edad: 21 AÑOS

Dirección: 3era. Calle 3 – 45 zona 4 Chimaltenango.

Ocupación: repartidor de agua pura

Fecha de nacimiento: 25 de julio de 1987

Escolaridad: 3ro. Básico

Estado civil: Soltero

Religión: Cristiano evangélico

Evaluador: Carol María Reyes Osterberg

Fecha: 7 de junio de 2010

B. Motivo de consulta el paciente refiere que se siente muy deprimido por que siente que no sirve para nada y no puede hacer nada bien.

C. Enumeración de los síntomas

- Nivel cognitivo: ideaciones suicidas
- Nivel afectivo: estado de ánimo y semblante triste, preocupado, desanimado.
- Nivel conductual: se muestra triste, pasivo son energías
- Nivel motivacional: manifiesta deseo y voluntad de recuperación.
- Nivel físico: dolores de cabeza constantes.

D. Áreas afectadas en la vida del sujeto

- Familia: el paciente refiere que su familia constantemente le esta criticando las conductas que adopta, especialmente la mamá y que en ocasiones le ha dicho que no sabe que hacer con él porque parece loco. Mantiene muy poca comunicación con los integrantes de su familia.
- Relaciones sociales: el paciente no tiene relaciones sociales significativas, se aísla de las personas y no tiene amigos ya que siente que va a ser rechazado por su inseguridad.
- Área laboral: por la inseguridad que el paciente maneja no tiene un trabajo estable, ya sea que él renuncie por no sentirse capaz de realizar las tareas encomendadas o lo despidan por no estar realizando sus tareas ya que constantemente deja de hacer las cosas y se pone a pensar en lo mal que esta su vida.

F. Historia de la queja actual y episodios previos

- Atribución sobre los problemas

Manifiesta que el origen de su tristeza e inseguridad ha sido desde niño ya que su mamá le repetía constantemente que no servía para nada pero empeoró al terminar tercero básico ya que no pudo elegir una carrera por no saber para que es bueno, pues el siente que no sirve para nada y que no posee cualidades positivas.

- Historia del problema actual

El paciente refiere que desde niño ha sido muy aislado de sus compañeros y que solo ha tenido un amigo significativo, que siempre se ha sentido solo y que no sirve para nada, estos sentimientos de inferioridad lo hacen alejarse de las personas ya que siente que se van a burlar de él o que lo van a rechazar. No le gusta entablar conversaciones con nadie ya que no tiene tema de conversación le gusta caminar solo grandes distancias y leer. Ha presentado ideas suicidas e incluso una vez compró racumin (veneno de ratas) para suicidarse pero que no se animó a tomarlo.

F. Historia familiar:

El paciente refiere que su familia esta integrada por su mamá, un hermano mayor y una hermana menor, su papá tiene otra familia por lo que solo vive por temporadas con ellos y la relación es muy poca. Las relaciones afectivas en su familia son muy pocas y casi no se comunican porque la mamá trabaja todo el día en oficios domésticos. La mamá se mantiene de mal humor por la relación de su papá y siente que se desquita con él.

G. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno depresivo mayor grave sin síntomas psicóticos [F32.2]

Problemas de baja autoestima

Eje II Ninguno

Eje III dolores de cabeza frecuentes

Eje IV Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y al ambiente social.

Eje V 41 – 50 síntomas graves

H. Pronóstico

Favorable con psicoterapia y tratamiento farmacológico.

I. Tratamiento

Terapia cognitivo conductual, la intervención irá completada de técnicas para mejorar la autoestima. También se trabajará orientación vocacional para que descubra sus habilidades y pueda elegir una carrera.

Remitir a un médico para que lleve a cabo un tratamiento farmacológico.

4.2 Programa de Capacitación de violencia intrafamiliar

4.2.1 Logros

A través del programa de capacitación se pudo cumplir una función preventiva y educativa en temas de importancia tales como autoestima, sexualidad, prevención del abuso sexual, entre otros.

Es importante mencionar que la población alcanzada fue muy variada, niños, adolescentes, jóvenes y adultos de distintos niveles económicos y sociales.

4.2.2 Limitaciones

Una de las limitaciones encontradas fue el acceso a la institución, ya que no se encuentra en un área céntrica y esto hacía difícil el acceso para algunas personas.

4.2.3 Conclusiones

- Hoy en día existe una saturación de información por todos los medios, pero no necesariamente es provechosa o saludable, es por ello que el psicólogo cumple una función importante como orientador en las principales áreas de la vida.

- Un tema básico para el desarrollo integral del ser humano es la autoestima, quizás escuchado por muchos, pero no sabe como convertirlo en una vivencia.
- Actualmente la sexualidad es vista desde muchos puntos de vista, unos muy liberales, algunos intermedios y otros aún muy cerrados y llenos de tabúes. Es por ello que es necesario brindar una orientación equilibrada que resalte el carácter humano de la sexualidad y no solo el carácter físico e instintivo de la misma.

4.2.4 Recomendaciones

- Las instituciones educativas y laborales deben dar la importancia necesaria a la capacitación de las personas que las integran. Ya que de esta manera se pueden prevenir diversos problemas que les pueden llegar a afectar en las diferentes áreas en que se desenvuelven.
- Todos los profesionales podrían brindar un servicio social, compartiendo temas básicos de la vida del ser para contribuir al desarrollo de la sociedad.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

4.2.5.1 Charla I

Tema: La Autoestima

Dirigida a jóvenes de primero básico, secciones “A” y “B” del Instituto de Educación Básica INEB Jornada Vespertina, los días 16 y 12 de agosto de 2010, en horario de 14:30 a 16:30 horas.

