

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



**Problemas de alcoholismo y sus consecuencias en el núcleo familiar atendidos
en la Liga de Higiene Mental de Chimaltenango
(Sistematización de la práctica)**

Willi Jonatán Texaj Larios

Chimaltenango, junio 2013

**Problemas de alcoholismo y sus consecuencias en el núcleo familiar atendidos
en la Liga de Higiene Mental de Chimaltenango**
(Sistematización de la Práctica)

Willi Jonatán Texaj Larios (Estudiante)

Licda. Sonia Pappa (Asesora)

Lic. Mario Salazar (Revisor)

Chimaltenango, junio 2013

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo

M. A. Cesar Augusto Custodio Cobar

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

Licda. Elizabeth Herrera de Tan

Asesor de tesis

Licda. Sonia Pappa

Revisor de tesis

Lic. Mario Salazar



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

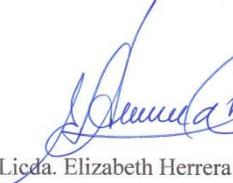
SISTEMATIZACION DE PRÁCTICA
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Willi Jonatán Texaj Larios**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología y Consejería Social** de esta
Facultad solicita autorización para realizar
su **Practica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación

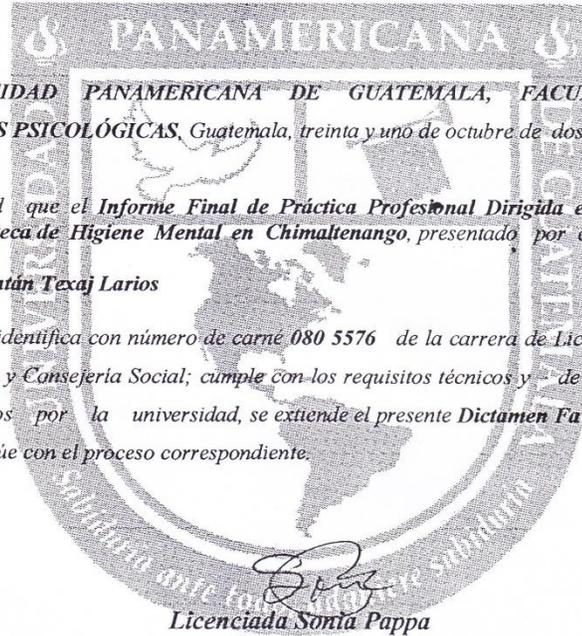
DICTAMEN: Guatemala, Febrero 03 de 2012

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

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


Licda. Elizabeth Herrera
Decana





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

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

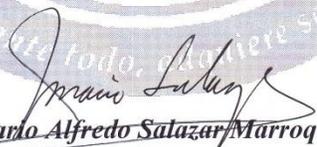
Willi Jonatán Texaj Larios

*Quien se identifica con número de carné 080 5576 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 PSICOLOGICAS,
Guatemala 26 de Enero del dos mil trece.-----

En virtud que la Sistematización de el Informe Final de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **Problemas de alcoholismo y sus consecuencias en el núcleo familiar atendidos en la Liga de Higiene Mental de Chimaltenango.** Presentado por el estudiante: **Willi Jonatán Texaj Larios**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Marlo Alfredo Salazar Marroquin
Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que **La Sistematización de Practica** con el tema "**Problemas de alcoholismo y sus consecuencias en el núcleo familiar atendidos en la Liga de Higiene Mental de Chimaltenango**", presentado por: **Willi Jonatán Texaj Larios** previo a optar grado académico de Licenciatura en: **Psicología y Consejería Social**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de **La Sistematización de Practica**.



Licda. Elizabeth Herrera
Decana

Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco Referencial	
1.1 Descripción de la Institución donde se realiza la práctica	1
1.2 Misión	2
1.3 Visión	2
1.4 Organigrama de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental	2
1.5 Objetivos	2
1.6 Población que atiende	3
1.7 Tema	4
Capítulo 2	
Marco Teórico	
2.1 Alcoholismo	5
2.2 Psicopatología	22
2.3 Psicodiagnóstico	43
2.4 Psicoterapia	65
Capítulo 3	
Referente Metodológico	
3.1 Programa del curso	117
3.2 Cronograma de actividades	119
3.3 Planificación de actividades	125
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	
4.1 Programa de atención de casos	129

4.2 Programa de capacitación	145
4.3 Programa de elaboración del proyecto de Salud Mental	159
4.4 Presentación de resultados con gráficas	163
Conclusiones	167
Referencias	168
Anexos	170

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 personas de distintas edades, esto con el objetivo de proporcionar ayuda y tratamiento psicológico a las personas que acudían al centro de práctica. Dentro de los principales problemas atendidos en el centro de práctica están: alcoholismo, depresión, violencia intrafamiliar, problemas de aprendizaje, y problemas sexuales, cada uno de estos problemas están descritos detalladamente en el capítulo dos del presente informe.

El informe final de la práctica profesional dirigida está compuesto por cuatro marcos, el primero o Marco de Referencia, presenta la descripción de la institución, en el cual se incluye la misión, visión, objetivos, organigrama, la población que atiende, y el planteamiento del problema. El segundo o Referente Teórico resume la investigación bibliográfica, en el cual se basan los problemas psicológicos atendidos en el centro de práctica. El tercero o Referente Metodológico presenta el programa general del curso, dentro de los cuales está el propósito del curso, cronograma de actividades, y formas de evaluación. Por último el cuarto que se refiere a la presentación de resultados obtenidos a través de las actividades realizadas.

Además de los cuatro marcos, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Introducción

La importancia de la práctica profesional dirigida, es parte fundamental para la carrera de psicología, es ahí donde a través de la investigación y la experimentación, el estudiante se convierte en un agente innovador y creativo, así como un buen comunicador y facilitador.

Los conocimientos adquiridos y las herramientas adecuadas permiten al estudiante implementar una forma teórica- práctica en los pacientes que atiende, generando en ellos el desarrollo mental que les ayudará a tener pensamientos más asertivos, y por consecuencia pensar en forma lógica.

Ese mismo desarrollo también permitirá al paciente hacer mejores elecciones, y aceptar compromisos con más responsabilidad, al mismo tiempo tendrá un auto concepto más adecuado que traerá más seguridad en sí mismo.

Todo ello provoca que el nuevo profesional en psicología tenga un reto muy grande, por lo que le es necesario estar bien preparado, ya que de las decisiones que tome, dependerá la curación de las personas y creará un mejor ambiente en las diferentes áreas de su vida.

Capítulo 1

Marco Referencial

Introducción

El presente capítulo, proporciona información del centro de práctica profesional dirigida, el cual se realizó en la “Liga Guatemalteca de Higiene Mental”, además se presentan datos sobre el funcionamiento y organización de la misma

1.1 Descripción de la institución donde se realiza la práctica

El centro donde se realiza la práctica profesional dirigida, es una extensión de oficinas centrales que se encuentran ubicadas en la ciudad capital, siendo la Institución; Liga Guatemalteca de Higiene Mental, que se encuentra ubicada en el lote 456, Parcelamiento “La Alameda”, Chimaltenango.

Dentro de los servicios que presta la institución están: Atención psicológica, capacitaciones y talleres enfocados a la salud mental, deporte, proyecto de radio con niños, escuela de padres, talleres de marimba, entre otros, el horario de atención es variado, atendiendo de acuerdo a la demanda poblacional, siendo por lo regular el siguiente: Lunes – miércoles – viernes; de 8:00 a 1:00 p.m., sábados que se trabaja el proyecto radial se atiende a niños de 8 a 12 del medio día y el domingo se atiende a la población que trabaja de lunes a sábado, atendiéndolas en el horario de 8:00 a 1:00 p.m., prestando atención psicológica a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres.

El centro de atención cuenta con un salón amplio, para realizar las actividades programadas, también tiene una clínica de atención a pacientes, cuenta además con una cabina de grabación radiofónica. También tiene un jardín infantil, área verde y una cancha deportiva.

1.2 Misión

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

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

1.3 Visión

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

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

1.4 Organigrama de la liga guatemalteca de higiene mental

Ver adjunto

1.5 Objetivos

Objetivos generales:

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

Objetivos específicos

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

1.6 Población que atiende

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

1.6.1 Descripción de la población que atiende

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

1.7 Tema

Problemas de alcoholismo y sus consecuencias en el núcleo familiar, atendidos en la Liga de Higiene Mental de Chimaltenango.

Organigrama de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental



Capítulo 2

Marco Teórico

Introducción

A continuación se describen detalladamente los fundamentos que sustentan los conocimientos teóricos, los cuales son la base en la que se apoya la práctica profesional dirigida que se desarrolla en el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social, en la que se da a conocer el tema principal que se presentó frecuentemente en el centro de práctica. Así también temáticas de importancia en la aplicación de la psicología.

2.1 Alcoholismo

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor.

Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. El consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad.

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres.

El consumo nocivo también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis entre otras, y las infecciones de transmisión sexual, lo

que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento

2.1.1 Definición

El alcoholismo es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del este, así como en los países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina en la actualidad al alcoholismo "síndrome de dependencia del alcohol" y está incluido en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades No. 10 (CIE-10). El alcoholismo forma a su vez parte de una categoría denominada "*Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas*".

La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y

obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

2.1.2 Causas

Una mezcla compleja de factores genéticos y ambientales influye en el riesgo del desarrollo de alcoholismo. Los genes que influyen en el metabolismo del alcohol también influyen en el riesgo de alcoholismo, y puede ser indicado por una historia familiar de alcoholismo. Se ha encontrado que el consumo de alcohol a una edad temprana puede influir en la expresión de genes que aumentan el riesgo de dependencia del alcohol.

Las personas que tienen una predisposición genética al alcoholismo también son más propensas a empezar a beber a una edad más temprana que el promedio.

Además, una edad más temprana de inicio de consumo de alcohol se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de alcoholismo, y alrededor del 40 por ciento de los alcohólicos beben en exceso por su adolescencia tardía.

No está del todo claro si esta asociación es causal, y algunos investigadores han sabido estar en desacuerdo con este punto de vista. Una concentración de testosterona elevada durante el embarazo puede ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de la dependencia del alcohol.

Trauma infantil severa también se asocia con un aumento general en el riesgo de dependencia de las drogas. La falta de apoyo de padres y la familia se asocia con un mayor riesgo de desarrollar alcoholismo. La genética y la adolescencia se asocian con un aumento de la sensibilidad a los efectos neurotóxicos del abuso crónico de alcohol. Cortical degeneración debido a los efectos neurotóxicos aumenta el comportamiento impulsivo, lo cual puede contribuir al desarrollo, la persistencia y gravedad de los trastornos por consumo de alcohol. Existe evidencia de que con la abstinencia, hay una inversión de al menos parte del alcohol daño inducido por el sistema nervioso central.

2.1.3 Síntomas físicos y psicológicos

En muchos casos, las personas que consumen una gran cantidad de alcohol presentan varios tipos de problemas. Básicamente, el alcoholismo es una enfermedad que se define como una adicción donde la cantidad de consumo de alcohol alcanza un nivel que perturba las condiciones físicas y mentales de la persona. Esto podría crear problemas en la vida profesional, privada y social de la persona. Hay muchos síntomas físicos de alcoholismo que pueden verse fácilmente en la persona que toma alcohol en exceso, dentro de los cuales están:

- Ansiar una bebida de alcohol
- Incapacidad de dejar o limitar el consumo de alcohol
- Necesitar cantidades más grandes de alcohol para sentir el mismo efecto
- Síntomas de abstinencia si se detiene el consumo de alcohol, incluyendo: náusea sudoración, temblores, ansiedad, presión arterial ataques.
- Dejar de hacer actividades para beber o recuperarse de los efectos del alcohol
- Modo de beber que continúa incluso cuando causa o empeora problemas de salud
- Ser incapaz de detener o reducir el modo de beber a pesar de tener un deseo de hacerlo
- Venas delgadas y oscuras que aparecen a través de la piel alrededor del ombligo y en el rostro
- Hígado agrandado
- Náusea, distensión, dispepsia , y úlceras
- Pancreatitis
- Fácil aparición de moretones y/o sangrado
- Inestabilidad, temblores
- Debilidad de las muñecas, tobillos
- Adormecimiento y hormigueo
- Memoria alterada
- Confusión
- Frecuencia cardíaca acelerada
- Testículos encogidos
- Disfunción eréctil

- Susceptibilidad incrementada a infecciones y cáncer.

2.1.4 Efectos físicos y psicológicos

A largo plazo el abuso del alcohol puede causar una serie de síntomas físicos, incluyendo la cirrosis del hígado, pancreatitis, la epilepsia, neuropatía, demencia alcohólica, enfermedad cardiaca, deficiencias nutricionales, las úlceras pépticas y la disfunción sexual, y con el tiempo puede ser fatal. Otros efectos físicos incluyen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, mala absorción, enfermedad hepática alcohólica, y el cáncer. El daño al sistema nervioso central y sistema nervioso periférico puede ocurrir por el consumo de alcohol sostenido.

Las mujeres desarrollan complicaciones a largo plazo de la dependencia del alcohol más rápidamente que los hombres. Además, las mujeres tienen una tasa de mortalidad más alta de alcoholismo que los hombres. Ejemplos de complicaciones a largo plazo incluyen el cerebro, el corazón y daño en el hígado y un aumento del riesgo de cáncer de mama.

Además, el alcohol con el tiempo se ha encontrado que tienen un efecto negativo sobre el funcionamiento reproductivo en las mujeres. Esto da como resultado la disfunción reproductiva, tales como la anovulación, disminución de la masa ovárica, los problemas o irregularidades en la ciclo menstrual, a pesar de que el alcoholismo puede aumentar el riesgo de cáncer de hígado, los estudios han demostrado que un consumo moderado de alcohol (1 porción / día para las mujeres y las porciones 2 / día para los hombres) no afecta en gran medida la diabetes tipo II.

A largo plazo el uso indebido de alcohol puede causar una amplia gama de problemas de salud mental. Severos daños cognitivos problemas son comunes, aproximadamente el 10 por ciento de todos los casos de demencia están relacionados con el consumo de alcohol, por lo que es la segunda causa de demencia. El uso excesivo de alcohol causa daño a la función del cerebro, y la salud psicológica puede ser cada vez más afectada con el tiempo.

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en los alcohólicos, con hasta un 25 por ciento sufre graves trastornos psiquiátricos. Los síntomas psiquiátricos más frecuentes son la ansiedad y la depresión trastornos. Los síntomas psiquiátricos suelen empeorar durante la primera abstinencia

del alcohol, pero por lo general mejoran o desaparecen con la abstinencia continua. La psicosis, confusión, y el síndrome orgánico cerebral puede ser causada por el abuso del alcohol, que puede conducir a un diagnóstico erróneo, como la esquizofrenia.

Los trastornos psiquiátricos difieren según el género. Las mujeres que tienen trastornos por consumo de alcohol suelen tener un diagnóstico de estrés como depresión mayor, ansiedad, trastorno de pánico, bulimia, trastorno postraumático, o trastorno de personalidad borderline. Los hombres con trastornos por consumo de alcohol más a menudo tienen un diagnóstico concurrente de los narcisistas o trastorno de personalidad antisocial, trastorno bipolar, esquizofrenia, los trastornos de impulso o de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Las mujeres que sufren de alcoholismo tienen mayor probabilidad de tener una historia de o asalto sexual, abuso y violencia doméstica, que las de la población en general.

2.1.5 Fases

Las fases del alcoholismo se pueden clasificar de la siguiente manera:

a. Fase pre- alcohólica

Comprende las situaciones de consumo ocasional y constante de bebidas alcohólicas; dando inicio en forma esporádica y luego con mayor frecuencia, aumentando también la tolerancia al alcohol.

b. Fase prodrómica

Se manifiestan cambios repentinos de carácter, e irritabilidad. Se caracteriza por la manifestación de síntomas que genera el inicio de dicho problema.

c. Fase crítica

Constituye el desencadenamiento de la enfermedad en forma clara y franca. El individuo bebe exageradamente hasta emborracharse, busca justificación a su conducta ante las críticas y

presiones de las personas, empieza a manifestar problemas emocionales serios ante la desvalorización de su familia, transformándose en persona hostil y agresiva, rompe con las normas sociales.

d. Fase crónica

En esta fase la persona ha caído en la fase más difícil, pierde el grado de responsabilidad para con su familia y la sociedad, consume alcohol frecuentemente y por tiempo prolongado, se abandona totalmente, llegando a comprometer su salud física y mental, debido a la ingesta alcohólica puede manifestar problemas serios como psicosis alcohólica, alucinaciones y *delirium tremens*.

Además pueden presentarse conductas agresivas y violentas, debido a la pérdida de la realidad objetiva.

e. Fase terminal

Se caracteriza por el mal funcionamiento del hígado que degenera en cirrosis y en consecuencia la muerte.

2.1.6 Efectos sociales

Los problemas sociales derivados del alcoholismo son graves, causados por los cambios patológicos en el cerebro y los efectos intoxicantes del alcohol. El abuso de alcohol se asocia con un mayor riesgo de cometer delitos, incluido el abuso infantil, violencia doméstica, violación, robo y asalto. El alcoholismo se asocia con la pérdida de empleo, que puede conducir a problemas financieros. Beber en momentos inapropiados, y el comportamiento, puede llevar a consecuencias legales, tales como cargos penales por conducir ebrio o de desorden público, o sanciones civiles.

Un alcohólico de conducta y discapacidad mental, en estado de ebriedad, puede afectar profundamente a quienes los rodean y llevan al aislamiento de familiares y amigos. Este aislamiento puede conducir a conflictos de pareja y el divorcio, o contribuir a la violencia

doméstica. El alcoholismo también puede conducir a la negligencia infantil, con el consiguiente daño duradero en el desarrollo emocional de los hijos de alcohólicos. Por esta razón, los niños de padres alcohólicos pueden desarrollar una serie de problemas emocionales. Por ejemplo, pueden tener miedo de sus padres, debido a sus comportamientos del estado de ánimo inestables. Además, pueden desarrollar gran cantidad de vergüenza por su insuficiencia para liberar a sus padres del alcoholismo. Como resultado de este fracaso, se desarrollan miserables imágenes de sí mismos, que pueden conducir a la depresión

2.1.7 Consecuencias del alcohol en las familias

2.1.7.1 En los niños

El consumo de alcohol es un factor añadido a posibles abandonos de los hijos, aumenta el riesgo de afectarles por multitud de problemas, dependiendo de la edad. Los menores de cinco años son vulnerables por los posibles abandonos en el aspecto de su cuidado, mientras que los hijos mayores, son más vulnerables al daño psicológico, aunque los pequeños, también puedan padecerlo, las respuestas vienen condicionadas a la vinculación con su padre bebedor, impredecible, desconcertante y amenazante.

Un padre alcohólico socava las posibilidades de maduración de un hijo, por los abandonos físicos, psíquicos y morales.

Las consecuencias sobre los hijos pueden ser:

1. Comportamientos antisociales: respuestas agresivas, hiperactividad, tendencia a la delincuencia y otros trastornos de conducta.
 2. Problemas emocionales y psicossomáticos diversos: asma, enuresis, actitudes negativas hacia los padres, alto grado de culpabilidad, retraimiento, depresión, disminución de autoestima.
 3. problemas escolares y sociales: dificultades para el aprendizaje, retrasos en la lectura, pérdida de concentración, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y absentismo escolar
- Los hijos toman las responsabilidades de los padres en múltiples ocasiones, se sienten avergonzados de sus padres, son incapaces de llevar amigos a casa, tienen problemas en el

colegio, reciben insultos, están preocupados y carecen de concentración, tienen miedo a ver lo que puede ocurrir en su casa cuando lleguen, y ser testigos de riñas y peleas, sentirse culpables y responsables de la conducta de los padres, se sienten desesperados, indefensos, irritables, nerviosos, deprimidos, hundidos, disgustados, confundidos, solos, ansiosos, enfadados, resentidos, entre otros.

Según la teoría sistémica el hijo que nace primero suele ser el "héroe" desempeñando papeles y responsabilidades de adulto, los segundos suelen ser los "chivos expiatorios" y se manifiestan más rebeldes, los terceros suelen ser los "niños invisibles o perdidos", que no suelen pedir mucho y suelen estar apartados y el cuarto es el "bromista inmaduro", caprichoso.

El consumo de alcohol por parte de alguno de los padres puede tener efectos negativos en los hijos, inclusive al nacer.

Los psiquiatras de niños y adolescentes sugieren que la siguiente conducta en los niños puede ser indicativa de problemas de alcoholismo en el hogar.

- Pobre aprovechamiento académico, fuga del hogar o de la escuela.
- Pocos o ningunos amigos, se aísla de sus compañeros de clases.
- Conducta delincuente como robo, vandalismo, violencia.
- Quejas físicas frecuentes, como dolor de estómago o cabeza.
- Abuso de droga o alcohol.

2.1.7.2 Relación de pareja del alcohólico

Se ha constatado en muchos países que el consumo de alcohol está ligado a la violencia infligida por la pareja. Las pruebas indican que dicho consumo incrementa la frecuencia y la gravedad de los actos de violencia doméstica. Se ha discutido a menudo que el alcohol sea causa directa de este tipo de violencia, basándose para ello en la existencia de otros factores (como un bajo nivel socioeconómico o una personalidad impulsiva) que explicarían la presencia de ambos, o bien en

que el consumo frecuente de grandes cantidades de alcohol puede generar una relación de pareja infeliz y llena de tensiones, que eleva el riesgo de conflicto y violencia. Sin embargo, hay pruebas que respaldan la idea de que el alcohol y violencia de pareja están relacionados muy íntimamente.

El consumo de alcohol afecta directamente a las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos son menos capaces de hallar una solución no violenta a los conflictos relacionales. El consumo excesivo de alcohol por uno de los miembros de la pareja puede agravar las dificultades económicas, los problemas del cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares. Ello puede generar tensión y conflictos conyugales e incrementar el riesgo de que se den actos violentos entre los miembros de la pareja. La creencia individual y social de que el alcohol genera agresividad puede alentar a comportarse violentamente después de haberlo consumido, y también a consumirlo como disculpa por este tipo de comportamientos. Ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol como método de afrontamiento o para auto medicarse. Los niños que son testigos de actos o amenazas de violencia entre los padres tienen más probabilidades de iniciarse en el consumo nocivo de alcohol a edades más tardías.

La mayor parte de los actos de violencia de pareja son perpetrados por hombres contra mujeres. Sin embargo, la violencia también se da en mujeres contra hombres, así como en las relaciones entre personas del mismo sexo. El hecho de que las encuestas se rijan por metodologías y definiciones diversas hace difícil estimar la magnitud de la violencia de pareja y las diferencias entre los países. Aun así, el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, uno de los pocos estudios que ofrecen datos comparables, muestra que entre el 15% (Japón) y el 71% (Etiopía) de las mujeres dijeron haber sufrido violencia física y sexual por parte de una pareja en algún momento de su vida, y entre el 3,8% (Japón) y el 53% (Etiopía) habían sufrido violencia durante el año anterior. En una encuesta realizada a 24,000 hombres y mujeres de Canadá, el 7% de las mujeres y el 6% de los hombres dijeron haber sido víctimas de violencia de pareja en los cinco años anteriores.

En los estudios sobre violencia infligida por la pareja es habitual constatar el consumo reciente de alcohol por parte de los agresores. Las estimaciones varían de unos países a otros. En los Estados Unidos de América y en Inglaterra y Gales, las víctimas creían que su pareja había estado bebiendo antes de una agresión física en el 55% (16) y el 32% de los casos, respectivamente. En Australia, el 36% de los homicidas de su pareja estaban bajo los efectos del alcohol en el momento del incidente, mientras que en Rusia el 10,5% de ellos estaban ebrios. En Sudáfrica, el 65% de las mujeres que habían sufrido malos tratos conyugales en los 12 meses anteriores señalaron que su pareja había consumido siempre, o algunas veces, alcohol antes de la agresión.

Otros países en los que se han constatado estrechos lazos entre consumo de alcohol por parte del agresor y violencia de pareja son: La India, Chile, India, Egipto y Filipinas señalan que en todos ellos al consumo habitual de alcohol por parte del cónyuge o la pareja como factor de riesgo de cualquier acto violencia física de pareja a lo largo de la vida. También se ha constatado el consumo de alcohol entre las víctimas de la violencia de pareja, aunque en menor grado que entre los agresores. Por ejemplo, según un estudio suizo, en más del 9% de los casos de este tipo de violencia las víctimas estaban bajo los efectos del alcohol (frente al 33% de los agresores) mientras que en Islandia el 22 % de las víctimas femeninas de violencia doméstica dijeron haber bebido alcohol tras el incidente como mecanismo de afrontamiento.

Varios factores individuales, relacionales y sociales pueden agravar la asociación entre consumo de alcohol y violencia. En el caso de los perpetradores, un consumo mayor y más frecuente incrementa el riesgo de violencia, y hay algunas pruebas de que las personas que tienen problemas con el alcohol corren mayor riesgo de convertirse en víctimas. Se ha constatado que la coexistencia de una salud mental regular o mala y de un consumo problemático de alcohol es un factor de riesgo de cometer delitos violentos, y el consumo masivo de alcohol está más estrechamente asociado a actos graves de violencia de pareja entre los hombres con trastorno de personalidad antisocial. Creer que la ingesta de alcohol provocará un comportamiento agresivo eleva el riesgo de cometer actos violentos contra la pareja, mientras que la insatisfacción relacional puede fortalecer el lazo entre el consumo problemático de alcohol y la violencia de pareja.

2.1.7.3 En el campo laboral

El alcohol y las drogas son un problema importante en el mundo laboral. Enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y mal ambiente entre compañeros, son las principales razones por las que el alcohol y las otras drogas se consideran un problema en el mundo laboral.

Según estudios de la International Labor Organización, los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores. La bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol u otras drogas tiene un coste 3 veces mayor a las del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe 5 veces mayor que el resto de sus compañeros. El 20-25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a ellos mismos y a otros. El consumo de alcohol y otras drogas afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo.

Se calcula que entre el 15-25% de la siniestralidad laboral se debe a problemas relacionados con el alcohol. Los bebedores tienen 3 veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, perdiendo muchos más días laborables por enfermedad. El uso de drogas afecta negativamente a la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando el riesgo de accidentes laborales. Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias.

2.1.8 Alcoholismo en Guatemala

De acuerdo con el Informe sobre la Declaración de La Antigua, Guatemala, sobre Prevención del Abuso de Alcohol en Ibero América, realizada en junio 2,003 en La Antigua Guatemala refiere

que: la edad de inicio promedio para el consumo y abuso de alcohol es antes de los 13 años, según los estudios de los diferentes países, entre ellos Guatemala.

Este dato comparado con el informe del grupo de Alcohólicos Anónimos de Guatemala: “La edad de las personas que acuden por primera vez a Alcohólicos Anónimos (AA) ha disminuido. Antes los visitantes superaban los 30 años, ahora son cada día más los menores de 20 años”.

Refieren también que el 25% de los miembros de A.A. tienen menos de 25 años. Esto se basa en los datos de sus 950 centros que existen en Guatemala, con un promedio de 15 miembros, 5 de ellos no superan los 25 años de edad.

Según estudios realizados por el Patronato Antialcohólico y la Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia de la República de Guatemala, señalan que: en promedio los guatemaltecos se inician en el consumo de licor, a la edad de los 15 años. También mencionan que de cada 100 guatemaltecos, 66 consumen licor. En promedio, un individuo ingiere 64.75 litros de bebidas alcohólicas al año.

Según el estudio realizados por SECCATID sobre la “Desregulación Psicológica y su relación con el uso de drogas en adolescentes” realizado en un grupo de 8500 adolescentes guatemaltecos entre 12 y 20 años, concluyó: que uno de cada tres estudiantes reportó por lo menos un problema social, legal o médico, relacionado con el uso de alcohol. La preeminencia de alcoholismo y de la drogadicción en los adolescentes era más evidente en los hogares que tenían antecedentes en el uso de los mismos.

El consumo de drogas en Guatemala es un problema significativo, que afecta a hombres y mujeres de todos los estratos sociales y grupos etarios, una de estas drogas, que por años ha afectado a la población, es el alcohol. Por ser una droga legal en nuestro medio, se constituye como la más fuerte en adicción, debido a que ha pasado a formar parte de la idiosincrasia de nuestra sociedad.

La misma se consume por razones de alegría y tristeza, y en el peor de los casos, su ingesta se refuerza en algunas ocasiones en el propio hogar, cuando los padres o madres son bebedores ocasionales o crónicos, no midiendo la trascendencia y el daño a causar en la niñez y adolescencia.

A raíz de éste comportamiento, muchas personas han sufrido una serie de situaciones negativas en el desarrollo de su propia vida, su familia y la sociedad en general, como consecuencia de ello se pueden observar problemas de violencia intra familiar, predisposición de hijos e hijas a la droga y delincuencia.

Culturalmente en el país el alcohol no es considerado una droga, aunque en determinadas sociedades ha tenido restricciones legales, es aceptado socialmente lo que constituye la base del consumo abierto.

Equivocadamente en la juventud simboliza el ingreso a la adultez, y en la adultez la amistad y la diversión sin darse cuenta de la problemática en un momento dado. Hoy en día el consumo de alcohol en Guatemala ha alcanzado su máximo histórico, y su plena aceptación es transmitida por mensajes directos e indirectos como la publicidad y los modelos sociales a través de los medios de comunicación masiva.

La cerveza, bate récord de consumo tras una pseudo-creencia de no contener alcohol y de ser la bebida más popular que reúne a las diferentes generaciones, así mismo se le asocia con el deporte, la amistad y el amor.

Es importante que en los hogares se brinde a los y las hijas un ambiente favorable de desarrollo integral, que les permita valorarse como personas, independientemente de la condición económica y social a la que pertenezcan.

Tomar bebidas alcohólicas es muy peligroso, se pierde coordinación no se puede pensar claramente y la persona se coloca en una situación debilitada ante las demás, se llega también a perder el control de sí misma o mismo lo que favorece las condiciones de alto riesgo.

- Las mismas personas que beben sin medida, están expuestas a sufrir accidentes y de involucrarse en riñas y actos delictivos. Cuando se trata de personas sexualmente activas, la embriaguez puede conducirlos a tener relaciones sexo genitales casuales y arriesgarse a un embarazo no deseado o adquirir una infección de transmisión sexual, un VIH-SIDA, Hepatitis B, que son infecciones mortales.

2.1.9 Tratamiento psicológico

Dentro del proceso de tratamiento del alcoholismo están los siguientes pasos:

a. Reconocimiento del problema

El tratamiento de las personas con una adicción al alcohol empieza por el reconocimiento del problema. El alcoholismo está asociado con la negación, lo que permite al paciente creer que no necesita tratamiento. La mayoría de las personas con una dependencia del alcohol acceden al tratamiento bajo presión de otros. Es muy rara la aceptación voluntaria de la necesidad de tratamiento. Es difícil conocer los mecanismos de defensa que han permitido seguir bebiendo a la persona con dependencia del alcohol y se requiere un enfrentamiento con la familia y personas allegadas.

Se debe convencer a la persona cuando está sobria, y no cuando está bebida o con resaca. Una vez que ha reconocido el problema, la abstinencia del alcohol es el único tratamiento. Además se pueden dar programas de soporte, rehabilitación, seguimiento, entre otros. También suele ser necesario el tratamiento de la familia, porque el alcoholismo crea víctimas entre la gente allegada.

b. La desintoxicación

La desintoxicación es la segunda fase del tratamiento. El alcohol es escondido bajo control. Se establece una supervisión. Se recetan tranquilizantes y sedantes para aliviar y controlar los efectos de la abstinencia.

La desintoxicación puede durar de 5 a 7 días. Es necesario el examen médico de otros problemas. Son frecuentes los problemas del hígado y otros problemas en la sangre. Es muy importante seguir una dieta con suplementos vitamínicos. Pueden aparecer complicaciones asociadas a los síntomas físicos agudos, como depresión y otros problemas que deben ser tratados.

C. Programas de rehabilitación

Los programas de rehabilitación están para ayudar a las personas afectadas, después de la desintoxicación, a mantenerse en la abstinencia de alcohol. Estos programas incluyen diversos consejos, soporte psicológico, cuidados de enfermería y cuidados médicos. La educación sobre la enfermedad del alcoholismo y sus efectos es parte de la terapia. Muchos de los profesionales involucrados en estos programas de rehabilitación tienen que seguir programas de reciclaje.

d. Terapias de aversión y repugnancia

También hay terapias de aversión / repugnancia en las que se utilizan drogas que interfieren en el metabolismo del alcohol y producen efectos muy desagradables, aún cuando se ingiera una pequeña cantidad de alcohol en las 2 semanas después del tratamiento. Esta terapia no se utiliza en mujeres embarazadas ni en personas con otras enfermedades. Este tipo de terapia debe ser utilizada con consejos de soporte y su efectividad varía en cada caso.

Alcohólicos Anónimos es un grupo de ayuda en la reconversión de alcohólicos que ofrece ayuda emocional y afectiva, bajo un modelo de abstinencia, a la gente que se está rehabilitando de la dependencia del alcohol. Hay más de un millón de socios en todo el mundo, y se encuentran pequeños grupos en pequeñas ciudades a lo largo de toda Europa.

El devenir de los tratamientos psicológicos en conductas adictivas ha seguido un camino paralelo al desarrollo de pautas y hábitos de consumo de la población. Desde las iniciales formulaciones basadas en los modelos "pseudoterapéuticos" norteamericanos, inicialmente concebidas para tratar los problemas relacionados con el uso de opiáceos y, los dispensarios antialcohólicos en

psiquiatría, hasta la asunción en la actualidad de un modelo de atención multidisciplinar, en el que los problemas derivados del consumo se entienden y explican desde una vertiente psicosocial, la atención psicológica siempre ha estado presente, a pesar de que ahora, se reivindique desde algunas especialidades.

La mayoría de las personas que sufren problemas adictivos no reciben ayuda alguna, sin embargo, las pruebas demuestran claramente que las que reciben ciertas formas de tratamiento reducen su consumo de sustancias psicoactivas y mejoran otros aspectos de su vida. En general, los tratamientos producen mejores resultados cuando se tratan los problemas adicionales del individuo. Además de disminuir (o eliminar) el uso de sustancias, los objetivos de los tratamientos se dirigen a procurar que los individuos vuelvan a funcionar productivamente dentro de la familia, el trabajo y la comunidad. Las formas de medir la eficacia de los tratamientos incluyen el funcionamiento de la persona a nivel laboral, legal, familiar, social y su condición médica y psicológica.

En general, el tratamiento de la adicción a drogas es tan efectivo como el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma.

Ciertas modalidades de tratamiento parecen ser particularmente prometedoras respecto a su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con su uso, y en general los resultados mejoran cuando también se proporciona un apoyo adicional para otros problemas del sujeto (laboral, legal, educativo, médico).