A. Objetivos

Los jóvenes asistentes a la charla:

- Comprenden el significado de la palabra autoestima.
- Valoran la importancia de una buena autoestima.
- Enumeran sus cualidades y defectos.
- Identificar su estado emocional y su nivel de autoestima.
- Poner en práctica formas para cuidarse física y emocionalmente.
- Enumeran sus metas y proponen formas de lograrlas

B. Técnicas a utilizar

- Dinámica rompe hielo “El Merequetengue tengue tengue”
- Exposición del tema
- Taller individual de fortalezas y debilidades

C. Recursos

- Equipo de sonido
- Pizarrón
- Computadora portátil
- cañonera
- Hojas de trabajo
- Crayones
- Lapiceros

4.2.5.2 Charla II

Tema: Problemas que afectan a los adolescentes y como resolverlos

Dirigida a jóvenes de segundo básico, secciones “A” y “B” del Instituto de Educación Básica INEB Jornada Vespertina, los días 19 y 23 de agosto de 2010, en horario de 14:30 a 16:30 horas.

A. Objetivos

Los jóvenes asistentes a la charla:

- Enumeran problemas que afectan su estado físico y emocional.
- Identifican soluciones favorables para actuar frente a los problemas que le afectan cotidianamente.
- Identificar su estado emocional y su nivel de autoestima.
- Poner en práctica formas para cuidarse física y emocionalmente.
- Valoran la importancia de el tener una buena autoestima.
- Enumeran sus metas y proponen formas de lograrlas.

B. Técnicas a utilizar

- Dinámica rompe hielo “El Periquito”
- Proyección de una reflexión “La mariposa Azul”
- Exposición del tema
- Taller grupal de identificación de problemas que les afectan.
- Puesta en común de los resultados del taller.

C. Recursos

- Equipo de sonido
- Pizarrón
- Computadora portátil
- Cañonera
- Pliegos de papel bond y Marcadores

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Logros

- Durante el proyecto de salud mental se logró promocionar el trabajo que realiza el profesional de psicología y en qué lugares pueden consultarlo.
- También se brindó un aporte significativo a los afectados por la tormenta Agatha en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango. Brindando atención psicológica, médica, planificación familiar y Vacunación.

4.3.2 Limitaciones

Una de las limitantes que se presentó fue que en una de las comunidades citadas al proyecto el día planificado para el mismo se llevó a cabo una actividad política, lo que llamó la atención de los habitantes, impidiendo su participación en el proyecto.

4.3.3 Conclusiones

- Las catástrofes repercuten en la integridad psicológica de los afectados, tanto víctimas como profesionales que actúan en el lugar del hecho. Es esencial el desempeño de la intervención psicológica que permita que las personas afectadas adquieran una actitud positiva dentro del difícil marco que están viviendo.
- Esto se logrará a través de la intervención terapéutica adecuada, que irá restableciendo la salud mental y emocional de los individuos y comunidades afectadas, permitiéndoles ver con objetividad los medios con que cuentan posterior a la crisis. Igualmente, esta ayuda será de gran beneficio para el correcto manejo del duelo resultante de la pérdida de seres

queridos, víctimas de la catástrofe experimentada en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, de Santa Apolonia en Chimaltenango.

4.3.4 Recomendaciones

- Realizar una intervención psicológica inmediata en la situación de catástrofe (primeros auxilios psicológicos), fundamental dada la dimensión y el gran impacto psicológico que sufren las víctimas y familiares de las comunidades en mención.
- Dar seguimiento psicológico a los afectados después de la catástrofe, para ayudarlos a reanudar en lo posible, el desarrollo de sus actividades, o bien la adaptación a cambios importantes originados por la catástrofe. De esta manera se minimizará el nivel del trastorno de estrés postraumático.
- Evaluar y dar atención psicológica a los profesionales que se desempeñan en situaciones de catástrofe, enfocándose específicamente a prevenir el Síndrome de Burnout.

4.3.5 Presentación de proyecto de salud mental

Introducción

El manejo de la crisis posterior a experimentar un evento catastrófico en la vida de una persona, en donde la intervención psicológica llega a ser una herramienta básica e indispensable para aceptar la situación posterior al evento vivido y llegar a restablecer el equilibrio emocional, psicológico y físico de la población afectada. Dada la complejidad que dicha labor representa, se requiere de profesionales de la Psicología que posean una alta capacidad de persuasión, comprensión, empatía y convicción tanto para lograr las metas antes descritas, así como lograr enfocar a las personas atendidas hacia el descubrimiento de los factores positivos y recursos con los que cuenta, luego del evento.

Los profesionales de la Psicología deben tener capacidad de reconocer, intervenir y obtener buenos resultados ante una crisis posterior a un evento catastrófico de la naturaleza. Sin embargo, en el manejo de este tipo de crisis es imprescindible tomar aquellas medidas que garanticen que el individuo transformará las ideas negativas que le surgen luego del suceso, apoyándose en los métodos terapéuticos indicados para el logro de dicho objetivo. Esto último conforma la idea central del presente proyecto, mismo que está enfocado a llevar el abordaje terapéutico indicado y adecuado a los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, del municipio de Santa Apolonia, en el departamento de Chimaltenango, por ser un área de las más afectadas a nivel nacional por la tormenta Ágatha que recientemente golpeara a Guatemala.

1. Antecedentes

Guatemala es uno de los países que más severamente ha sido afectado en los últimos tiempos debido a eventos climáticos de fuerza mayor, tal es el caso de tormentas, huracanes y depresiones tropicales. Debido a la incesante tala de árboles en extensas áreas de los diversos departamentos del país, se ha dado el fenómeno de los deslaves, derrumbes y erosiones que han dado paso a severas inundaciones y catástrofes que han cobrado muchas vidas, específicamente en el área rural del occidente del país.