Sin embargo, las características de los pacientes antes y después de los tratamientos, así como su entorno social, influyen en el éxito del tratamiento. Los individuos que sufren de trastornos psíquicos graves y los que carecen de apoyo social para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros. En general, es conveniente favorecer el tratamiento grupal y ambulatorio, las intervenciones de corta duración, y la aplicación de los tratamientos por parte de terapeutas con sólidas cualidades de comunicación interpersonal (con empatía y capacidad para forjar una buena alianza

terapéutica). Las principales orientaciones de psicoterapia que se han estudiado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias son la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional, y la terapia psicodinámica /interpersonal.

Además se ha evaluado la efectividad de las terapias de grupo, la terapia familiar/conyugal, y la asistencia a grupos de autoayuda. Los datos empíricos existentes junto con la experiencia clínica, sugieren que los tratamientos psicológicos son útiles si se adaptan a las necesidades especiales de este tipo de pacientes.

2.2 Psicopatología

El término psicopatología etimológicamente viene del griego *phatos* que significa enfermedad y *logos* tratado o estudio. Se puede definir a la psicopatología, como la rama del conocimiento que, sistematiza, selecciona, diferencia, describe y clasifica, la forma y el contenido de los fenómenos que constituyen las experiencias psíquicas anormales, sus signos y síntomas. No obstante, cuando es posible, busca establecer las relaciones existentes entre los diversos fenómenos, haciendo asociaciones comprensibles, investigando vínculos significativos y realizando diversas articulaciones entre los elementos encontrados, con el fin de dar coherencia a las distintas observaciones. La psicopatología, al igual que otras ciencias, tiene su clasificación y división, la cual ha sido hecha de muy variadas formas, aquí se hace, de acuerdo al objeto al que se aplica.

Es el estudio de las enfermedades psicopatológicas, el término enfermedad se tiene que fijar en el modelo biológico al no saber el origen, o la causa primera. La psicopatología sirve para explicar la conducta anormal sirve para investigar y posteriormente para poder experimentar e interpretar los hallazgos encontrados.

2.2.1 Desarrollo histórico

Es en los mundos griego y romano en los que surge por primera vez el concepto de enfermedad mental. En los primeros tiempos de la cultura griega la explicación demonológica dominó el

campo de las concepciones sobre la locura (la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos enviados por dioses en estado de cólera).

Esta visión fue modificada por los pitagóricos, entre ellos Hipócrates, quien aseguró que los trastornos mentales se debían a causas y procesos naturales, al igual que en las enfermedades físicas. Para ellos dioses de la enfermedad estaban sujetos a leyes naturales y era misión del médico descubrirlas. La formulación de Hipócrates serviría de base a Galeno para plantear sus concepciones acerca de los temperamentos.

La psicopatología, también conocida como psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas, es quizá la especialidad más conocida y la que el público en general asocia cuando escuchan la palabra “psicología”, dado que los casos, historias y síntomas de pacientes que muestran comportamientos inadaptados afectan a la sensibilidad del público y provocan la curiosidad. Por ejemplo, sentir miedo por algo es absolutamente normal, pero estar todo el tiempo atemorizado sin que exista una causa real no lo es, aunque las barreras entre ambos estados, difíciles de delimitar incluso para los especialistas del tema, causen un alto grado de indeterminación. Por lo general, y debido a la fuerte orientación clínica de este enfoque, se hace más hincapié en la dinámica, causas y resultados de la enfermedad, pero los aspectos cognitivos de la misma pueden ser también estudiados.

La iglesia tuvo que hacer frente al dilema de determinar si la persona que mostraba una conducta desviada era un santo o un enviado del diablo. Ya a fines del s. VII la locura se clasificaba perversa en tanto era una acción contra Dios provocada por el demonio. La causa no era atribuible al individuo, sino que era causa de una transgresión a la voluntad del individuo por arte de un ser superior.

Por lo tanto, estos individuos debían ser puestos bajo el control de las autoridades religiosas porque sólo ellos estaban legitimados a luchar contra el mal. Estas ideas demonológicas prevalecieron en los albores del renacimiento.

Los siglos XVII y XVIII, Siglo de las Luces y la Edad de la Razón, se caracterizan por la defensa de planteamientos fisiopatológicos. Y la consideración de la locura como un tipo especial de enfermedad será abordada desde ambos.

El planteamiento anatomo patológico de la locura con sus supuestos centrales de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocan con las primeras concepciones de la neurosis, y en general de las enfermedades nerviosas. La caracterización de las enfermedades nerviosas como producidas por algún tipo de lesión anatómica conlleva la idea de que a medida que se iban descubriendo las lesiones específicas que estaban en el origen de las neurosis, estas irían desapareciendo. La mentalidad anatomo patológica da paso a los planteamientos fisiopatológicos sobre las enfermedades.

2.2.2 Normalidad y anormalidad

Se puede decir que normal es todo aquello que se ajusta los parámetros correctamente establecidos para determinados fenómenos, personas o estilos de vida. La normalidad, entonces, será la existencia de elementos normales y ajustados a aquellos parámetros.

Usualmente, la noción de normalidad se aplica a situaciones, eventos o fenómenos relacionados con la sociedad. Esto, sin embargo, es muy particular ya que cuando hablamos de cuestiones sociales es extremadamente difícil definir lo que es la normalidad y lo que no, a diferencia de lo que sucede con la naturaleza o lo observable empíricamente. Al mismo tiempo, las sociedades actuales son tan ricas y diversas en su interior que es imposible concebir.

La anormalidad es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales. Definir si una persona es normal o anormal es un tema difícil en el campo de la psicología de la anormalidad.

Un criterio para "anormalidad" que se utiliza en el caso de comportamiento anormal es su baja ocurrencia estadística. Esto sin embargo posee una falla obvia la persona extremadamente

inteligentes, honestas, o felices son tan anormales como las personas que poseen las características opuestas. Por esta razón, se consideran comportamientos individuales anormales a aquellos que son estadísticamente raros y además indeseables.

La ocurrencia de algún tipo de comportamiento anormal no es inusual. Un criterio más refinado es la existencia de ansiedad. Una persona que manifiesta niveles elevados de depresión, ansiedad, infelicidad, entre otros. Se considera que posee un comportamiento anormal porque su propio comportamiento la perturba. Desafortunadamente, muchas personas no se percatan de su propio estado mental, y aunque podrían beneficiarse con ayuda, no ven la necesidad de buscar apoyo. Para determinar la relativa normalidad de una conducta o comportamiento la psicopatología se vale de una serie de criterios evaluativos.

Hay dos series de criterios, los generales y los específicos. Independientemente de que sea general o específico todos los criterios a usar deben de reunir tres condiciones:

- Que los signos sean fácilmente observables por la persona promedio
- Que las primeras personas que detectan la anormalidad de una conducta son el entorno familiar del enfermo y el propio enfermo.
- Que la continuidad de la conducta normal / anormal requiere que los criterios sean aplicables a todos los grados de funcionamiento perturbado.

2.2.3 Trastornos psicopatológicos

A continuación se presentan algunos de los trastornos psicopatológicos frecuentemente tratados:

2.2.3.1 trastornos relacionados con el alcohol

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. En algún

momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol. Dentro de los trastornos relacionados con el alcohol tenemos la siguiente clasificación:

2.2.3.1.1 Intoxicación por alcohol

La intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

a. Criterios para el diagnóstico

Ingestión reciente de alcohol.

Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

b. Síntomas

Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- (1) lenguaje farfullante
- (2) incoordinación
- (3) marcha inestable
- (4) nistagmos
- (5) deterioro de la atención o de la memoria
- (6) estupor o coma

Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.2.3.1.2 Abstinencia de alcohol

La abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol.

a. Síntomas y signos

El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas. Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas. Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental (por ejemplo abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o trastorno de ansiedad generalizada)

Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber

interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo (p. ej., unos días).

Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

Menos del 5 % de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves (p. ej., hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium por abstinencia de alcohol). Las crisis comiciales de gran mal aparecen en menos del 3 % de los sujetos.

El delirium por abstinencia de alcohol incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, y también alucinaciones visuales, táctiles o auditivas («delirium tremens»). Cuando aparece el delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada (p. ej., insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, secuelas de traumatismos craneales, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio electrolítico o estado postoperatorio).

b. Criterios para el diagnóstico según el DSM-IV

- Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio anterior:
 - Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - Temblor distal de las manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos

- Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
- Agitación psicomotora
- Ansiedad
- Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

c. Tratamiento

Los objetivos del tratamiento abarcan:

- Reducir los síntomas de abstinencia o supresión.
- Prevenir complicaciones.
- Terapia

Desintoxicación hospitalaria: Las personas con síntomas de abstinencia de alcohol de moderados a graves pueden necesitar tratamiento hospitalario en un hospital u otro centro que trate este tipo de abstinencia. Este tratamiento abarca los siguientes aspectos:

- Monitoreo de la presión arterial, la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y los niveles sanguíneos de diferentes químicos en el cuerpo.
- Líquidos o medicamentos a través de una vena (IV).
- Sedación empleando medicamentos llamados benzodiacepinas hasta que la abstinencia sea completa.

Es importante que el paciente viva en un contexto que le sirva de apoyo para mantenerse sobrio. Algunas áreas cuentan con alojamiento que brinda un ambiente de apoyo para aquellas personas que tratan de permanecer sobrias.

2.2.3.1.3 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Los trastornos relacionados con el alcohol no especificados constituyen una categoría de trastornos asociados al consumo del alcohol que no pueden clasificarse como dependencia del

alcohol, abuso de alcohol, intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol, delirium por intoxicación por alcohol, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico persistente inducido por alcohol, trastorno psicótico inducido por alcohol, trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, trastorno de ansiedad inducido por alcohol, disfunción sexual inducida por alcohol o trastorno del sueño inducido por alcohol.

a. Síntomas y trastornos asociados

La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (p. ej., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas. Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol. La intoxicación por alcohol se asocia en ocasiones con amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación. Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de niveles altos de alcoholemia y quizá con la rapidez con que se alcanzan dichos niveles.

Muchos de los síntomas y hallazgos físicos asociados con los trastornos relacionados con el alcohol son consecuencia de enfermedades, como ejemplos cabe mencionar la dispepsia, las náuseas y la hinchazón que acompañan a la gastritis y a la hepatomegalia; las alteraciones hepáticas se acompañan de varices esofágicas y hemorroides. Otros signos físicos son temblor, marcha inestable, insomnio y disfunción de la erección. Los sujetos con dependencia alcohólica crónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona. El consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal. Los sujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen más probabilidad de presentar crisis comiciales. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edema periférico. La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas saburrales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave

puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer. Por último, no reconocer la abstinencia alcohólica en sujetos en los que no se ha valorado la dependencia alcohólica conlleva el riesgo de un mayor coste y un tiempo de hospitalización más prolongado.

b. Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social. Especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo de alcohol en diferentes países se caracterizan por las acusadas diferencias en la cantidad y frecuencia de su consumo. En muchas culturas asiáticas la prevalencia global de los trastornos relacionados con el alcohol es relativamente baja; en cambio, la proporción varones a mujeres es alta. Estos hallazgos parecen estar relacionados con la ausencia en casi el 50 % de los japoneses, chinos y coreanos. Cuando estos sujetos consumen alcohol experimentan rubefacción facial y palpitations, lo que disminuye la probabilidad de un consumo excesivo.

En Estados Unidos los blancos y los afroamericanos presentan la misma proporción de abuso y dependencia; los latinos presentan proporciones más altas, siendo la prevalencia menor entre las mujeres latinas que entre las mujeres de otros grupos étnicos. Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo nivel educacional, la falta de empleo y un bajo status socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son importantes en la determinación del riesgo de problemas alcohólicos, pero sí lo es el hecho de que la escolaridad no se culmine (p. ej., quienes abandonan la escuela presentan una mayor proporción de trastornos relacionados con el alcohol).

c. Tratamiento

Dejar por completo el consumo del alcohol es la meta ideal del tratamiento. Esto se denomina abstinencia. Una red social fuerte y el apoyo de la familia son importantes para lograr esto. Y

Suspender por completo y evitar el alcohol es difícil para muchas personas alcohólicas. Habrá veces en que será difícil. Su aspiración debe ser evitar beber el mayor tiempo posible. Algunas personas que consumen alcohol en exceso pueden ser capaces simplemente de reducir la cantidad que beben. Esto se denomina beber con moderación.

El método ideal para el tratamiento es ayudar a las personas a darse cuenta de cuánto daño le está haciendo el consumo de alcohol a su vida y a las vidas de quienes los rodean. Los estudios encuentran que más personas con problemas de alcoholismo optan por el tratamiento cuando los miembros de su familia o los empleadores son honestos con ellos acerca de sus preocupaciones y tratan de ayudarlos para hacerles ver que la bebida les está impidiendo alcanzar sus metas.

La abstinencia del alcohol se realiza mejor en un escenario controlado y supervisado en el cual los medicamentos alivian los síntomas. Las complicaciones de la abstinencia pueden ser mortales. El médico debe ordenar exámenes de sangre y orina para verificar problemas de salud que son comunes en personas que abusan del alcohol.

d. Recuperación a largo plazo

Los programas de recuperación o apoyo pueden ayudar a dejar de beber por completo. Estos programas generalmente ofrecen:

- Asesoría y terapia para abordar el alcoholismo y sus efectos y cómo controlar sus pensamientos y comportamientos.
- Apoyo en salud mental.
- Atención médica.
- El disulfiram (Antabuse) produce efectos secundarios muy desagradables incluso si usted toma una cantidad pequeña de alcohol hasta 2 semanas después de tomar el medicamento.
- La naltrexona (Vivitrol) disminuye el deseo vehemente por el alcohol y está disponible en forma de inyección.

2.2.3.1.4 Delirium por intoxicación por alcohol

Es una forma grave de la abstinencia alcohólica que involucra cambios del sistema nervioso o mental repentino e intenso.

a. Causas

El delirium también puede ser causado por un traumatismo craneal, infección o enfermedad en personas con antecedentes de alto consumo de alcohol. Es más común en las personas que tienen antecedentes de abstinencia alcohólica, en especial en personas cuyo consumo es equivalente a 1.8 a 2.3 litros de alcohol. También afecta frecuentemente a aquellas personas que han tenido el hábito del alcohol o alcoholismo durante más de 10 años.

b. Síntomas

Los síntomas se presentan con mayor frecuencia al cabo de 72 horas después de la última bebida, pero pueden ocurrir hasta 7 o 10 días después del último trago.

Los síntomas pueden empeorar rápidamente y pueden abarcar:

- Temblores corporales
- Cambios del estado mental:
 - agitación, irritabilidad;
 - confusión, desorientación;
 - disminución del período de atención;
 - sueño profundo que persiste durante un día o más;
 - delirio;
 - excitación;
 - miedo;
 - alucinaciones (ver o sentir cosas que no existen);

c. Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son:

- Salvar la vida de la persona.
- Aliviar los síntomas.
- Prevenir complicaciones.

Los síntomas, como convulsiones y arritmias cardíacas, se tratan con los siguientes medicamentos:

- Anticonvulsivos como fenobarbital
- Depresores del sistema nervioso central, como diazepam o lorazepam
- Sedantes.

Puede ser necesario poner al paciente en un estado de sedación durante una semana o más hasta que la abstinencia sea completa. Con frecuencia, medicamentos con benzodiacepina, como el diazepam o lorazepam, también sirven para el tratamiento de convulsiones, ansiedad y temblores, en algunos casos de personas con alucinaciones, puede ser necesario el uso de medicamentos anti psicóticos como el haloperidol. Sin embargo, estos fármacos se deben evitar en lo posible porque pueden contribuir a que se presenten convulsiones.

El tratamiento preventivo a largo plazo debe comenzar después de que el paciente se recupere de los síntomas inmediatos. Esto puede implicar un período de "desalcoholización", durante el cual no se permite el consumo de alcohol. La abstinencia total y de por vida se recomienda para la mayoría de las personas que sufren de abstinencia. El paciente debe recibir tratamiento para el consumo de alcohol o alcoholismo, que incluye:

- Asesoría
- Grupos de apoyo (como Alcohólicos Anónimos)

2.2.3.1.5 Demencia persistente inducido por alcohol

Los nombres alternativos son la demencia alcohólica, trastorno psicótico inducido por alcohol, trastorno del humor inducido por el alcohol. Es una forma de demencia. Está estrechamente relacionado con el síndrome de Wernicke-Korsakoff produce debido a la bebida larga de alcohol, que como resultado del daño neurológico y pérdida de memoria. Síndrome de Wernicke Korsakoff produce debido a la deficiencia de vitamina B.

La principal causa de este tipo de demencia es la demencia vascular. Por lo general ocurre en personas jóvenes.

a. Síntomas

Dentro de los síntomas que presenta este cuadro están: consumo excesivo de alcohol, confusión mental, reduce la velocidad para caminar, trastornos del lenguaje, falta de concentración, depresión, movimientos oculares o parálisis de los músculos de los ojos y la falta de motivación.

b. Causas

- Se hace por el consumo excesivo de alcohol a largo.
- El alcohol causa la demencia persistente inducida por deficiencia de vitaminas.
- Científicamente dice que la causa debido a la repetida aparición de la encefalopatía de Wernicke.

c. Tratamiento

- El tratamiento de los antidepresivos utilizados para tratar la depresión y bajo estado de ánimo.
- Hay algunos tratamientos farmacológicos que están disponibles para mantener los niveles de un neurotransmisor en el cerebro que se conoce como la acetilcolina, que es importante para la función cerebral.