En este sentido, el departamento de Chimaltenango, situado en el área del altiplano central del país, ha sido uno de los más afectados con tales eventos, específicamente en los municipios de Tecpán Guatemala, Santa Apolonia, San Martín Jilotepeque y otros más. La destrucción que ha quedado posterior al paso de los eventos climáticos que se han experimentado, ha cambiado no sólo la geografía del área, sino la vida de los pobladores más afectados.

El 29 de mayo, la tormenta tropical Agatha tocó tierra en las costas del departamento de San Marcos en Guatemala, y comenzó a debilitarse. Sin embargo y contra todos los pronósticos, al adentrarse en el territorio nacional, ésta cobró fuerza dando paso a uno de los mayores desastres

naturales que la población guatemalteca ha enfrentado en el presente siglo. Durante más de dos días, Agatha continuó causando inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente en el área central del país.

Dentro de los lugares más afectados a nivel de infraestructura, vivienda y vidas humanas, se encuentra el municipio de Santa Apolonia, del departamento de Chimaltenango. Los pobladores perdieron gran parte de sus pertenencias, reportándose al 31 de agosto, un total de 19 víctimas mortales y más de 1,500 personas damnificadas. Adicionalmente, la infraestructura vial y las viviendas de los pobladores quedaron seriamente dañadas, lo cual ha impedido continuar con una cotidianidad normal y equilibrada, lo cual queda de manifiesto en la actitud de desolación que se palpa en una gran mayoría de los pobladores de las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del citado municipio.

2. Justificación

La situación del municipio de Santa Apolonia, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega, fueron analizadas por el grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana con sede en Chimaltenango, y luego de amplias y nutridas discusiones, se decidió llevar a las comunidades antes mencionadas, la ayuda psicológica que tan necesaria se hace para que los pobladores puedan lograr una resolución de la crisis de estrés postraumático que evidencian después del paso de la tormenta Ágatha; esto, a través de la puesta en marcha de un proyecto de salud mental que se ajuste a las necesidades individuales del área delimitada.

Así mismo, de acuerdo a información recabada y datos estadísticos proporcionados por el Área de Salud de Chimaltenango, se determinó que era necesario proporcionar también ayuda de otra índole, tal es el caso de asistencia médica, exámenes de diagnóstico, métodos de planificación familiar, medicamentos gratuitos, etc.

De esta manera se estaría proporcionando apoyo de forma integral a la población enfocada en el proyecto mencionado, haciendo énfasis en la intervención psicológica que se desarrollará en forma individual y apegada a las necesidades de cada grupo específico (niños, adolescentes, mujeres y hombres), enfocándose en lograr restablecer en un porcentaje considerable, la salud mental de los pobladores, principalmente en cuanto al valor de la vida, la familia y los recursos con que aún cuentan.

3. Objetivos

3.1 General

Actuar eficaz y asertivamente ante la situación de estrés postraumático desencadenado por la experiencia vivida durante la tormenta Ágatha, específicamente en las comunidades de Chipatá, Parajbey y La Vega del municipio de Santa Apolonia, utilizando para ello las herramientas psicológicas adecuadas para restablecer la salud mental y emocional del grupo social afectado durante el evento climático vivido, ayudándoles a identificar los recursos con que cuentan.

3.2 Específicos

- f) Examinar la dimensión del problema y la situación actual de los pobladores de las comunidades afectadas (Chipatá, Parajbey y La Vega).
- g) Ayudar al grupo y a la persona en lo individual, a reconocer y aceptar la situación posterior al evento catastrófico.
- h) Restablecer en un porcentaje considerable la salud mental y emocional, para hacer frente a la situación presente de forma asertiva y efectiva.
- i) Brindar la ayuda adecuada a través de la intervención psicológica ante la situación de estrés postraumático que queda como consecuencia del evento vivido.

-) Ayudar a identificar los factores y recursos positivos con que cuenta el grupo y la persona en lo individual, luego de la catástrofe climática.

4. Metodología

Para el desarrollo del proyecto de salud mental, los alumnos de quinto año de Psicología y Consejería Social, desarrollaron una serie de discusiones, análisis de las necesidades de las comunidades seleccionadas para la ayuda, así como la elaboración de un plan de acción que se apegara a dichas necesidades. En tal sentido, se definió lo siguiente:

4.1 Datos generales

Lugar: Comunidades de La Vega y Parajbey, Santa Apolonia,
Chimaltenango

Fecha: Sábado 16 de octubre de 2010

Hora: De 9:00 a.m., a 4:00 p.m.

Dato estimado de la Población: 800 a 1,000 personas aproximadamente

4.2 Grupos de intervención psicológica

Con la finalidad de proporcionar una intervención psicológica más efectiva y orientada a las necesidades individuales observadas, se determinó dividir a la población atendida en grupos determinados. Para ello se elaboró un plan de acción específico dirigido a:

- a) Niños
- b) Adolescentes
- c) Mujeres

1) Hombres

4.3 Comisiones de trabajo

Para definir una mejor organización y ahorrar tiempo y recursos, se tomó la decisión de formar comisiones de trabajo encargadas de los distintos aspectos que se necesitaba cubrir. En tal sentido se nombraron las siguientes comisiones:

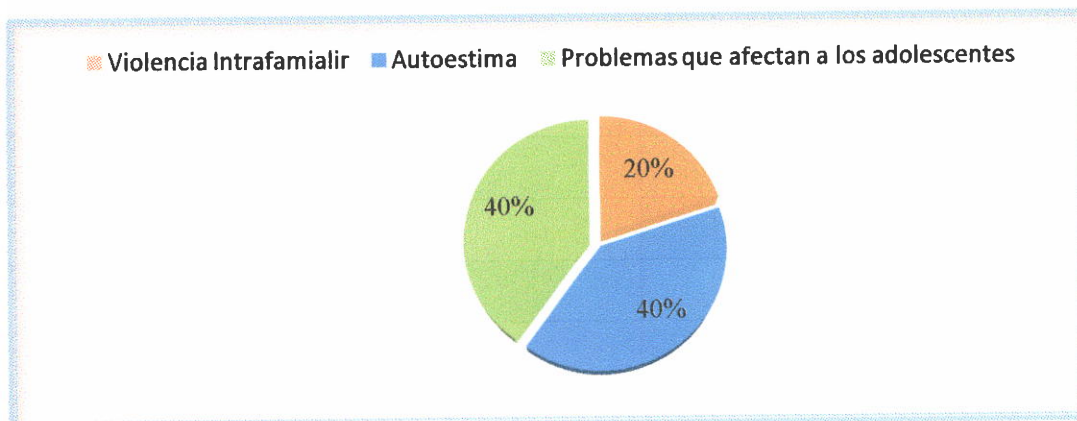
- a) Publicidad
- b) Logística
- c) Proyecto escrito
- d) Recolección y distribución de víveres
- e) Monitoreo de la actividad

4.4 Servicios que se prestarán a las comunidades elegidas

- Psicología Clínica
- Examen de detección temprana del cáncer cervicouterino (papanicolau)
- Planificación familiar (colocación de Jadelle y T de cobre)
- Medicina general (AMES, estudiantes de EPS del Puesto de Salud)
- Medicamentos gratuitos
- Sorteo de víveres como estímulo

4.4.1.2 Programa de capacitación

Gráfica 5 Temas tratados en charlas y capacitaciones

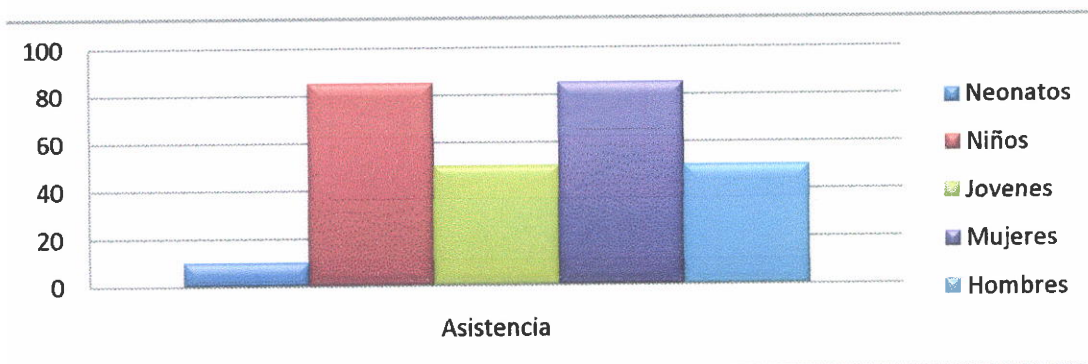


Fuente: Elaboración Propia

La gráfica número 5 presenta los porcentajes de los temas tratados en las charlas y capacitaciones, estos porcentajes están hilados a los problemas con más relevancia dentro del proceso siendo estos violencia intrafamiliar y autoestima.

4.4.1.3 Programa de proyecto de salud mental

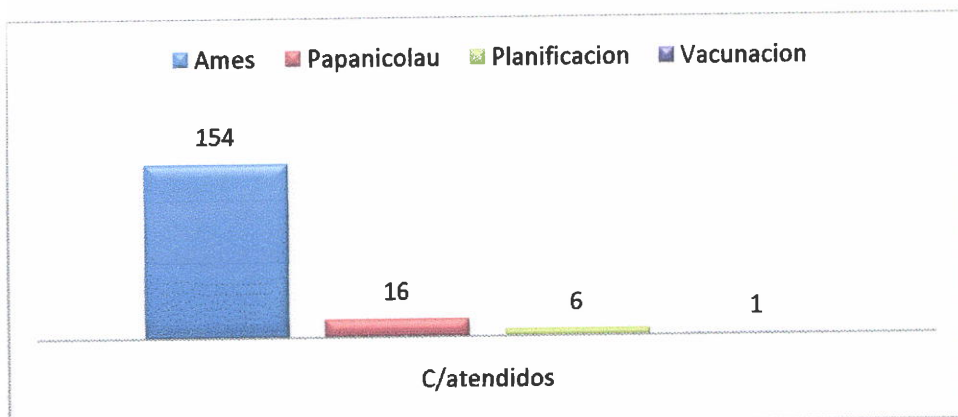
Gráfica No. 6: Población atendida en la intervención psicológica



Fuente: registros del proyecto de salud mental

La gráfica número 6 muestra el número de personas atendidas en el proyecto de salud mental, siendo el grupo de mas afluencia las mujeres y los niños.