2.2.3.2 Trastornos del estado de ánimo

Como su propio nombre indica, los trastornos del estado de ánimo son definidos por extremos patológicos de ciertos estados de ánimo- específicamente, de la tristeza y de la euforia. Mientras que la tristeza y la euforia son normales y naturales, pueden llegar a ser dominantes y debilitantes, y pueden incluso dar lugar a la muerte, bajo la forma de suicidio o como resultado de un comportamiento imprudente.

2.2.3.2.1 Trastorno depresivo mayor

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

La depresión es un trastorno primario del estado de ánimo que se caracteriza por mostrar un estado de tristeza y/o una reducción en el interés por las cosas con las que la persona antes disfrutaba.

a. Síntomas

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %.

Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años tanto en hombres como en mujeres de esta época suelen

aumentar hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año.

De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y en un 15-25 % en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).

b. Causas

En el ambiente familiar y académico, absentismo/fracaso escolar, trastornos del esquema corporal y de la alimentación, fugas, mentiras, hurtos, promiscuidad, consumo de tóxicos y conductas para suicidas, entre otros. Son manifestaciones típicas de la depresión en menores de 25 años. La irritabilidad puede sustituir al ánimo deprimido.

La depresión, en cualquiera de sus formas o variantes, es una de las mayores epidemias que afecta a la humanidad en los últimos decenios. Una pandemia que, sin embargo, tiende a ser invisible, dado que los deprimidos disimulan y se retraen, y los suicidas suelen ser ocultados. Es, además, un problema que crece y se extiende, como una negra y espesa mancha de aceite en nuestro actual estilo de vida y cultura, sobre todo en los países desarrollados y urbanizados. En estos países crece mucho más deprisa en niños y adolescentes y la edad de inicio del primer episodio depresivo tiende a ser cada vez más temprana. Los datos son los siguientes: Un 8-17% de las personas padecen en algún momento de su vida alguna forma de depresión grave, aunque

formas menores de depresión más o menos disfrazada afectan con cierta persistencia a un cuarto de la población en algún período de su vida. Después de la pubertad, se deprimen el doble de mujeres que hombres.

En los pacientes afectados (y también en sus amigos y familiares) la depresión merma la cantidad y, sobre todo, la calidad de vida. Aumenta el pesimismo, la hipocondría, la desesperanza; y disminuye el flujo de pensamientos y acciones, la autoestima, el cuidado e higiene personal, el impulso al reto, a la aventura, a la búsqueda de soluciones, a las relaciones, al goce y al libido. Además del sufrimiento, aislamiento e incapacitación que produce acarrea un importante riesgo vital: muchas enfermedades, accidentes, deterioros familiares, fracasos escolares y despidos laborales pueden atribuirse directa o indirectamente a la depresión; un 15% de los depresivos recurrentes mueren oficialmente por suicidio cada año en los Estados Unidos, lo que representa un número de muertes similar a la que produce el SIDA. La depresión, en sí misma, es un suicidio ralentizado, como una muerte en cámara lenta. Aunque nuestro cuerpo sigue funcionando, nuestra alma ha perdido su Sol, o yace en completas tinieblas.

c. Tratamiento

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

- Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.

- Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones.
- Añade una parte conductual importante con los experimentos conductuales. Consisten en poner a prueba los supuestos irracionales adaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado de manera que proporcionen oportunidades de éxito para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Se usarán técnicas cognitivas y conductuales. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta.

2.2.3.2.2 Trastorno bipolar I

El trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias (debido a los efectos directos de un medicamento) otros tratamientos somáticos de la depresión, una droga o la exposición a un tóxico, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. Además, los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

a. Causas

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

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

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

b. Síntomas

La fase maníaca puede durar de días a meses y puede abarcar los siguientes síntomas:

- Distraerse fácilmente
- Poca necesidad de sueño
- Deficiente capacidad de discernimiento
- Control deficiente del temperamento
- Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol:
- Compromiso exagerado en actividades
- Muy alterado (agitado o irritado)

Existe un alto riesgo de suicidio con el trastorno bipolar. Los pacientes pueden abusar del alcohol u otras sustancias, lo cual puede empeorar los síntomas y el riesgo de suicidio. Algunas veces, hay una superposición entre las dos fases. Los síntomas maníacos y depresivos se pueden presentar juntos o rápidamente uno detrás de otro en lo que se denomina un estado mixto.

c. Tratamiento

Los períodos de depresión o manía retornan en la mayoría de los pacientes, incluso con tratamiento. Los mayores objetivos del tratamiento son:

- Evitar moverse de una fase a otra.
- Evitar la necesidad de una hospitalización.
- Ayudar a que el paciente se desempeñe lo mejor posible entre episodios.
- Prevenir la autoagresión y el suicidio.
- Hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos.

También se puede ensayar con fármacos anticonvulsivos tales como:

- Anti psicóticos y ansiolíticos (benzodiazepinas) para problemas del estado de ánimo.
- Se pueden agregar antidepresivos para tratar la depresión. Las personas con trastorno bipolar son más propensas a tener episodios maníacos e hipomaníacos si se les administran antidepresivos. Debido a esto, los antidepresivos sólo se usan en personas que también estén tomando un estabilizador del estado de ánimo.

La estimulación magnética transcraneal (EMT) usa pulsos magnéticos de alta frecuencia que están dirigidos a las áreas afectadas del cerebro. Casi siempre se utiliza después de la terapia electroconvulsiva. Los pacientes que están en la mitad de episodios maníacos o depresivos posiblemente necesiten permanecer en un hospital hasta que su estado anímico se estabilice y su comportamiento esté bajo control.

2.2.3.2.3 Trastorno Ciclotímico

La ciclotimia es un trastorno del estado de ánimo cuyos síntomas oscilan entre la hipomanía y depresión. Etiología, características, concepto y tratamiento.

La ciclotimia es un trastorno del humor similar al trastorno bipolar, aunque más leve, y que se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo que van de la hipomanía a la depresión. Hipomanía es el término que se emplea para describir un tipo de manía leve; un estado que la persona puede asociar a una sensación de bienestar e incluso a un alto nivel productivo. Visto desde fuera, amigos y familiares pueden percibir estas oscilaciones típicas del trastorno ciclotímico, sin embargo el afectado casi siempre negará que algo funcione mal. Este trastorno suele iniciarse entre los 15 y los 25 años.

a. Causas

El trastorno ciclotímico no parece obedecer a una única causa y afecta por igual a hombres y a mujeres. Por una parte está el factor hereditario, hecho comprobado mediante amplios estudios efectuados en gemelos, tanto visigóticos como monocigóticos, y que viene a confirmar el elemento genético como una de las causas involucradas en el desarrollo de esta enfermedad. Por otra parte también hay que considerar ciertos aspectos psicológicos y sociales, como pueden ser algunos acontecimientos vitales, o hechos traumáticos.

b. Síntomas de la ciclotimia

Los síntomas de la ciclotimia son a menudo opuestos según se encuentre en la fase hipomaníaca o depresiva. Entre los más habituales están: Disminución o aumento de la energía, euforia, , baja autoestima, falta de concentración, aislamiento social o aumento de la sociabilidad, mayor deseo sexual o desinterés en toda actividad placentera, juicio pobre, insomnio, abuso de drogas; sobretodo cocaína y alcohol, Debido a estos síntomas, es muy habitual que las personas afectadas presenten serios problemas en sus relaciones de pareja, familiares y laborales.

c. Tratamiento de la ciclotimia

Para el tratamiento de la ciclotimia se pueden utilizar medicamentos antidepresivos, hacer psicoterapia o estabilizadores del estado de ánimo. Entre estos últimos, los que se utilizan con

más frecuencia son el litio, muy habitual para tratar el trastorno bipolar y que también ayuda a los pacientes afectados por el trastorno ciclotímico, o los fármacos anticonvulsivos. Hay que indicar, no obstante, que la respuesta eficaz que se observa en los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar no es tan contundente cuando se trata del trastorno ciclotímico. Por lo general, el tratamiento se basa en la combinación de psicoterapia, antidepresivos y estabilizadores. Otros aspectos que pueden ser de gran ayuda son los grupos de apoyo, que al compartir las experiencias comunes y los recursos y estrategias de cada uno, sirven para aliviar y combatir algunos de los síntomas de la ciclotimia.

Las expectativas de superar completamente la enfermedad no son muy elevadas; requiere bastante tiempo, y no siempre se logra. Un porcentaje considerable terminará desarrollando trastorno bipolar, mientras que otros tendrán que convivir con una enfermedad crónica.

2.3 Psicodiagnóstico

El término psicodiagnóstico se deriva de la palabra: *Psique*: que quiere decir, mente, alma, espíritu. Y *Diagnóstico* que es igual a arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos (indicio o señal de algo). Entonces psicodiagnóstico es igual a “evaluación psicológica”.

Psicodiagnóstico es aquella disciplina psicológica que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto o un grupo de sujetos determinados, en su interacción recíproca con el ambiente y con el fin de descubrir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar su comportamiento”.

El psicodiagnóstico sirve para describir características psicológicas de un sujeto, predecir para ver si vale la pena hacer un tratamiento (pronóstico), explicar, medir, valorar, clasificar, evaluar y diagnosticar.

Más específicamente, las finalidades de un psicodiagnóstico pueden ser:

- Describir el funcionamiento de la personalidad para ayudar a determinar el diagnóstico.
- Estimar el pronóstico del caso.
- Elegir la estrategia terapéutica más adecuada.
- Evaluar el tratamiento para apreciar los avances terapéuticos con mayor objetividad, planificar un alta o averiguar el motivo de un “impasse” en el tratamiento.
- Como medio de comunicación, hay sujetos a los que les resulta difícil hablar espontáneamente de sus problemas y a través de un proceso psicodiagnóstico se puede lograr que adquiera conciencia de su sufrimiento para aceptar colaborar en la consulta.

El Psicodiagnóstico es un proceso, que tiene diversos objetivos y etapas.

Dentro de los objetivos del psicodiagnóstico están:

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

2.3.1 Antecedentes

El primer uso del término se encuentra en el título de un libro de 1921 del psiquiatra suizo Hermann Rorschach, con el título *Psychodiagnostik* que publicaba su prueba psicodinámica conocida como Test de Rorschach, una monografía sobre interpretación de manchas de tinta.

Las interpretaciones de este término en la tradición médica en la que surgió vinculaban las alteraciones de la mente con estados patológicos o trastornos orgánicos, así los síntomas no

alcanzan valor por sí mismos, sino en tanto en cuanto se hayan vinculados a una enfermedad, que sería lo que de verdad es objeto de estudio.

Al estar vinculado en sus orígenes al psicoanálisis, el psicodiagnóstico se situó a medio camino entre la ciencia y la opinión. En esta primera etapa predomina la experiencia del investigador y lo cualitativo frente a lo cuantitativo, intentando pronosticar la evolución a partir de la observación y del registro. Todo ello se hace desde la prominencia de los aspectos negativos y las conductas patológicas, descuidando otros aspectos.

2.3.2 Etapas del psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico se divide en las siguientes etapas:

- Contacto inicial: puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta (llamada telefónica u hojas de referencia o de interconsulta). Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.
- 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.
- Aplicación de la evaluación: en esta etapa, se hace la administración de tests y otras herramientas diagnósticas. O sea, de acuerdo a lo que se desea evaluar, se puede aplicar un test adecuado. Por ejemplo: si se desea evaluar el coeficiente intelectual de una persona, ha de aplicarse un test específico que mida ésta área en la psiquis del individuo. Podría ser un Otis, Raven, otros.

- 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 son de utilidad para el proceso terapéutico.
- Análisis de los resultados: en ésta etapa, se hace un análisis de los resultados obtenidos durante el proceso psicodiagnóstico que se ha tenido con el paciente.
- Confección y entrega del informe psicológico: dirigido al solicitante del proceso de Psicodiagnóstico. En dicho informe debe ir anotado en una estructura predeterminada, el análisis de los resultados obtenidos respecto al paciente.

2.3.3 Tipos de psicodiagnóstico

- Patognomónico: Se basa en detectar la presencia o ausencia de los signos determinantes, específicos, concretos y característicos de un cuadro determinado.
- Estadístico: se da la presencia de un número tal de signos que son propios de un cuadro concreto, que no es probable que se puedan dar en otro.
- Sistemático: la elaboración de un constructo explicativo hipotético permite integrar los resultados obtenidos en alguno de los cuadros concretos ya conocidos y establecidos.

2.3.4 Técnicas utilizadas en el psicodiagnóstico

Dentro de las técnicas usadas para el psicodiagnóstico, se encuentran las siguientes:

2.3.4.1 Entrevista psicológica

Sullivan define la entrevista como *“una conversación/relación interpersonal entre 2 o más personas, con unos objetivos determinados, en la que se solicita ayuda y otro la ofrece, lo que*

configura una diferencia de roles, estos roles marcan una relación asimétrica, ya que uno es experto y el otro necesita ayuda”

Es una técnica previa al diagnóstico e intervención, imprescindible en el proceso por la cantidad de información y conocimiento del sujeto, la conversación tiene una finalidad al centrarse e identificar las demandas del sujeto, sus problemas y sentimientos, analizando tanto elementos verbales y no verbales, elaborando hipótesis sobre la consulta para después proponer la estrategia de resolución y dar respuesta a esa solicitud.

Se prefija en un espacio de tiempo y lugar para comprender y responder al sujeto, referidas al contenido y forma de solicitarlo (tiempo, ritmo, latencia, organización de ideas,..). Para ambos es el punto de partida de una relación interpersonal donde, en común, se limitan y orientan las demandas.

Esta relación que se inicia con desconocimiento mutuo por lo que se necesitan estrategias de acercamiento pues la responsabilidad recae en el terapeuta porque en poco tiempo tiene que conocer al paciente y su entorno.

El terapeuta debe usar conocimientos, experiencia y técnicas de profesional, para ayudar en la petición del paciente. Estas actitudes y roles hacen que esta entrevista sea diferente de la relación de amistad; aquí la variable examinador modula y condiciona la relación. Su formación, experiencias, estatus, elecciones, conflictos, están implicados.

2.3.4.2 Funciones de la entrevista

La entrevista tiene diferentes funciones, las cuales son:

- Función motivadora: estimula y posibilita el cambio
- Función clasificadora: al nombrar, clasificar ordenar y buscarles la razón de ser a los problemas, se permite que clarifique la demanda.

- **Función Terapéutica:** al verbalizar lo que preocupa y al ofrecer alternativas y estrategias de cambio, aporta puntos de vista diferentes que modifican la cognición e indirectamente la conducta.

2.3.4.3 Tipos de entrevista

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

a. Por el grado de estructuración

- **Estructurada:** Hay un guión establecido y generalmente estandarizado para formular preguntas. Las hay mecanizadas donde en un ordenador el sujeto responde a las preguntas (de amplio desarrollo en la última década); y cuestionarios guiados por el entrevistador: el sujeto responde al terapeuta o por su cuenta pudiendo preguntar dudas.
- **Semiestructurada:** hay un guión previo con cierto grado de libertad para preguntas ad hoc (para un fin específico) en la entrevista, ampliando o alterando las preguntas.
- **Libre:** se permite que hable en función de sus necesidades formulando preguntas abiertas que promueven el hablar.

b. Por la finalidad

- **Entrevista diagnóstica:** orientadas a un diagnóstico ante un problema que se consulta, es la primera y más importante técnica del proceso que tiene otras técnicas.
- **Entrevista consultiva:** el objetivo prioritario es responder a una pregunta en un tema específico con una finalidad concreta y donde no se sigue un trabajo clínico.
- **Entrevista de orientación vocacional:** consiste en orientar que estudios /trabajo elegir según las capacidades, intereses y valores,

- Entrevista terapéuticas y de consejo: tiene como finalidad operar un cambio en una dirección acordada por ambos. Tiene objetivos, estrategias y temática definidos.
- Entrevista de investigación: sirve para determinar la adscripción o no de un sujeto a la investigación (definición del caso), conocer, comprobar, confirmar y abrir vías de conocimiento psicológicos, sin olvidar las varias técnicas de registro, fiabilidad, validez y estructuración.

c. En función de la edad del entrevistado

- Entrevista a niños y adolescentes: es una categoría muy amplia que generalmente no piden ayuda, sino que la demanda es de los adultos que suelen ser parte del problema y la resolución. Las capacidades del niño obligan a una adaptación muy personalizada del caso, más que en adultos. El conocimiento evolutivo y experiencia profesional del terapeuta son imprescindibles aquí.
- Entrevista a adultos: (mayoría edad – vejez) Los problemas dependen en parte de la evaluación, la importancia de la pareja y relaciones sexuales, etapa de crianza, dificultades adolescentes, limitaciones físico/psicológicas, laborales o eventos en la vida que son diferentes según la persona y el momento o etapa en que ocurren.
- Entrevista en ancianos o personas con deterioro: requieren entrenamiento específico, al tipo de lenguaje, modo de preguntar, objetivos del cambio, apoyos económicos, sociales y emocionales con los que cuentan.

2.3.4.4 Objetivos

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

- Guiar la entrevista al objetivo establecido
- Establecer un buen rapport (clima de confianza para propiciar la comunicación)

- Percibir al paciente en su totalidad tal y como es, según las conductas verbales y no verbales y su grado de coherencia
- Contener la angustia del paciente
- Estimular la expresión verbal con preguntas adecuadas para obtener la información y datos necesarios (y escuchar sin interrumpir más que hablar o preguntar) e interesarse por lo que cuenta y como lo cuenta
- Definición operativa del problema, captando lo que solicita el S. Supone integrar datos darles sentido
- Conocer los antecedentes y consecuentes del mismo
- Conocer las tentativas de solución y sus resultados
- Establecer hipótesis diagnósticas según el marco teórico y las clasificaciones nosológicas
- Planificar el proceso de evaluación psicológica.; comunicar las condiciones de trabajo, horario, duración de las sesiones, técnicas, objetivos, precio (si fuera el caso).
- Elaborar un mapa conceptual del caso integrativo de los problemas. Tras la entrevista conviene reflexionar y elaborar gráficamente el mapa conceptual del caso para aportar una explicación y comprensión del mismo.

2.3.4.5 Fases de la entrevista

La entrevista inicial tiene una secuencia temporal encuadrada en un contexto mayor del proceso. Esta secuencia tiene sus etapas bien delimitadas: Pre-entrevista; Entrevista (mutuo conocimiento, exploración y despedida) y Post-entrevista

- Primera fase: Mutuo conocimiento: es el momento en que toman contacto los integrantes, necesitan un tiempo para situarse ante el otro interlocutor. Se suceden los saludos y presentaciones, saludando y presentándose con o sin contacto físico. Como la preocupación y ansiedad del paciente es elevada, conviene una actitud acogedora, cálida y empática y con esmero, también en comunicación no verbal. Esta cortesía inicial será definitoria de la relación establecida y el clima de confianza determinará y condicionará el proceso.

- Segunda fase: Exploración e identificación del problema: es el cuerpo de la entrevista donde el paciente explica su demanda, formula un problema y solicita ayuda y el profesional deberá analizar las demandas, quejas y metas. El psicólogo trata de escuchar, observar y preguntar adecuadamente para elaborar las hipótesis a confirmar o rechazar durante el proceso para dar respuesta a la demanda.

El profesional atendiendo a sus verbalizaciones y comunicación no verbal elabora hipótesis en el proceso, para ello deberá dejar constancia de su rol, guiar al paciente y usar conocimientos, experiencias, técnicas y habilidades comunicacionales para conseguir esos fines. Aquí la actitud, experiencia y habilidades personales y profesionales son la base para comprender por qué y para qué el Sujeto acude. Importa saber escuchar, saber qué preguntar y cómo y cuándo hacerlo.

Lograr la comprensión del problema implica conocer el motivo real y como lo percibe el paciente, sus antecedentes y consecuencias y que soluciones previas ha implementado.

Antes de la fase final conviene que el profesional haga una síntesis de los problemas planteados y los formule de forma breve para obtener feed-back comprensivo. Eso acuerda un foco de trabajo común y clarifica la consulta y es el punto de partida del trabajo clínico posterior.

- Tercera fase: Despedida

La fase final o de cierre de la entrevista es donde se despide al paciente, conviene clarificar el modo de trabajo en las próximas sesiones, horarios, duración, frecuencia, costo económico (si ya se ha hecho antes, ahora debe recordársele). Se concreta una nueva fecha de sesión y tras eso, levantarse y despedirse.

En esta fase final los pacientes reaccionan diferentemente, unos tranquilos por exponer su problema, y pasar el primer momento de ansiedad a lo desconocido, otros se sienten mal por no decir lo que querían y plantean nuevos e importantes datos, generalmente deberá dar por

finalizada la consulta y proponer hablarlo en la siguiente. Por respeto al trabajo del profesional y de otros pacientes.

2.3.4.6 La observación

La observación es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación.

Existen dos clases de observación: la observación no científica y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y por tanto, sin preparación previa.

Pasos que debe tener la observación

- Determinar el objeto, situación, caso, entre otros (que se va a observar)
- Determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar)
- Determinar la forma con que se van a registrar los datos
- Observar cuidadosa y críticamente
- Registrar los datos observados
- Analizar e interpretar los datos
- Elaborar conclusiones

- Elaborar el informe de observación (este paso puede omitirse si en la investigación se emplean también otras técnicas, en cuyo caso el informe incluye los resultados obtenidos en todo el proceso investigativo)

Recursos auxiliares de la observación

- Fichas
- Récorde Anecdóticos
- Grabaciones
- Fotografías
- Listas de chequeo de Datos
- Escalas.

La Observación científica puede ser:

- Observación directa y la indirecta: Es directa cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar. Es indirecta cuando el investigador entra en conocimiento del hecho o fenómeno observando a través de las observaciones realizadas anteriormente por otra persona. Tal ocurre cuando nos valemos de libros, revistas, informes, grabaciones, fotografías, entre otros, relacionadas con lo que estamos investigando, los cuales han sido conseguidos o elaborados por personas que observaron antes lo mismo que nosotros.
- Observación participante y no participante: La observación es participante cuando para obtener los datos el investigador se incluye en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información "desde adentro". Observación participante es aquella en la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado. Obviamente, La gran mayoría de las observaciones son no participantes.

- Observación estructurada y no estructurada: Observación no Estructurada llamada también simple o libre, es la que se realiza sin la ayuda de elementos técnicos especiales. Observación estructurada es en cambio, la que se realiza con la ayuda de elementos técnicos apropiados, tales como: fichas, cuadros, tablas, entre otros. por lo cual se les denomina observación sistemática.
- Observación de campo y de laboratorio: La observación de campo es el recurso principal de la observación descriptiva; se realiza en los lugares donde ocurren los hechos o fenómenos investigados. La investigación social y la educativa recurren en gran medida a esta modalidad. La observación de laboratorio se entiende de dos maneras: por un lado, es la que se realiza en lugares pre-establecidos para el efecto tales como los museos, archivos, bibliotecas y, naturalmente los laboratorios; por otro lado, también es investigación de laboratorio la que se realiza con grupos humanos previamente determinados, para observar sus comportamientos y actitudes.
- Observación individual y de equipo: Observación individual es la que hace una sola persona, sea porque es parte de una investigación igualmente individual, o porque, dentro de un grupo, se le ha encargado de una parte de la observación para que la realice sola. Observación de Equipo o de grupo es, en cambio, la que se realiza por parte de varias personas que integran un equipo o grupo de trabajo que efectúa una misma investigación puede realizarse de varias maneras: individuo observa una parte o aspecto de todo, Todos observan lo mismo para cotejar luego sus datos (esto permite superar las operaciones subjetivas de cada una)
Todos asisten, pero algunos realizan otras tareas o aplican otras técnicas.

2.3.4.7 Test psicológico

Los test 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.

Como justificación teórica de la validez de una medición mediante el uso de test psicológicos se argumenta que el comportamiento individual que los reactivos de la prueba provocan puede ser valorado en comparación estadística o cualitativa con el de otros individuos sometidos a la misma situación experimental. La construcción del test debe procurar que el comportamiento específico ante determinado reactivo represente lo más fielmente posible el funcionamiento del sujeto en situaciones cotidianas donde se pone en ejecución real la capacidad que el test pretende evaluar.

2.3.4.7.1 Clasificación general

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

a. Test Psicométricos

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

b. Test Proyectivos

Los test 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.

c. Clasificación por niveles

Tradicionalmente el uso de los test está reservado para los psicólogos, y la mayoría de las legislaciones nacionales e internacionales con respecto al ejercicio de la Psicología lo contemplan de esta manera, no obstante existe una clasificación dirigida a regular este particular:

- Test de Nivel I: Pueden ser aplicados, corregidos y administrados por profesionales no psicólogos luego del entrenamiento debido por parte de un psicólogo (educadores, psicopedagogos, médicos, etc.), quizás el exponente más obvio de los Test Nivel I son las pruebas y exámenes de evaluación de conocimientos y de selección e ingreso a instituciones educativas.
- Test de Nivel II: Pueden ser aplicados por profesionales no psicólogos pero su corrección e interpretación debe ser realizada por un psicólogo, como por ejemplo los dibujos de la figura humana, de la familia que realizan los niños en su cotidianidad dentro de la escuela.
- Test de Nivel III: Son de la exclusiva administración, corrección e interpretación de un psicólogo capacitado, suelen ser los test más relevantes y complejos de su área así como los de más difícil interpretación y análisis, entre ellos se encuentran las siguientes:

Escalas de Wechsler (WAIS, WISC y WPPSI), el Test de Bender, el MMPI 2 y A, el T.A.T., el Rorschach y las baterías neuropsicológicas.

d. Áreas de aplicación

El uso de test para la evaluación puede ser de diversos tipos, así encontramos que existen test 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 test no se limita a la corrección impersonal de los resultados, sino que exige del psicólogo una debida integración de todos sus conocimientos.

Además de 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 están:

a) Psicología clínica

Quizás la más popularmente relacionada con el uso de test, ya sea para la práctica privada o institucional, los test 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. Esto contribuye tanto al proceso de diagnóstico y despistaje, 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.

2.3.4.8 Manuales de diagnóstico

2.3.4.8.1 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta revisión Texto Revisado (DSM-IV TR)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV-TR), texto revisado.

El DSM se elaboró 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 de la psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

El DSM IV contiene una clasificación de los trastornos mentales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas. Esto se hace con la finalidad de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales bajo la unificación de un mismo criterio.

a) Uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

El uso racional del DSM-IV-TR permite hacer más confiables los diagnósticos, convirtiéndose en una útil y acertada guía para la práctica clínica.

Este manual no tiene la finalidad de explicar las diversas patologías, así como tampoco proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. De igual forma, no se suscribe a una teoría específica que este dentro de las ciencias que estudian todo lo relacionado a la psicología o de la psiquiatría. Para su adecuada interpretación es necesario recurrir al juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

EL manual DSM IV guía al profesional clínico en la elaboración de un diagnóstico completo que basándose en criterios definitorios clarifica el estado mental, físico y el social de un individuo; para luego clasificar la psicopatología.

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico sin ceñirse estrictamente al libro. (Por ejemplo el juicio clínico puede justificar el diagnóstico). A pesar de que sus signos y síntomas no cumplan (siempre que estos síntomas y signos persistan durante largo tiempo y no se consideren graves).

Según el instructivo del manual las pruebas Psicológicas que no tienen validez de contenido (test proyectivos) no pueden ser utilizadas como datos primarios para establecer un diagnóstico. El manual presenta los diferentes elementos que deben tomarse en cuenta para conocer a fondo un cuadro patológico. En este sentido, utiliza una metodología descriptiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Características diagnósticas
- Síntomas y trastornos asociados
- Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo
- Prevalencia
- Curso

- Diagnóstico diferencial
- Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10
- Criterios para el diagnóstico de cada cuadro patológico descrito
- Es importante mencionar que el uso del DSM-IV-TR es exclusivo para profesionales de la salud, dado que se requiere del criterio clínico y la ética profesional como base para la elaboración del diagnóstico adecuado para cada caso.

El manual diagnóstico tiene como propósito facilitar la investigación clínica; en el contexto guatemalteco se puede percibir que la utilización del mismo necesita una experiencia profesional que contribuya al uso confiable del mismo. Uno de los objetivos del manual es proporcionar una guía útil para la práctica clínica psicológica, y a la vez mejorar la comunicación entre clínicos.

2.3.4.8.2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10)

Por sus siglas: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud. Décima edición.

La CIE-10 tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. El capítulo V (designado también con la letra F) está dedicado a enfermedades mentales.

CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor énfasis en la apreciación clínica (como señalan E. Requena y A. Jarné, en Manual de Psicopatología clínica).

En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

En el caso de la CIE-10 los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números es decir son alfanuméricos. Esta estructura permitió incluir un mayor número de códigos y términos diagnósticos en comparación con las revisiones anteriores, cuyos códigos eran sólo numéricos. El diseño de la CIE ha permitido la elaboración de otros sistemas de clasificación relacionados con la atención a la salud los cuales tienen principios estructurales y funcionales semejantes.

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud y determina los códigos utilizados 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 recibir un código de hasta seis caracteres de longitud. Cada una de las categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE fue publicada por la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

La 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. A la fecha, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 se desarrolló en 1992 y su propósito fue rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la

C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

La clasificación CIE 10 fue diseñada para uso exclusivamente médico y su origen corresponde a estadísticas relacionadas con morbilidad y mortalidad; En Guatemala el uso de esta clasificación de enfermedades es estrictamente hospitalario y aporta información verídica que ayuda al esclarecimiento de las enfermedades físicas por las cuales muere la población.

La CIE 10 Clasifica los datos por rango de edad, prevalencia, enfermedad y causas externas de la misma; es de importancia destacar que en la sociedad guatemalteca el Ministerio de salud pública en sus informes anuales describe los factores que influyen en el estado de salud y el contacto que la población tiene con los servicios de salud; la descripción de lo anterior es una sugerencia de carácter importante dentro del marco legal de los derechos de las y los pobladores de la nación la cual se encuentra en el capítulo XXI código Z00-Z99 de la CE 10.

2.3.4.8.3 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) surge como respuesta a la necesidad de la Psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS a las necesidades particulares de la población de América Latina.

Existe, por ejemplo, diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y Raab, 1980; Singer, 1984). Por otro lado, se necesita atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios y otros que obtienen sólo una cobertura marginal en otros sistemas.

Esto debería, adicionalmente, incrementar el uso del diagnóstico parametrado entre los psiquiatras latinoamericanos y mejorar la calidad de la atención psiquiátrica. El desarrollo de una guía diagnóstica latinoamericana debería incrementar la comunicación entre profesionales de la

región y mejorar la calidad de la investigación para la elaboración de una base de datos que permita entender mejor los problemas de esta población. En general, es previsible que esto traiga como consecuencia el desarrollo de una psiquiatría latinoamericana más científica.

Finalmente, desde el punto de vista sociopolítico, la GLADP puede contribuir a impulsar el desarrollo de una ciencia psiquiátrica de la región más autónoma y participativa, que no sea sólo consumidora de conocimientos generados en otras latitudes, sino que genere los propios y contribuya de manera significativa al desarrollo de la psiquiatría internacional.

Esto se hace una necesidad imperiosa para los intelectuales latinoamericanos, cada vez más influidos por poderosas corrientes tecnológicas, que enfatizan lo fugaz y lo inmediato frente a la consistencia y el largo plazo. La independencia intelectual es una condición fundamental para la creatividad científica. En este sentido, la creación del Glosario Cubano de Psiquiatría es un ejemplo fundamental a imitar.

La GLADP no es, por supuesto, una nueva clasificación psiquiátrica divorciada de la CIE-10, ni un texto de psiquiatría latinoamericana. Tampoco pretende constituirse en una nueva teoría o en la afirmación de una escuela teórica en particular. Tiene la Guía, el propósito fundamental de mejorar la comunicación entre profesionales de las ciencias de la conducta en América Latina y con el resto del mundo. De asegurar un reporte lo más uniforme, fiable y válido posible de las estadísticas de salud mental en la región. Finalmente, de propiciar la competencia cultural en el sistema de salud mental, para atender y promover de manera efectiva la salud mental de la población de la región.

La GLADP no es más que la CIE-10 adaptada a las cualidades específicas del entorno latinoamericano y a la forma en que los clínicos de la región conciben la salud mental y sus desviaciones, esos cambios le han sido incorporados. Por lo tanto, siempre que no se haga explícito lo contrario, debe inferirse que las modificaciones introducidas en la CIE-10 aquí reflejadas, han sido literalmente incorporadas a la GLADP.

Siguiendo la estrategia de lograr un máximo de similitudes y un mínimo de diferencias con las versiones de habla española y portuguesa de la CIE-10, en la GLADP se ha conservado la estructura, el sistema de codificación y las descripciones y criterios diagnósticos del manual de uso clínico de la OMS. Asimismo, sus criterios diagnósticos son aquellos de la versión para investigaciones de la CIE-10, que durante las múltiples discusiones para la elaboración de la Guía, se consideraron de mayor refinamiento y fiabilidad.

Aunque se ha formulado un total de más de 190 anotaciones latinoamericanas a la nosología del Capítulo V (F) de la CIE-10, en general, las descripciones clínicas y la organización taxonómica del sistema de la OMS. Se ha considerado adecuado para la práctica clínica, la investigación y la enseñanza de la psiquiatría y especialidades aliadas en la región.

En consecuencia, muchas de estas anotaciones parecen aplicables universalmente y pueden constituir una contribución de la psiquiatría latinoamericana al progresivo desarrollo de los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales.

Tal es el caso de la reorganización del texto en F1, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, lo que ha permitido una mayor congruencia entre el índice general de esta categoría y las descripciones de cada trastorno inducido por las drogas específicas.

Aquellos síndromes propios de determinadas culturas ("síndromes culturales"), serán clasificados dentro de la CIE-10 según el código equivalente más apropiado (trastorno de ansiedad, depresivos, de adaptaciones, entre otros), señalando además el "trastorno cultural" específico de que se trata.

La elaboración de la GLADP es un trabajo que ha culminado con la expectativa de que debiera servir de base para que los usuarios y usuarias guatemaltecas analicen su utilidad y exploren la necesidad de hacer ajustes adicionales, tanto sobre la base de la experiencia clínica de todos los días, como sobre la base de estudios empíricos y sistemáticos que orienten eficientemente los

esfuerzos venideros por elaborar un instrumento de diagnóstico cada vez más refinado, y por contribuir de modo más competente al desarrollo del campo del diagnóstico y la nosología psiquiátrica en la sociedad guatemalteca.

2.4 Psicoterapia

La palabra *psico* viene del griego *Psiche* que significa espíritu, alma o ser. Mientras que la palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Por lo que se puede definir Psicoterapia como cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona. Los psicoterapeutas hacen uso de esta herramienta, en el cual escuchan a sus clientes con mucha seriedad y respeto y respondiendo de una manera que ayude a estos a encontrar soluciones a sus problemas.