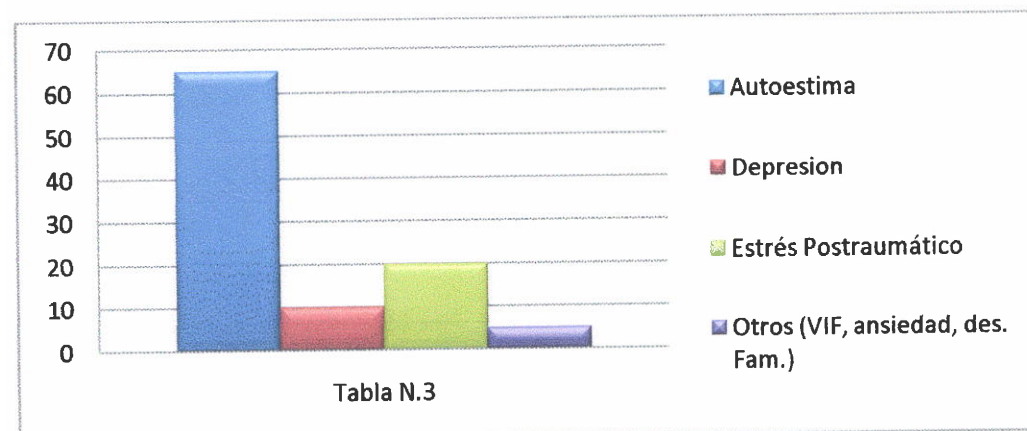
Gráfica No. 7: Personas atendidas por especialidad médica



Fuente: registros del proyecto de salud mental

La gráfica número 7 muestra la cantidad de pacientes atendidos por las instituciones que dieron apoyo al proyecto de salud mental, siendo el número más alto a la asociación AMES quienes brindaron apoyo médico.

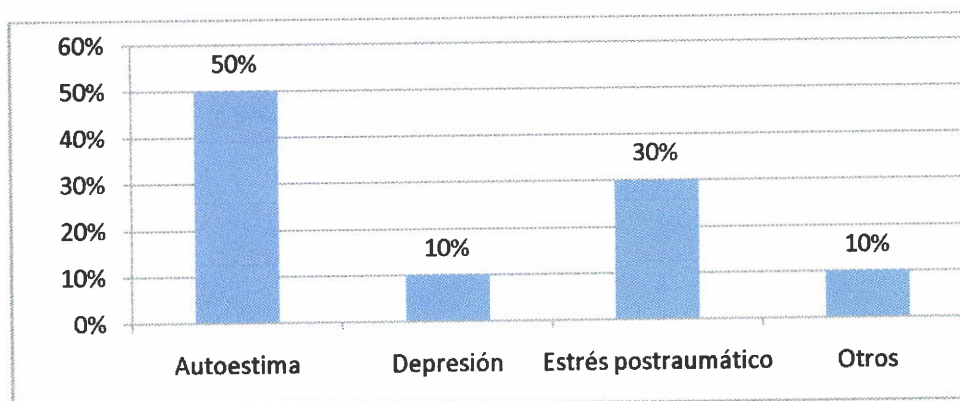
Gráfica No. 8: Cuadros patológicos detectados



Fuente: registros del proyecto de salud mental

La tabla número 8 muestra los cuadros patológicos detectados y atendidos dentro del proyecto de salud mental, siendo los más recurrentes los problemas de autoestima y el estrés postraumático.

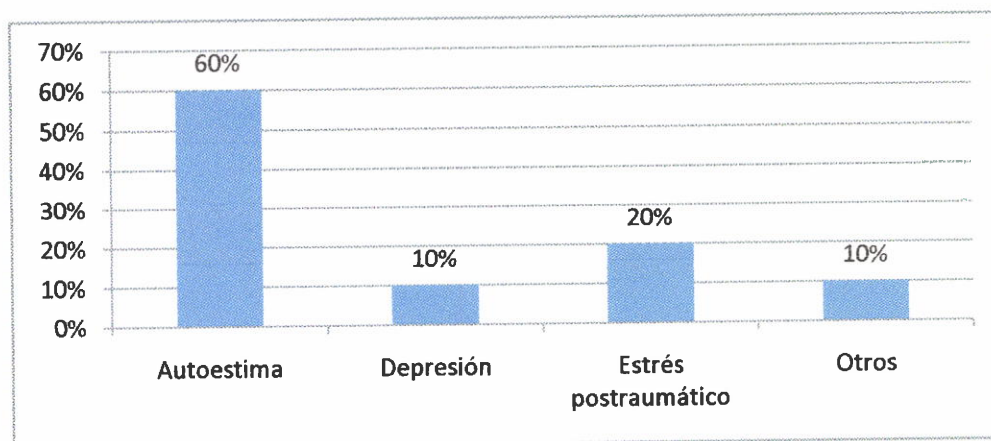
Gráfica 9 Cuadros patológicos detectados en el grupo de niños



Fuente: registros del proyecto de salud mental porcentaje basado en 80 niños

La gráfica 9 muestra los cuadros patológicos detectados y atendidos en niños siendo los más recurrentes los problemas de autoestima y estrés postraumático.

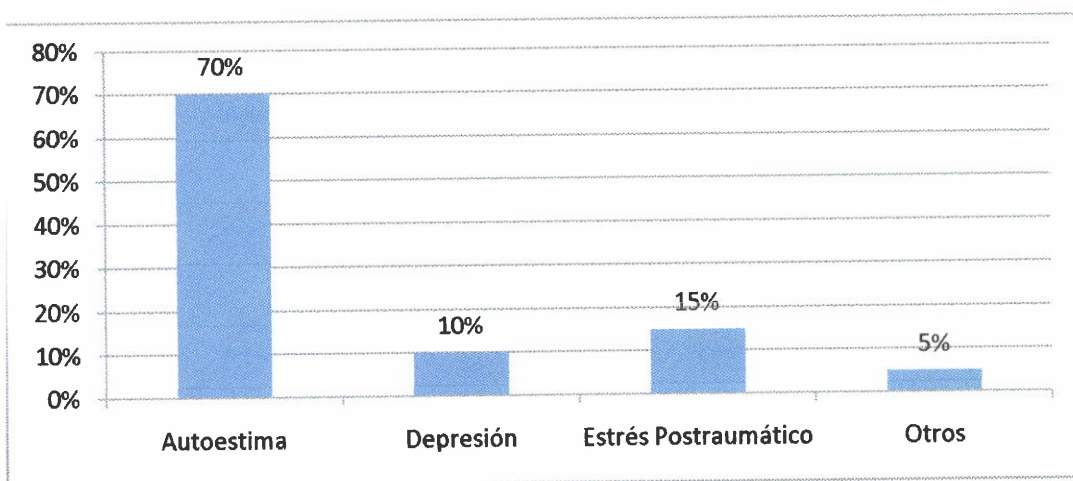
Gráfica 10 cuadros patológicos detectados en el grupo jóvenes:



Fuente: registros del proyecto de salud mental porcentaje basado en 50 jóvenes

La gráfica 10 muestra los cuadros patológicos detectados y atendidos en jóvenes siendo los más recurrentes los problemas de autoestima y estrés postraumático.

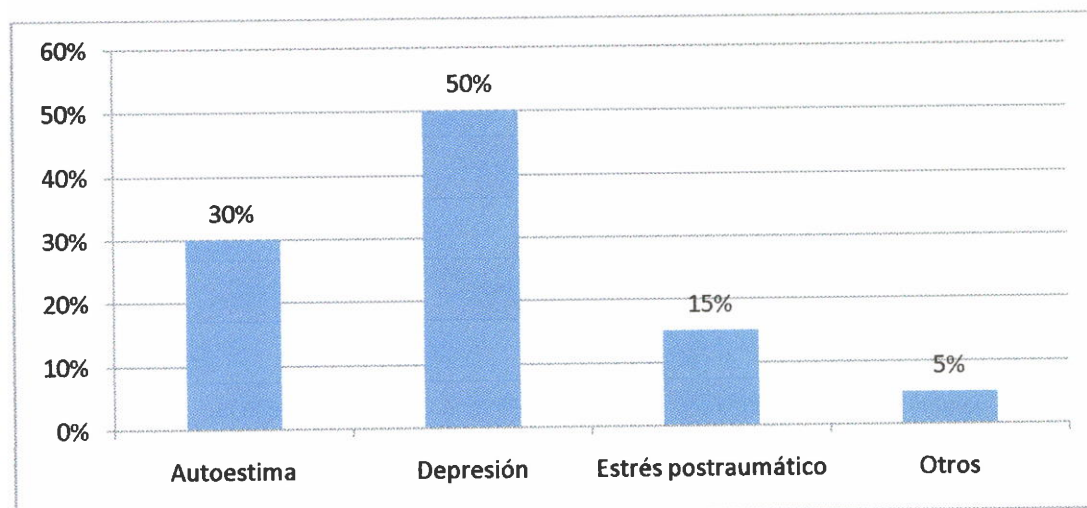
Gráfica 11 Cuadros patológicos detectados en el grupo de mujeres:



Fuente: registros del proyecto de salud mental porcentaje basado en 80 mujeres

La gráfica 11 muestra los cuadros patológicos detectados y atendidos en el grupo de mujeres siendo los más recurrentes los problemas de autoestima y estrés postraumático.

Gráfica 12 Cuadros patológicos detectados en el grupo de hombres:



Fuente: registros del proyecto de salud mental porcentaje basado en 50 hombres

La gráfica 12 muestra los cuadros patológicos detectados y atendidos en el grupo de hombres siendo los más recurrentes los problemas de depresión y autoestima.

Conclusiones

1. El período de Práctica Profesional Dirigida es una oportunidad para aplicar los conocimientos adquiridos en relación al área clínica y a la vez se brinda un servicio a la comunidad.
2. El área de psicología clínica se va dando a conocer lentamente en las comunidades, gracias a la referencia de los médicos de las diferentes especialidades y personal de los centros de salud de los municipios.
3. La psicología es un área importante dentro del campo de la salud, ya que forma parte del desarrollo integral de la persona e influye de manera directa e indirecta en el bienestar físico y social de la persona.
4. El profesional de psicología puede cumplir una función preventiva a través promoción de los principios de la higiene mental y así generar cambios a nivel social.
5. Los problemas más frecuentes en niños y niñas son los problemas de aprendizaje y baja autoestima en niños, probablemente se deba al sistema de aprendizaje existente y a los patrones de crianza de las familias, el cual no incluye una estimulación adecuada.
6. En adultos los que más buscan la asistencia psicológica son las mujeres que presentan cuadros de depresión o ansiedad, probablemente debido a la situación actual que se vive en Guatemala, donde la economía y la seguridad están en declive.
7. La educación machista aún existente en nuestra sociedad dificulta que los varones adultos busquen ayuda, ya que al igual que la mujer ellos también sufren la situación de la sociedad guatemalteca.

Recomendaciones

1. Es importante que las autoridades prioricen las necesidades en el área de salud, ya que la gran mayoría de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud.
2. Es ideal que en cada institución de salud urbana o rural se implementen los servicios de orientación psicológica para prevenir y tratar los problemas de salud mental, que es un área muy abandonada en la población guatemalteca.
3. Los problemas emocionales deben ser tratados con la misma urgencia y humanidad con que se tratan los problemas físicos, ya que esto contribuye al bienestar general del paciente.
4. Es importante que el profesional de psicología sea un agente de cambio en la mentalidad de los guatemaltecos y guatemaltecas, con la finalidad de promover la atención psicológica en los varones, quienes son la cabeza de los hogares y necesitan ser orientados y tratados, ya que ellos también están propensos a sufrir trastornos psicológicos.