Jerome Frank en el año de 1982 definió de manera completa el siguiente concepto:

“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 y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales.”

2.4.1 Antecedentes

El origen de la Psicoterapia se remonta al siglo XIX. El período que se conoce como Modernidad, se caracterizó por un predominio de doctrinas filosóficas como: Materialismo, Mecanicismo y Funcionalismo. Todas ellas planteaban un concepto del Hombre como resultado de mecanismos estrictamente fisiológicos y mecánicos.

Esta idea de pensamiento es contraria a lo que se conoce como Vitalismo, es decir, el dominio de los aspectos humanistas y espirituales para explicar lo humano.

La modernidad no acepta teorías sin base empírica, si no que estas se deben en lo posible demostrar de manera experimental. Este paradigma colapsó con el correr del tiempo, ya que las evidencias de fenómenos sin explicación clara, crearon las condiciones para la emergencia de una nueva visión.

Al decir fenómenos sin explicación, no se refiere a cosas de Parapsicología o Esoterismo, sino a los problemas que se generaron al interior de la Modernidad como resultado de la práctica habitual y que no tuvieron una respuesta satisfactoria.

La búsqueda de una respuesta a ese "enigma" debió desmarcarse de los límites impuestos por aquel paradigma. Esto condujo a nuevas prácticas y a un concepto del ser humano no conocido hasta ese momento.

Se habla del Hombre como un ser integral, dotado de cuerpo y alma. Esta nueva visión es integrativa y menos excluyente que la anterior. El primer paso ya lo había dado Descartes doscientos años antes, pero desde un punto de vista metafísico, al proponer su tesis del hombre como un ser compuesto por una *res cogitans* (alma) y una *res extensa* (cuerpo).

De esta manera, la Filosofía ya se había pronunciado acerca de una revolución del conocimiento que se llevaría a cabo en los albores del siglo XIX. Hablando de un giro notable en todas las ciencias del hombre y en especial en la Psicología.

Daniel Hacktuke creó en 1872 el término "psicoterapia" como el método de tratamiento de las enfermedades llamadas "psíquicas" el cual se popularizó en Francia gracias a Bernheim y se expandió en occidente, sobre todo en Estados Unidos.

Es difícil enlistar una totalidad de psicoterapias pues existe un desierto por parte de la mayoría para encasillarlas o definir las, por ejemplo Jean Cottraux proporciona una lista de 209 formas de psicoterapias en la cual su mayoría son verdaderas psicoterapias mientras otras como la acupuntura, la meditación tibetana y trascendental, el culturalismo, kleinismo, freudismo,

lacanismo, entre otras. Entran en otra lista más bien de medicina alternativa, del mundo de las sectas o de las escuelas cónicas.

En cuanto a la creación de la psicoterapia institucional, Pichot y Allillaire la atribuyen a Pinel cuando en realidad es de Georges Daumézon, quien instituyó el término en 1953, para designar una terapéutica de la locura que aspiraba a reformar la institución del asilo.

La psicoterapia se desarrolló paralelamente al psicoanálisis en todas partes del mundo y se implantó en Francia antes de la Primera Guerra Mundial.

Tobie Nathan califica al psicoanálisis de “falsa ciencia” basándose en que no sería “evaluable”, así como de una ciencia “occidental” o inoperante aplicado a las tres cuartas partes del mundo. Así mismo le atribuye a las psicoterapias un carácter místico, siendo ésta regida por rituales, sacrificios de animales, fabricación de amuletos, plegarias o extracción de objetos-sortilegios, entre otros.

Más de 600 escuelas de psicoterapia han florecido en el mundo desde 1950. Todas estas psicoterapias se basan en el principio según el cual el proceso de la cura se vincula a la influencia que puede ejercer el terapeuta sobre el paciente, y a la creencia de éste en el poder de curar.

Históricamente, la psicoterapia surgió de la cura magnética inventada a finales del siglo XVII por Franz Anton Mesmer, quien explicaba los trastornos psíquicos.

2.4.2 Principios de la psicoterapia

Psicoterapia como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un terapeuta socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante la interacción el terapeuta busca aliviar el malestar y la discapacidad del paciente mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero a veces también mediante actividades corporales. El terapeuta

puede implicar también a los familiares y otras personas significativas del paciente en los rituales de curación.

La psicoterapia incluye también a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida, lo que puede usarse como oportunidad para el crecimiento personal. Toda psicoterapia incluye al menos nueve aspectos comunes, como por ejemplo constituir un intercambio de un servicio por un pago. Más allá de las metas específicas de cada paciente, hay metas fundamentales como ayudar a los pacientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza, o ayudarlos a adquirir *insight* de situaciones.

La psicoterapia busca producir cambios en la vida del cliente, para lo cual debe lucharse contra las resistencias al cambio. 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).

Cuando se está a punto de comenzar una psicoterapia, deben tenerse en cuenta tres factores: evaluar la posibilidad de éxito del cliente; preparar a los clientes para la terapia; y acomodar la terapia al cliente.

La tarea principal de un terapeuta es evaluar donde se encuentran bloqueados los clientes, qué hacen para superar el bloqueo, y cómo puede influir sobre ellos beneficiosamente para salir de la situación.

Los elementos que deben tenerse en cuenta para hacer estas evaluaciones son los siguientes: 1) como el paciente establece sus relaciones interpersonales (competencias sociales generales, manejo de relaciones íntimas, proceso de socialización); 2) pensamientos y sentimientos (competencias intelectuales, aptitud para reconocer sentimientos, excitaciones emocionales adecuadas, equilibrio entre pensar y sentir, entre otros); 3) formas de percibir el yo y la vida (expectativas realistas hacia uno mismo y sus metas en la vida, capacidad para sentir placer y satisfacción saludables, voluntad para mantener una meta, entre otros.); 4) evaluación de esquemas inadaptativos (autonomía, privación emocional, abandono, aislamiento social, valía personal, límites y normas).

El establecimiento de metas y la terminación son dos procesos están relacionados entre sí, porque la terminación exitosa del tratamiento es una meta terapéutica importante.

Los terapeutas son en cierto modo filósofos con sus propias concepciones acerca de la naturaleza de las personas y de sus trastornos, y sus percepciones e interpretaciones que ofrecen a los clientes son necesariamente subjetivas.

2.4.3 Metas de la psicoterapia

En la mayoría de los tipos de psicoterapias, se intenta establecer reglas que conduzcan y ayuden al cliente a escrutar sus propias metas.

La meta de la psicoterapia es ayudar a los clientes a contemplar su proceso de maduración con una mayor concienciación sobre de donde vienen y a donde van.

➤ De la patología al afrontamiento

La patología no es un constructo explicativo. La persona llegan a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan.

El trabajo del terapeuta es evaluar dónde se hallan estancados los clientes y ayudarles a superar el estancamiento mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar.

➤ Cambio en lugar de curación

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

➤ El cliente es el responsable

Los síntomas y problemas de un paciente a menudo son una expresión de pérdida de control, la incapacidad del cliente o su falta de voluntad para controlar su vida.

La tarea del terapeuta es desanimar al cliente de expresarse mediante excusas y animarle a emplear un lenguaje de responsabilidad.

2.4.3.1 Metas terapéuticas fundamentales

Las metas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del cliente. Ahora bien existen algunas metas que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas:

- Potenciar la sensación de dominio y auto eficiencia del cliente.
- Animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas.
- Ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
- Ayudar a los clientes a superar la desmoralización y a ganar esperanza
- Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.
- Ayudar a los clientes a adquirir insight.

➤ Ayudar a que el cliente tome sus propias decisiones

Se caracteriza por sentimientos de incompetencia, baja autoestima, alienación y desesperanza. Las manifestaciones más comunes de la desmoralización son: ansiedad, soledad y depresión. Una meta principal de la psicoterapia es ayudar a los clientes a superar sus sentimientos de desmoralización y a ganar una sensación de esperanza.

Los terapeutas ayudan a los clientes a incrementar sus habilidades para encontrar caminos fructíferos para alcanzar sus objetivos, mediante la enseñanza de nuevas competencias ya través de ayudar a los clientes a ver una perspectiva diferente de sus vidas y posibilidades que nunca había apreciado hasta entonces.

El objetivo es enseñar a ver los problemas como desafíos en lugar de amenazas.

➤ Fomentar la competencia y autoeficacia

Otra meta es fomentar la sensación de capacitación del cliente es decir la mayor fuerza y dominio de uno mismo y del mundo circundante y en este sentido libertad en el mejor sentido político y económico, libertad de acción.

➤ Superar la evitación

Una fuerza motora detrás de muchos problemas es la evitación. Se desarrollan estilos de afrontamiento que nos protegen de ansiedades, temores y situaciones desagradables que a menudo son condiciones esenciales e inevitables de la vida.

Las personas que evitan enfrentarse a sus problemas, sufren pronto más del temor que entraña enfrentarse al problema que del problema mismo. La evitación es básicamente una forma de negación y escape que requiere distorsiones del pensamiento y la percepción. Estos procesos

impiden virtualmente la posibilidad de crecimiento y maduración personales debido a las inadecuaciones inherentes a ese tipo de respuestas.

➤ Ser consciente de las ideas erróneas de uno mismo

Los terapeutas guían a sus pacientes en la reevaluación de sus percepciones e interpretaciones acerca de lo que desean y de lo que están obteniendo de la vida.

El objetivo de este proceso es conseguir que los clientes modifiquen aquellas creencias o expectativas que tienen sobre la vida y que no respondan a sus intereses.

➤ Aceptar las realidades de la vida

El mundo tiene aspectos buenos y malos, aunque lamentablemente se debe aceptar muchas cosas malas de la vida, también se debe aprender a apreciar y vivir por a las muchas cosas que son buenas. Establecer metas realistas y aceptar la responsabilidad de destinar el esfuerzo necesario para su consecución es algo que merece la pena y cada persona debe ser responsables de sus actos.

➤ Lograr insight

La fase de *insight* de la terapia de consejo psicológico gira entorno a ayudar a los clientes a tomar conciencia de porque eligen funcionar como lo hacen. Cuando el paciente logra *insight* empieza a analizar sobre el porqué del problema que lo aqueja y va tomando sus propias decisiones y asumiendo las responsabilidades de ello.

2.4.4 Competencias del terapeuta

Las competencias interpersonales del terapeuta son un componente crítico del éxito en la psicoterapia. Los terapeutas competentes están técnicamente bien formados y son capaces de

implementar de manera flexible intervenciones terapéuticas con una sensación de colaboración con el cliente. Son capaces de mejorar sus propios problemas.

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

2.4.4.1 Competencias de la proximidad

Ser próximo requiere de las siguientes competencias:

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

2.4.4.2 Competencias verbales

Las nueve competencias verbales son:

- Tanteo: el tanteo es una pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información.
- Clarificación: una clarificación es una pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo. Las clarificaciones se utilizan para: Estimular a los clientes a elaborar su discurso, confirmar con el cliente que se está comprendiendo con precisión su mensaje y comprender mejor frases vagas.
- Paráfrasis: la paráfrasis es reformular las frases del cliente de una manera que comunique a éste que el terapeuta comprende lo que ha dicho.

- Reflejo: un reflejo es una reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente. Los reflejos son la forma principal que tienen los terapeutas de comunicar empatía hacia sus clientes así como la aceptación de sus sentimientos.
- Confrontación: Se utilizan para identificar mensajes confusos en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. La confrontación no debe estar dirigida hacia la persona del cliente, sino hacia la dificultad que está experimentando.
- Interpretación: la interpretación se utiliza para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Los cuatro criterios para realizar interpretaciones efectivas son: momento oportuno, dosis mínima detalle concreto y enfoque individual.

2.4.5 Proceso terapéutico

Los procesos psicoterapéuticos comunes son:

- Intercambio de pago por servicio: Los clientes pagan a los terapeutas por un servicio, es por lo tanto adecuado que este servicio sea negociado y que el cliente sepa lo que puede y no puede esperar.
- Ofrecer consejo: hay tres razones por las cuales los terapeutas evitan dar consejo a sus clientes. Primero, está la cuestión si es ético o no que los clínicos presuman saber qué es lo mejor para sus clientes.
- Una segunda razón por la que los terapeutas evitan dar consejos es porque ello animaría a los clientes a depender de la sabiduría del terapeuta en lugar de pensar por sí mismos. Una tercera razón por la que no dar consejos a los clientes, es porque habitualmente no funcionan. Ofrecer consejo no parece ser una ayuda en psicoterapia.
- Ampliar la visión del mundo del cliente: cuando los clientes llegan a terapia habitualmente están estancados. Todas las psicoterapias se apoyan en el hecho de que el pensamiento, sentimientos y comportamiento humano están en gran parte guiados por las creencias que

tiene la persona a cerca de la realidad. Un proceso importante en la terapia es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva.

- Establecer una experiencia emocional correctiva. Los factores que conducen a la experiencia emocional correctiva son una relación terapéutica segura, la empatía del terapeuta, la re-experiencia en el aquí y ahora y la respuesta del terapeuta de manera diferente a la esperada por el cliente.
- Promoción de expectativas positivas: los clientes responden generalmente de manera más favorable a la terapia cuando tienen expectativas positivas. Las expectativas positivas son potenciadas mediante el refuerzo de los clientes que hayan buscado asistir a una terapia, preparar a los clientes para la terapia, inculcar expectativas realistas, hacer énfasis en la responsabilidad del cliente, proporcionar un alivio de síntomas y desarrollar una relación terapéutica positiva.
- Permitir experimentar emociones: en la psicoterapia, tanto los clientes como los terapeutas experimentan emociones. La vivencia de emociones en la terapia, implica los siguientes procesos: reconocimiento, creación de un significado, activación, toma de responsabilidades, modificación de respuestas afectivas disfuncionales, y expresión de sentimientos en la relación terapéutica.
- Ejercer una influencia social: los terapeutas influyen sobre sus clientes mediante el empleo de condicionamiento operante y el moldeado.
- Promover la práctica de nuevas competencias: la asignación de tareas para casa proporciona a los clientes la oportunidad de practicar nuevos comportamientos y formas de pensar y sentir en sus vidas cotidianas.

Cuando la persona no actúa de esa manera se le ayuda a:

- ✓ Reconocer el hecho,
- ✓ Se le estimula a considerar lo que está consiguiendo actuando de la forma en que lo hace (la función de su comportamiento).
- ✓ Se espera de ella que cambie su comportamiento de acuerdo con el modelo de persona saludable y efectiva.

Cuando nuestras necesidades no están satisfechas, el estado del yo que está más activo es el estado del yo Niño y también el Adulto. Para ello el estado del yo Padre debe contener, y la terapia facilitará el incorporar, estructuras que permitan contener la frustración del estado del yo Niño y manejarla de forma que la persona en un estado del yo Adulto integrado pueda conseguir de manera efectiva lo que necesita mediante sus relaciones (transaccionales) con el entorno.

La terapia se estructura por tanto para aprender, reaprender y cambiar, para desarrollar la habilidad de resolver los problemas y por tanto de conseguir lo necesario para satisfacer las necesidades de manera adecuada (saludable y efectiva).

2.4.6 Modelos de psicoterapia

Los principales modelos de la psicoterapia actual pueden ser agrupados en cuatro orientaciones

2.4.6.1 Modelos psicodinámicos

En psicoterapia el término psicodinámico se refiere a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico, aunque abarca también a otros "disidentes" del psicoanálisis como Adler y Jung.

El psicoanálisis fue creado por Freud. Su obra fue influenciada por Herbert que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro pre consciente; por Fechner, creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke y T.Meynert, fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrollo del método hipnótico y catártico de J.Breuer. Freixasa la hora de exponer el desarrollo de la obra de Freud, la divide en cuatro etapas:

- La etapa pre fundacional
- La etapa fundacional

- La etapa de la Psicología del Ello
- La etapa de la Psicología del Yo

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objetales (relaciones interpersonales e intrapsíquicas). En esta línea destaca las aportaciones de la llamada Psicología del Yo y de las relaciones objétales.

Se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles (Aplanche y Pontalis, 1968; Baker, 1985):

1. Un método de investigación de los significados mentales inconscientes.
2. Un método de psicoterapia basado en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseos inconscientes.
3. Un conjunto de teorías psicológicas sobre el funcionamiento de la mente (metapsicológica) y teoría clínica sobre los trastornos mentales y su tratamiento.
4. Un enfoque filosófico o general para entender los procesos de las culturas y la actividad social.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se formulan a través de los cinco modelos que Freud desarrolló sobre la actividad psíquica: el modelo topográfico, el modelo económico, el modelo dinámico, el modelo genético y el modelo estructural.

- **Modelo Topográfico:** Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El Inconsciente, gobernado por los procesos primarios(ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; el Pre consciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el Consciente, gobernado por los procesos secundarios(lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad(ajuste al entorno).
- **Modelo Dinámico:** Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o

deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconsciente, derivado del Yo, y los principios normativos o morales del individuo consciente e inconsciente. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.

- **Modelo Económico:** Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía.
- **Modelo Genético:** Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, entre otros, se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "fálica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.
- **Modelo Estructural:** Pertenece a la última etapa de la producción de Freud. Se distinguen tres estructuras mentales: El Ello (Id) que es la fuente de la energía mental, de los deseos e instintos básicos no normativizados culturalmente de origen inconsciente; El Superyó (Superego) derivado de los valores normativos y morales de la cultura transmitidos familiarmente, y el Yo (Ego), situado entre los dos anteriores y que tiene por misión mediar entre los dos anteriores (entre los deseos inconscientes y las normas que los restringen) así como con el medio externo. El Ello es totalmente inconsciente, el Yo es en parte consciente y en parte inconsciente, y el Superyó es también parcialmente consciente e inconsciente.

2.4.6.1.1 Método terapéutico

El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La Asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de Transferencia y Contratransferencia y el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente y el terapeuta (Regla de Abstinencia Regla de la Atención Flotante).

La asociación libre consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente ha generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todos los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La re experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina Análisis de la Transferencia.

Por otro lado, el terapeuta, aunque este analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente suele reproducir los roles complementarios punitivos o satisfacción de sus progenitores, se denominan reacciones contra transferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayudan a estar atento a estas reacciones, como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a su manejo adecuado.

Sin embargo los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (Resistencias). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el Análisis de las Resistencias. Este último trabajo terapéutico es crucial para el desarrollo del análisis que suele desarrollarse por lo general, en el transcurso de varios años en el psicoanálisis clásico.

En las versiones breves de la terapia psicoanalítica (psicoterapias breves psicoanalíticas) se enfatiza la selección de conflictos a abordar, un rol más directivo del terapeuta, un período breve a veces preestablecido de sesiones, y la consecución de determinados objetivos. Estas últimas terapias por lo general reciben el rechazo absoluto de los analistas clásicos. Sus defensores sin embargo enfatizan que sus resultados y aplicación son iguales o superiores al largo proceso psicoanalítico tradicional.

2.4.6.2 Modelo humanista

Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico).

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

Según Beristaín y Nitela (1980) los modelos humanistas se caracterizan por:

- La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
- La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.
- Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).
- La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

El modelo de psicoterapia desarrollado por C.Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que un hacer algo al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado.

Uno de los obstáculos más poderosos para impedir la anterior tendencia es el aprendizaje de un concepto de sí mismo negativo o distorsionado en base a experiencias de desaprobación o ambivalencia hacia el sujeto en etapas tempranas de su desarrollo (Raimy, 1948). Parte del trabajo de la terapia centrada en el cliente trata de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que este pueda reconocerse de manera integral.

Otro elemento fundamental para que el sujeto continúe su tendencia a actualizarse es el *experiencing*. Este consiste en la experimentación consciente de un sentimiento que hasta el momento fue reprimido. La experimentación de sentimientos reprimidos por ambivalentes, hostiles o irracionales que parezcan permite al sujeto actualizar su experiencia, ser "el mismo" y modificar el auto concepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional en base a las prácticas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno (familia, colegio, entre otros.) puede hacer que el niño enfoque su conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas al mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos. De este modo puede sentir en privado, consciente o inconscientemente, deseos o sentimientos que inhibe en público. Rogers (1983) identifica este proceso como la "Cultura de la Coca? Cola". El proceso evaluador anterior queda así conformado por la discrepancia entre lo experimentado y lo que debe de experimentarse o expresarse.

La anterior discrepancia genera psicopatología. La incongruencia entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la aceptación o consideración positiva hacia sí mismo genera una especie de conducta defensiva que implica negación y distorsión y por lo tanto mayor o menor grado de psicopatología.

El terapeuta centrado en el cliente tratará de desarrollar una serie de mecanismos de cambio (aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia) mediante los que comunicará al sujeto la actitud de que experimentar su organismo, su subjetividad emocional es importante y esencial para su actualización y desarrollo personal.

2.4.6.2.1 Método terapéutico

El terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizarse y un valor único y personal que está bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa (consideración positiva condicional). La terapia tratará de desbloquear el proceso anterior mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales, siendo estas:

- La empatía: refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar a su cliente una comprensión de los sentimientos y significados expresados por este. Esto se hace mediante un ciclo de tres fases: 1) La resonancia empática del terapeuta a las expresiones del cliente, 2) la expresión de empatía por parte del terapeuta al cliente y 3) la recepción del cliente de la respuesta empática del terapeuta.
- Consideración positiva incondicional: El terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su auto aceptación. Para ello le acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.
- La congruencia: Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto a nivel verbal como no verbal.

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobretodo en sus aspectos relacionales.

Es de destacar que los movientes actuales de psicoterapia (pie enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en el enfoque experiencia expuesto por C.

Rogers. La emoción y su experimentación se consideran básicas en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

2.4.6.3 Modelo conductista

La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcada por varios hechos históricos. Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas. En 1949 se desarrolla la conferencia Boulder, donde se define el papel del psicólogo clínico. Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares (fiabilidad baja, efecto de "marca" negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología) y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento).

Actualmente la terapia o modificación de conducta tiene aplicación en un rango muy amplio de problemas (neurosis, depresión, trastornos de pareja, toxicomanías, trastornos psíquicos infantiles, medicina, entre otros); y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental.

Los postulados básicos del modelo conductual son:

- La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
- La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.

- La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afín de modificar esta.
- La conducta puede ser manifiesta (actos motores y conducta verbal) o encubierta (pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.
- El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.
- El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner, 1974).
- La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingencia actuales.

El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta.

Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que se pueden agrupar en los cinco siguientes: (1º) La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos); (2º) La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos; (3º) La terapia de conducta asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por moldeamiento).

2.4.6.3.1 Método terapéutico

Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones", "emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (organismicas-mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo).

El anterior proceso determina de qué variable es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso (colaboración del paciente). Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función.

El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas. El empleo de las mismas más adecuado es cuando deriva en análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

- Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La más conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de Desensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse más o menos gradualmente a las fuentes estimulares de su ansiedad, miedo, vergüenza y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La desensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.
- Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento, Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, entre otras) y aquellos otros encaminados a

reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo), así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, entre otras).

- Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas más conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Afectividad.
- Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son el autor registros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación- Valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos-conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico(Pavlov, Watson), moderno(Skinner,Bandura..) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

2.4.6.4 Modelo sistémico

La historia de los modelos sistémicos va unida a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950- 1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea

anterior Ackerman estudió los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar. Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática (en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infantojuveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

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. 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 la causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progreso o cambio.

Foster y Gurman 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 (por ejemplo de los padres) involucrando a una tercera (por ejemplo un hijo).
- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conformar una pauta de causas-efectos 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 refieren a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo, la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, por ejemplo 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 (por ejemplo padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, entre otros).
- 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 (por ejemplo escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, entre otros). 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.

2.4.6.4.1 Método terapéutico

Los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas.

Como primer punto el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado.

Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia del problema y quiénes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quién y cómo se decide quién es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia .

Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido").

La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentara la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan:

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.
- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis.
- Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual.
- Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.
- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.
- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.
- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar.

2.4.7 Formas de psicoterapia

A pesar de que existen distintas y numerosas escuelas de psicoterapia, la tendencia ha sido reunir las en tres grandes grupos, si bien éstos han sufrido desarrollos tardíos y nuevas

adquisiciones, tres han sido las principales grandes escuelas de psicoterapia, al mismo tiempo, autores que las han denominado las tres grandes fuerzas de la Psicología, estas son: Psicoanálisis, Conductismo y Humanismo-Existencialismo. Si bien, las tendencias actuales recogen aspectos de las tres principales escuelas, y algunas de ellas están a medio camino entre una y otra.

2.4.7.1 Psicoterapias psicodinámicas

2.4.7.1.1 Terapia psicoanalítica

El psicoanálisis se dedica al estudio del inconsciente, entendiendo por inconsciente a aquel que hace locuras y no se piensa mucho sus decisiones. El psicoanálisis (del griego *psique*, alma o mente); es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896.

A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influenciado a muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

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

El desarrollo del psicoanálisis es permanente en estos tres aspectos por parte de investigadores y clínicos, si bien cabe remarcar que tal segmentación del campo psicoanalítico no puede ser otra

cosa que una esquematización descriptiva, y que en ningún caso da cuenta de la estructura propia del psicoanálisis donde teoría y práctica se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra.

El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico. Si el psicoanálisis puede ser considerado una teoría científica es un asunto que en círculos académicos y profesionales continúa siendo controvertido.

El psicoanálisis es una teoría sobre los procesos psíquicos inconscientes, que presenta una concepción ampliada de la sexualidad, de sus relaciones con el acontecer psíquico y su reflejo en lo sociocultural.

El supuesto de que existen los procesos, fenómenos y mecanismos psíquicos inconscientes junto al papel de la sexualidad y del llamado complejo de Edipo, que resulta en una diferenciación entre instinto y pulsión; así como la aceptación de la teoría de la represión y el papel de la resistencia en el análisis constituyen para Freud los pilares fundamentales de su edificio teórico, al punto que sostiene que «quien no pueda admitirlos todos no debería contarse entre los psicoanalistas.

2.4.7.1.2 El psicoanálisis como terapia

El psicoanálisis puede ser definido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre. A diferencia de los métodos que se basan en ejercicios, entrenamiento o aprendizaje (como las técnicas conductuales) o de las explicaciones en el plano cognitivo, el psicoanálisis se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o develación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus afecciones, o son la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos.

Aunque frecuentemente se asocia esto a la introspección, constituye un malentendido esperar como objetivo esencial de la terapia psicoanalítica una comprensión racional acerca de las

relaciones causales. Se trata más bien de lograr una reestructuración de más amplio alcance de la personalidad, muy especialmente de la vida afectiva y particularmente en aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar.

Según el psicoanálisis, los síntomas histéricos y neuróticos tienen un origen ligado a conflictos inconscientes, aspectos de los cuales, pese a ser ajenos por completo al consciente del analizado, pugnan por emerger a la conciencia. El retorno de lo reprimido, resultado de una represión fallida ante la fuerza emergente del material reprimido, es una formación de compromiso, ejemplo de lo cual constituye el síntoma histérico y, en general, el neurótico.

El objetivo de la terapia es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las determinaciones inconscientes de sus sentimientos, actitud o conducta. Freud, en una de las oportunidades en las que describe la operación que lleva a cabo la terapia analítica, lo hace en estos términos: "la rectificación con posterioridad del proceso represivo originario"

El analista por su parte, también debe respetar reglas, particularmente las tres siguientes:

- Mantener una actitud neutral, en cuanto a los valores, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal religioso, moral o social, no juzgar, no aconsejar. La posición debe ser igualmente neutral frente a las manifestaciones transferenciales y frente al discurso, es decir, no conceder una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.
- Observar una actitud de estricta abstinencia, lo que implica que el analista «no satisface las demandas del paciente ni desempeña los papeles que éste tiende a imponerle. El sentido de este principio es que la cura debe transcurrir de tal forma que el analizado no se sirva de ella para obtener satisfacciones sustitutivas de sus síntomas.

Freud afirmó que el individuo neurótico, cuyas necesidades eróticas infantiles permanecieron insatisfechas, podrá orientar sus requerimientos libidinosos hacia una nueva persona que surja en

su horizonte, siendo muy probable que las dos porciones de su líbido (la consciente y la inconsciente) participen en este proceso.

Es por lo tanto perfectamente normal y comprensible que una carga de líbido se oriente también hacia el psicoanalista. Este proceso da lugar a lo que en psicoanálisis se denomina transferencia.

2.4.7.1.3 El ello, el yo y el superyó

El modelo estructural de tres instancias (Ello, Yo y Superyó) y de su superposición con el modelo espacial de la psique en la primera tópica de S. Freud (consciente, preconsciente, inconsciente).

El Ello es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.

El Superyó es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la "conciencia moral" y el ideal del yo. La "conciencia moral" se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche.

El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

El Yo es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo.

El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios.

Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada.

2.4.7.1.4 Terapia junguiana

La psicoterapia junguiana acompaña al paciente en su proceso de individuación o crecimiento, desde una concepción finalista y prospectiva. Desde el momento presente y con la información biográfica esclarecida se trata de adecuar unas actitudes inoperantes o que confunden la existencia de la persona.

La psicoterapia junguiana utiliza el análisis de los sueños producidos en el inconsciente durante el dormir, y explica aspectos, elementos y actitudes que ahora han florecido a la consciencia y que pueden informar de rasgos de su personalidad y, de la energía psíquica que se está moviendo en el sujeto.

Por otro lado, se nutre de la simbología que aportan los sueños, la imaginación activa o la escritura espontánea.

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

Lo introducimos en una dimensión, donde muchas teorías y creencias humanas caen como inútiles, entrando a jugar otro factor, lo espiritual, que puede volver posible lo imposible. La autorrealización de Maslow es para Jung el proceso de individuación, es una propiedad de todo ser vivo, en virtud de la cual llega a ser lo que estaba destinado a ser, desde el principio. Su máxima expresión se encuentra en la psiquis humana.

El Sí-mismo, que es una fuente de Sabiduría y poder, entra en interacción con la personalidad individual durante toda la vida y va configurando una personalidad definida, que participa a su vez de manera activa y responsable. Desde el punto de vista junguiano, cuatro áreas en las que siempre se trabaja en toda Psicoterapia, que intente ahondar con profundidad.

- La Sombra: Son los aspectos ocultos o inconscientes de uno mismo, tanto negativos como positivos, que el yo ha reprimido o nunca ha reconocido. Son todos aquellos rasgos indeseables, de los cuales uno no se siente orgulloso. Estos rasgos personales, sin un trabajo interno, no son reconocidos y a menudo se perciben en los demás, a través del mecanismo de la proyección. Hay que saber distinguir la sombra personal, de la sombra colectiva. Enfrentarse directamente con la sombra colectiva, puede llegar a ser una empresa traumática y destructiva. Es la suma de las personas despiertas espiritualmente, trabajando cada uno en su medio, quienes van aportando luz y apartando las sombras del Inconsciente colectivo.
- Complejo parental. Es el grupo de imágenes, conflictos y emociones intensas ligadas con los padres. La influencia más o menos mágica de los padres sobre los hijos, sin importar la edad, se debe en gran parte a una imagen arquetípica de los padres primordiales que existe en toda psiquis.
- La Persona: Son los aspectos ideales y sociales, que presentamos frente al mundo externo. Es como su nombre lo indica, sólo una máscara, que finge individualidad, cuando en realidad sólo estamos representando un rol, a través del cual habla la psiquis colectiva.
- Complejos sexuales: Anima-Animus: Aspecto femenino interno del hombre-Aspecto masculino interno de la mujer. Tanto el ánima del hombre, como el *animus* de la mujer, son tanto un complejo personal, como una imagen arquetípica.

A lo largo de la vida, van pasando por distintas fases de desarrollo y se proyectan en un hombre o mujer concretos. Como en el caso de persona, también entran a jugar determinados condicionamientos sociales y familiares; que deberán ser concientizados en el proceso terapéutico.

Como vemos, por todo lo dicho hasta ahora, se trabaja en un nivel profundo y con plena participación del interesado. El acceso al Inconsciente se realiza a través del Análisis de los sueños y del uso de la técnica "Imaginación Activa".

La Regresión al pasado, a diferencia de otras terapias, solamente se realiza cuando es necesario, y con un método apropiado para "zambullirse" y extraer el recuerdo correcto y preciso para la sanación.

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

a. Método terapéutico

El modelo psicoterapéutico junguiano se conoce también como *método sintético-hermenéutico*, siendo su finalidad facilitar el desarrollo del proceso de individuación o *autorrealización psíquica*. Toda individuación remite a la relación que se establece entre el Yo consciente y lo inconsciente colectivo a lo largo de la biografía del individuo.

En cada momento de dicho proceso vital va emergiendo progresivamente el carácter propio o individualidad psíquica, personificada a través del arquetipo del Sí-mismo, yo nuclear tanto de lo consciente como de lo inconsciente colectivo, a diferencia del Yo fáctico y condicionado, circunscrito a la consciencia. Individuación significaría por tanto llegar a ser un individuo, llegar a ser uno mismo, una unidad aparte, indivisible, un todo.

El despliegue del Sí-mismo como articulación de arquetipos previamente diferenciados en el proceso de individuación es el objeto específico de la Psicología analítica.

Los métodos más importantes aplicados por Jung y que definen su escuela podrían enumerarse en los siguientes:

1. El experimento de asociación de palabras que permite acceder a los complejos individuales.
2. El análisis y la interpretación de los sueños, de las visiones y de la imaginación. Ello implicaría métodos propiamente junguianos, así como la utilización de la amplificación a través de material arquetípico del simbolismo cultural e histórico general, como ayuda a las asociaciones propias del soñante. También es propiamente junguiano el análisis de *series de sueños*, dado que el análisis de un sueño aislado puede inducir a error.
3. El estímulo de la producción espontánea del inconsciente, en forma de palabra, signo, pintura, baile, y otros.
4. La imaginación activa, que permitiría comunicarse con lo inconsciente *personificando* aquellas imágenes emergentes desde un estado de introspección o meditación voluntarios.

Todo proceso de individuación conlleva la constitución y diferenciación progresivas de todos aquellos representantes psíquicos, tanto complejos como arquetipos, cuya consciencia relativa es la meta de la Psicología analítica.

2.4.7.1.5 Terapia de apoyo

Es 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 recorriendo a aspectos parciales de cada una de las anteriores escuelas de pensamiento en función de las necesidades particulares del caso.

Resulta básico crear una atmósfera favorable propicia para una buena relación médico – enfermo, donde este último se siente 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 intenta reforzar las defensas del “ego” del paciente.

Todo ello se acompaña de estímulos para incentivar el cambio personal en los sitios de vida más desadaptadas. En muchas ocasiones se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones 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 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 entrante. La psicoterapia tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas ya existentes y utilizarlas en la resolución de nuevas situaciones.

2.4.7.1.6 Terapia breve intensiva y de emergencia

Es 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 súper yo permitiéndose una conducta narcisista y, en algunos casos una actuación. Estas terapias proveen, en el mejor de los casos, un alivio de corta duración.