Referencias

- Anderson, C. y Stewart, S. (1983). *Una guía práctica para terapia familiar*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, A. (1990). *Terapia cognitiva de los desordenes de personalidad*. New York: Guilford.
- Belloch , A y Sandís B.(1,997) *Manual de Psicopatología*, volumen I,España: Mcgraw-Hill.
- Bernstein, A. (1997) *Introducción a la psicología*. México: Mcgraw Hill.
- Bolaños E. María del Carmen. “*Educación Afectivo sexual en la educación infantil*”. España.
- Brenner , D. (1990). *La terapia efectiva*. New York: Pergamon.
- Cormier, W y Comier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Diccionario de Psicología (2000). Madrid, España: Océano Grupo Editora, S.A
- Enciclopedia Microsoft Encarta 2007.
- Frankl, V. (1963). *Psicoanálisis y existencialismo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freeman Lory. “*Mi Cuerpo es mío*”. Estados Unidos.1985
- González N, J. de J.(1999). *Psicoterapia de Grupos*. México: El Manual Moderno.
- Harry Stack Sullivan. *La entrevista psiquiátrica*. Edit. Psique.

Hernández M. Gabriela y Jaramillo Guijarro Concepción. “*La educación sexual de niños y niñas de 6 a 12 años*”. España: Ministerio de Educación y Ciencia.

Kleinke, C . (2002). *Principios comunes en psicoterapia* . Bilbao: Desclée De Brouwer.

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

Monedero, C. (1978). *Psicopatología General*, segunda edición. Madrid: Biblioteca Nueva.

Montero, M. (1984). *Psicología*. Caracas , Venezuela: Kapeluz .

Morris, Ch. y Maisto A. (2001). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.

Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Saldívar, D. (1998). “*Teoría y práctica de la psicoterapia*”. La Habana: Asociación norteamericana de psicoterapia de grupo.

Web

Historia Clínica Psicológica. Recuperado el 20.03.2009

<http://reflexionpsicologica.blogspot.com/2006/04/historia-clnica-psiquiatrica.html>

Informe Psicológico. Recuperado el 20.03.2009 <http://www.cepvi.com/DSM/indice.shtml>

El informe Psicológico. Recuperado el 21.03.2009 <http://comenio.wordpress.com/2007/08/28/el-informe-psicologico/>

Pruebas Psicométricas. Recuperado el 20.03.2009. <http://www.galeon.com/pcazau/312-lista-test.htm>

Psicodiagnóstico laboral. Recuperado el: 20.03.2009. <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/psicodiagnosticolaboral.html>

Psicología Educativa. Recuperado el 27.03.2009. <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=240>

Psicodiagnóstico. Recuperado el 27.03.2009. <http://www.psicodiagnostico.cl/Colegios.htm>.

Anexo 1
Constancias



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Chimaltenango, noviembre 2010.

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente deseo manifestar que la estudiante **Carol María Reyes Osterberg**, quien se identifica con número de carné **060121** realizó 250 horas de práctica presenciales, asistiendo al curso de Práctica Profesional Dirigida, durante el período comprendido de enero a noviembre del presente ciclo lectivo.

*Licenciada Sonia Pappa
Asesora*



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

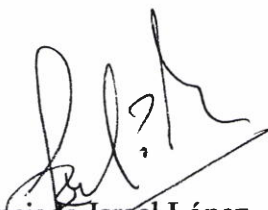
Registro de horas de práctica profesional dirigida

Practicante: Carol María Reyes Osterberg
Centro de Práctica: Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Chimaltenango

| No. | Semana | Horas Cumplidas | Firma |
|-----|------------------------------------|-----------------|-------|
| 1 | 12 al 16 de abril 2010 | 12 | |
| 2 | 19 al 23 de abril 2010 | 12 | |
| 3 | 26 al 30 de abril 2010 | 12 | |
| 4 | 03 al 07 de mayo 2010 | 12 | |
| 5 | 10 al 14 de mayo 2010 | 12 | |
| 6 | 17 al 21 de mayo 2010 | 12 | |
| 7 | 24 al 28 de mayo 2010 | 12 | |
| 8 | 31 de mayo al 04 de junio 2010 | 12 | |
| 9 | 07 al 11 de junio 2010 | 12 | |
| 10 | 14 al 18 de junio | 12 | |
| 11 | 21 al 25 de junio 2010 | 12 | |
| 12 | 28 de junio al 02 de julio 2010 | 12 | |
| 13 | 05 al 09 de julio de 2010 | 12 | |

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental,
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 842-9822
COORDINADOR

| | | | |
|----|--|----|--|
| 14 | 12 al 16 de julio de 2010 | 12 | |
| 15 | 19 al 23 de julio de 2010 | 12 | |
| 16 | 26 al 30 de julio de 2010 | 12 | |
| 17 | 02 al 06 de agosto de 2010 | 12 | |
| 18 | 09 al 13 de agosto de 2010 | 12 | |
| 19 | 16 al 20 de agosto de 2010 | 12 | |
| 20 | 23 al 27 de agosto de 2010 | 12 | |
| 21 | 30 de agosto al 03 de septiembre de 2010 | 12 | |
| 22 | 06 al 10 de septiembre de 2010 | 8 | |



Licenciado Israel López
 Psicólogo Colegiado
 Liga guatemalteca de Higiene Social



Sello de la Institución



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
"Sabiduría ante todo adquiere sabiduría"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Licenciatura en Psicología y Consejería Social

Control de supervisión

Nombre de la Institución: Liga Guatemalteca de Higiene Mental Dirección: Lote 4-56 Parcelamiento La Alameda Chimaltenango

Director: Lic. Israel Felix López Ramos Fecha: 8 de septiembre de 2010

Nombre de la alumna practicante: Carol María Reyes Osterberg Grado: Quinto

| No. | ASPECTOS A CALIFICAR | INEFICIENTE | BUENO | MUY BUENO | EXCELENTE |
|-----|-------------------------------|-------------|-------|-----------|-----------|
| 1 | Puntualidad | | | X | |
| 2 | Asistencia | | | X | |
| 3 | Iniciativa | | | X | |
| 4 | Creatividad | | | X | |
| 5 | Actitud Ética | | | X | |
| 6 | Conocimiento | | | X | |
| 7 | Aplicaciones de técnica | | | | X |
| 8 | Relaciones interpersonales | | | | X |
| 9 | Apoyo a la Institución | | | | X |
| 10 | Interés por aprender | | | | X |
| 11 | Atención a pacientes | | | | X |
| 12 | Entrega de tareas | | | X | |
| 13 | Presentación personal | | | | X |
| 14 | Realización de capacitaciones | | | X | |
| 15 | Actividades Institucionales | | | X | |

Observaciones: Siga adelante en su formación profesional y actualización científica

Lic. Israel Felix López Ramos
Psicólogo
Colegado No. 392



Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango
Presente.


Respetable Licenciada:

Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame abundantes bendiciones em su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas **Nancy Julissa Herrera Morales, Carol Maria Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz**, de quinto año de La Carrera de Psicología y Consejería Social, el día 12 de mayo de 2010, brindaron a las señoras madrecitas de la Alameda, Chimaltenango, **Una actividad motivacional dedicado al día de la madre**, en horario de 14:30 a 17:00 horas, en las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la Actividad programada para este día, y deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,


Licenciado Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Centro Comunitario de Salud Mental
Chimaltenango
Lote 4-56 A, "La Alameda", Tel.: 2412 1111
COORDINADOR

Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango
Presente.


Respetable Licenciada:

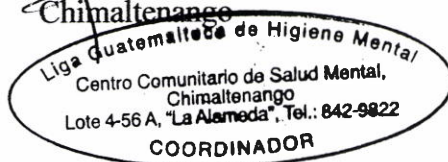
Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol Maria Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de Psicología y Consejería Social, impartieron los días 19 y 23 julio de 2010, de 14:30 a 16:30 horas, dos charlas con el tema *Problemas que afectan a los adolescentes y como resolverlos*, a los alumnos de segundo básico de las secciones A y B, del Instituto Nacional de Educación Básico INEB jornada Vespertina, en las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de los jóvenes Chimaltecos, y deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,


Licencido Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango



Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango

Chimaltenango, agosto de 2010

Licenciada
Sonia Pappa
Catedrática de Práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango
Presente.

Respetable Licenciada:

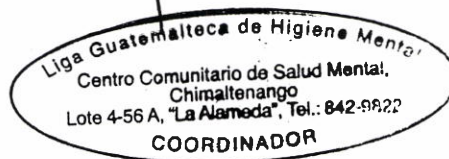
Reciba un cordial saludo de parte de esta Institución y deseamos que Dios Derrame abundantes bendiciones en su vida.

Por este medio se hace constar que las alumnas *Nancy Julissa Herrera Morales, Carol Maria Reyes Osterberg y Nidia Iveth Ajin Muñoz*, de quinto año de La Carrera de Psicología y Consejería Social, impartieron los días 12 y 16 julio de 2010, de 14:30 a 16:30 horas, dos charlas con el tema La Autoestima, a los alumnos de primero básico de las secciones A y B, del Instituto Nacional de Educación Básico INEB jornada Vespertina, en las instalaciones que ocupa la Liga Guatemalteca de Higiene Mental.

Agradecemos su colaboración en la formación integral de los jóvenes Chimaltecos, y deseamos contar con su apoyo en otra oportunidad.

Respetuosamente,


Licenciado Israel López
Coordinador de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental
Chimaltenango





LIGA GUATEMALTECA DE HIGIENE MENTAL

"Armonía consigo mismo y con los demás, es salud mental"

Chimaltenango, octubre del año 2010.

Licenciada:

Sonia Pappa

Asesora de Práctica.

Universidad Panamericana

Presente.

Respetable Licenciada:

Por medio de la presente deseo manifestarle que la estudiante **CAROL MARÍA REYES OSTERBERG**, ha realizado 260 horas de práctica profesional en esta institución.

Ante esto deseo manifestar que la señorita Rosemberg Reyes demostró interés, responsabilidad, dedicación y profesionalismo en el desarrollo de su práctica.

Por lo anterior, hago llegar mis agradecimientos a Usted y a la Universidad Panamericana, por enviarnos a las practicantes y esperamos brindarles siempre el espacio, con el fin de formar profesionales con calidad y responsabilidad en el campo de la psicología.

En tal virtud, me suscribo no sin antes hacerle llegar mi más elevada consideración.

Atentamente.

Lic. Israel López

Coordinador.

Área de Chimaltenango



Anexo 2

Formatos utilizados

Historia clínica

A. Datos generales

Nombre:

Edad:

Dirección:

Ocupación:

Fecha de nacimiento:

Escolaridad:

Estado civil:

Religión:

Evaluador:

Fecha:

B. Motivo de consulta

C. Enumeración de los síntomas

- **Nivel cognitivo:**
- **Nivel afectivo:**
- **Nivel conductual:**
- **Nivel motivacional:**
- **Nivel físico:**

D. Áreas afectadas en la vida del sujeto

- Familia:
- Relaciones sociales:
- Área laboral:

E. Historia de la queja actual y episodios previos

- Atribución sobre los problemas
- Historia del problema actual

F. Historia familiar:

G. Diagnóstico multiaxial

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

H. Pronóstico

I. Tratamiento

Anexo 3
Fotografías