La psicoterapia breve considera 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 o seis sesiones. Para hacer esto, debe ser conceptualizada de un modo extremadamente cuidadoso y todas las intervenciones deben cuidadosamente planificadas para obtener resultados óptimos.

La psicoterapia breve está relacionada a la terapia tradicional, 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 presentará atención terapéutica a cada variable.

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 autoestima; 2) agresión frente a la presencia de; 3) un super yo severo, 4) un sentimiento de pérdida de amor, del amor de un objeto, o de parte de sí mismo; 5) un sentimiento de desilusión, o de haber sido engañado; 6) en relación al concepto de oralidad, (hambre de estímulos) y del hecho que las personalidad es depresivas tienden a ser más dependientes de estímulos positivos de otra persona; 7) la personalidad depresiva en 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 presión, en la experiencia, se da 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 de la estructura de la personalidad. Aquellos que ya un gran miedo por la pasividad van a responder de modo diferente a aquellos que tienen poco.

En un sentido amplio se podría decir que la psicoterapia breve permite seguir adelante en el trabajo de un antiguo problema y da paso potencial a una mejor forma de lidiar con el que exista

anterior a la enfermedad, en ese sentido la psicoterapia breve no solo resulta efectiva para un problema existente, sino puede dar paso también a una mejor integridad general.

2.4.8 Psicoterapia conductista

2.4.8.1 Terapia racional emotiva

Explica que el conocimiento que adquirimos está influido por las interpretaciones que imponemos a nuestras percepciones.

La TRE es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y conductual mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados.

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro.

Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera. Esta terapia formula las dificultades del cliente en base a un modelo ABC, donde hay eventos (A) activadores que son mediados por creencias (B) del cliente, mismas que hacen surgir (C) consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Es pues la aparición irracional de eventos activadores, lo que produce los problemas del cliente.

La terapia involucra el entrenamiento de este para identificar y modificar estas suposiciones y se apoya en diversas estrategias que incluyen la auto-observación, el cambio directo de las creencias irracionales por el terapeuta, el cambio de algunas cogniciones por pronunciamientos más racionales, así como la realización de diferentes ejercicios, como tarea.

a. Técnicas

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

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

b. Aplicaciones

- Terapia individual: está indicada para personas que tienen dificultad en hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su prejuicio. Es indispensable para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia, se recomienda cuando los problemas que tiene la persona son “consigo misma”, más que con los demás.
- Terapia de pareja: Afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación.
- Terapia familiar: Es efectiva cuando ayuda a los miembros menos desequilibrados de una familia a aceptar y conformarse con las personas de la familia más perturbadas.
- Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido de manera significativa a los trastornos de sus hijos, no son la causa directa de ellas. Cada miembro se hace responsable de su propio cambio y se intenta modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.
- Terapia de grupo: Enseña a todos los participantes a emplear el método científico con ellos mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para estar al tanto de las cosas y para contradecir de modo empírico las cogniciones perturbadoras de los otros miembros.

c. Modificación de la conducta y terapia de la conducta

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

ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse.

d. Caracterización de la modificación de la conducta

Aunque existe variedad de técnicas, objetivos de aplicación, y enfoques teóricos diferentes, se comparten ciertas características definitorias:

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico.

e. Técnicas de modificación de la conducta

- Refuerzo positivo: este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro. Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada.
- Refuerzo negativo: consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta.
- Modelado: consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

f. Procedimientos para reducir o eliminar la conducta

- Extinción: este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir, en no dar la recompensa que la mantiene. La suspensión

de reforzamiento debe ser completa e intermitente, como se ha visto antes es un procedimiento para mantener la estabilidad de una conducta.

- Reforzamiento de conductas incompatibles: Es un método complementario de cualquier intento de eliminar una conducta problemática. Se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar (ignorarla).
- Control de estímulos: Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza) la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación.
- Costo de respuesta o castigo negativo: consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta (algún reforzador disponible). Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que gusta, pero no hace uso de estimulación aversiva.
- Práctica positiva: este método consiste en hacer que la persona practique, durante períodos de tiempo determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta inapropiada. No se mejora, sino que se ejecuta el comportamiento adecuado. Este procedimiento tiene efectos rápidos y de paso enseña conductas aceptables a los niños.

2.4.8.2 Terapia de grupo

Se define como el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y paciente. La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en dicha dinámica puede pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

a. Breve historia de la psicoterapia de grupo

Fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de “clases colectivas” a una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos.

El método de Pratt consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica.

Su técnica se apoya en dos pilares:

- Activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad, estímulo y solidaridad en el grupo.
- El terapeuta asume el papel de figura paternal idealizada

Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal:

- Técnicas grupales analíticas
- No directivos y terapia gestalt

Estas corrientes se aplican a diversos tipos de grupos en las cuales podrían mencionarse, familiar, parejas, grupos de encuentro, de crecimiento, terapia represiva inspiradora (Método de Pratt)

b. Características del grupo

- Interacción. Espacio temporal donde se relacionan los miembros del grupo.
- Percepción y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es una parte del todo.
- Motivación y necesidad de satisfacción, (estatus, poder, éxito, otros).

c. Propiedades de los grupos

- Voluntad y beneplácito: La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y en el consentimiento de sus miembros de pertenecer a él.
- Identificación: Esta puede ser positiva o negativa, dependiendo de las características emocionales de sus miembros.
- Cohesión: Cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que estos permanezcan en él.

- Meta común: Es necesaria la existencia de una meta en común, para que el grupo se reúna.

d. Beneficios de la terapia grupal

Puede ayudar a mejorar en lo siguiente:

- Dificultades en las relaciones con otras personas
- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad
- Depresión y ansiedad
- Las pérdidas

2.4.8.3 Psicoterapia humanista

2.4.8.3.1 Terapia centrada en el cliente

La Terapia Centrada en la Persona, conocida también como "Relación de Ayuda", "Terapia no directiva", "*Counseling*", "Terapia Centrada en el Cliente" o "Terapia Rogeriana" Fue desarrollada por el psicólogo Carl Rogers.

El modelo de Carl Rogers pertenece a la corriente de la Psicología Humanista. La Psicología Humanista promueve los aspectos más humanos de la persona, como son: la libertad, creatividad, trascendencia, responsabilidad, autonomía.

a. Cliente en oposición a paciente

El motivo de abandonar el término paciente viene dado por la connotación del vocablo, relacionado con la patología, lo cual implica una relación asimétrica en donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el terapeuta o sanador. La contrapropuesta es que no existe tal cosa como la enfermedad mental, sino formas disfuncionales de vivir.

b. Actitudes básicas para la relación de ayuda

Según Carl Rogers, una relación servirá de ayuda si la forma de ser persona con el otro refleja tres actitudes básicas:

- 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.
- 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.
- 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.
- Y por último, el cliente debe, de una manera u otra, darse cuenta de la presencia del terapeuta y de la relación ofrecida.

c. El proceso de convertirse en persona

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

- Fijeza: es el estado que comúnmente es descrito como neurótico.
- Vivir la experiencia de ser plenamente aceptado: al inicio de la relación terapéutica, el primer cambio que vive la persona es entrar en un 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.

- 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.
- 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.
- 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.

d. Aplicabilidad de la terapia centrada en el cliente del enfoque rogeriano

Las experiencias terapéuticas, de consejería y orientación, desde la perspectiva rogeriana, abarcan una amplia gama que va del trato de personas normales, en condiciones pedagógicas o vocacionales, hasta la psicoterapia en psicóticos esquizofrénicos.

Hay aplicaciones de esta concepción en diversas áreas como la clínica, la educación, las relaciones de pareja, la ludo terapia, la dinámica de grupos los famosos grupos de encuentro, entre otros, cubre un amplio espectro de edades, desde niños de dos años hasta ancianos. Y esto es posible, creemos, porque el enfoque no directivo o centrado en el cliente constituye además de una técnica, aplicable a tal o cual problema, una concepción del ser humano y de las relaciones interpersonales. Por ello trasciende los linderos del consultorio para conformar una teoría sobre el "buen vivir", esto es, sobre el vivir plenamente, en constante superación, abiertos a todas las experiencias, sin miedo, con capacidad de elección y de responsabilizarnos por lo elegido.

También se puede mencionar: Depresión, Ansiedad y tensión emocional, estrés y agotamiento psíquico, dificultades de comunicación y/o relación, crisis personal o de pareja, conflicto padres-hijos, angustia existencial, deseos de cambio y crecimiento personal

2.4.8.3.2 Terapia Gestáltica

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.

a. Fundamentos de la terapia Gestalt

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 estar sucediendo. Utiliza el método de 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 qué el terapeuta lo cure, mientras que cliente es un término más neutro, el cual sólo indica que es alguien que acude a la consulta del terapeuta. En esta terapia, el cliente es quien tiene que "autocurarse", el terapeuta sólo 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.

b. Conceptos principales

Tiene como fundamentos los siguientes conceptos:

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

c. Aplicabilidad de técnicas de la gestalt

En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente

d. Técnicas Supresivas

Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta. Entre las Principales Supresivas están:

- a. Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- b. Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- c. Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son formas de no ver lo que se es.

e. Técnicas Expresivas

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

f. Expresar lo no expresado

- a) Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es.
- b) Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloran temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.
- c) Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.

g. Terminar o completar la expresión

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente.

La "silla vacía", trabaja imaginariamente tanto los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

h. Buscar la dirección y hacer la expresión directa

- a. Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado.
- b. Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

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

i. Técnicas integrativas

Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

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

2.4.8.3.3 Logoterapia

La logoterapia 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.

La logoterapia es la "tercera escuela vienesa de psicología" desarrollada por el neurólogo, y psiquiatra, Víctor 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.

a. Técnicas

Sus técnicas más destacadas y conocidas son: la intención paradójica, la derreflexión, el auto distanciamiento, 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 auto distanciamiento, 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.

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.

Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de Dios u otro ser sobrenatural. Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

b. Aplicabilidad de la logoterapia en:

- A. Grupos de: padres que han perdido hijos, que tienen hijos con enfermedades terminales o hijos con enfermedades crónicas.
- B. Enfermos terminales.
- C. Enfermos y familiares de VIH y SIDA.
- D. Infractores menores.

- E. Cárceles y prisiones.
- F. Enfermos de Esclerosis múltiple, cáncer.
- G. Hospitales.
- H. Comunidades religiosas.

2.4.8.3.4 Análisis transaccional

El análisis transaccional es un sistema de psicoterapia individual y social que se engloba dentro de la psicología humanista propuesto por el psiquiatra Eric Berne en los años 1950 en Estados Unidos, quien lo divulgó con su libro *Juegos en que participamos*.

Busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí, mediante transacciones psicológicas, con sus estados del yo Padre, Adulto y Niño, aprendiendo a utilizar el primero para dar cuidados, el segundo para individuarnos y el tercero para buscar y recibir cuidados, tanto en nuestra interacción con los demás, como también en nosotros mismos, creciendo en el logro de una personalidad integradora.

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

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

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

a. Los tres estados del yo

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

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

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

b. Áreas donde se aplica el análisis transaccional

El Análisis Transaccional se usa en el área de psicología clínica, en la educación, empresas u organizaciones. También se puede usar en el campo de la orientación, en el político, religioso y otros. Es fácil integrar otros modelos y técnicas en la terapia de Análisis Transaccional, tales como gestalt, multimodal y neurolingüismo.

Cuando entramos a una organización o a un grupo de trabajo, nuestra interacción va a provenir de nuestra posición o tipo de adaptación que decidimos en nuestra infancia, predominantemente, en el nivel emocional. Ya adultos, tenemos mecanismos adicionales para generar otras conductas, pero la posición que decidimos en la niñez se quedó grabada como el programa que correrá nuestra computadora.

Capítulo 3

Referente metodológico

Introducción

En este capítulo se da a conocer la planificación de práctica dirigida, así como el cronograma de las actividades realizadas en la misma.

3.1 Programa del curso

a. Propósito.

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

c. 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

c. Indicadores de logro

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

d. Formas de evaluación

Actividades	Punteo
Primera fase	
Resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica	5 puntos
Planificación de actividades de práctica	5 puntos
Guía de lectura	5 puntos
Investigación de problemática principal atendida en el Centro de Práctica	5 puntos
Elaboración de Referente metodológico	5 puntos
Elaboración de Marco de Referencia	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicoterapia	5 puntos
Total	35 puntos

Segunda fase	
Evaluación en el centro de práctica	10 puntos
Presentación de 5 historias clínicas completas	5 puntos
Investigación del tema de Psicodiagnóstico	5 puntos
Investigación sobre tema de Psicopatología	5 puntos
Planificación y contenido de capacitaciones	5 puntos
Presentación de Proyecto de salud mental	5 puntos
Total	35 puntos
Tercera fase	
Entrega de evidencias electrónicas del proyecto	5 puntos
Entrega de constancias de proyecto aplicado	5 puntos
Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados	5 puntos
Presentación de primera parte del Informe	5 puntos
Presentación de segunda parte del Informe	5 puntos
Presentación completa del Informe final	15 puntos
Total	30 puntos
Total de las 3 fases	100 puntos

3.2 Cronograma de actividades

Primera fase del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
-----------	-------------	-----------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Información general • Entrega de programa y cronograma • Instrucciones sobre elaboración de informe final • Asignación de Centros de Práctica • Entrega de carta de solicitud para centro de práctica por parte de la Universidad (día sábado 6/02) 	<p>Elaboración de carta de solicitud de realización de la práctica</p> <p>Elaboración de planificación de actividades generales de práctica de campo</p> <p>Diagnóstico de Conocimientos</p> <p>Visita al centro de práctica</p> <p>Acuerdos administrativos. Del 1 al 12 de marzo</p>	<p>Entrega de resumen del libro La Entrevista Psiquiátrica Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de Planificación Día sábado 6/ 02 Valor 5 puntos</p>
<p>La entrevista</p>	<p>Panel foro</p> <p>Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado</p>	<p>Guía de lectura Valor 5 puntos</p>

Continuación... Primera fase Del 21 de enero al 28 de abril

Contenido	Actividades	Evaluaciones/Entrega de trabajos
Referente metodológico Detección y atención de casos en centro de práctica	Elaboración de Referente metodológico En centro de práctica: Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas. Registro de casos, formularios. Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas. Discusión de casos	Entrega y revisión del Marco de referencia. Valor 5 puntos Entrega de Historias Clínicas de casos atendidos (Por lo menos 2 casos).
Marco de referencia	Elaboración de Marco de Referencia	Entrega y revisión Valor 5 puntos
Análisis y discusión de formas De Psicoterapia: -Psicoterapias psicoanalíticas -Psicoterapias Humanistas --Psicoterapias Conductistas	Exposiciones y aplicaciones Prácticas Laboratorios Investigaciones	Investigación sobre tema de Psicoterapia Valor 5 puntos Entrega de Informes Mensuales / cada mes Entrega de constancia de horas de práctica cada mes (firmadas y selladas)

Segunda fase del 6 de mayo al 26 de agosto

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
Supervisión de actividades primer grupo	Visitas de evaluación	Evaluación del encargado en el centro de práctica Valor 10 puntos
Supervisión de actividades segundo grupo Atención de casos individuales y familiares	Elaboración de Historias Clínicas. Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos (ver formato) Discusión de casos/ llevar caso principal al aula	Presentación de 5 historias clínicas completas Valor 5 puntos Participación
Aplicación de técnicas de intervención clínica.	Investigación del tema de Psicodiagnóstico	Entrega de tema Valor 5 puntos
Psicopatologías encontradas, durante la práctica	Exposición, análisis y discusión	Investigación sobre tema de Psicopatología Valor 5 puntos
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 Capacitaciones a 5 grupos de diferentes sectores	Entrega de planificación y contenido de Capacitaciones. Valor 5 puntos Presentación de constancias firmadas y selladas

Continuación... Segunda fase del 6 de mayo al 26 de agosto

<p>Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.</p> <p>Elaboración de Proyecto de Salud Mental</p>	<p>Entrega de carta de agradecimiento para la Institución dada por la Universidad.</p> <p>Clausura en centro de Práctica</p>	<p>Entrega de proyecto</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de carta de evaluación de práctica por encargado del centro</p>
--	--	---

Tercera fase del 2 de septiembre al 18 de noviembre

Contenido	Actividades	Evaluaciones/ Entrega de trabajos
<p>Subprograma de salud mental aplicado a la prevención de problemas sociales en áreas de riesgo.</p>	<p>Aplicación de proyecto de Salud Mental en comunidades rurales</p>	<p>Entrega de informe de resultados y logros obtenidos con el proyecto</p> <p>Entrega de evidencias electrónicas del proyecto</p> <p>Valor 5 puntos</p> <p>Entrega de constancias de proyecto aplicado. (firmadas y selladas)</p>

Continuación... Tercera fase del 2 de septiembre al 18 de noviembre

<p>Análisis de resultados y logros obtenidos durante la Práctica Profesional Dirigida</p>	<p>Elaboración de resultados Elaboración de gráficas y Tablas</p>	<p>Presentación de capítulo IV del informe final: Presentación de resultados Valor 5 puntos</p>
<p>Primera revisión de informe final</p>	<p>Elaboración de Informe Final</p>	<p>Presentación de primera parte del Informe Valor 5 puntos</p>
<p>Segunda revisión de informe final</p>	<p>Correcciones</p>	<p>Presentación de segunda parte del Informe Valor 5 puntos</p>
<p>Tercera y última revisión de informe final</p>	<p>Correcciones</p>	<p>Presentación completa del Informe final Valor 15 puntos</p>
<p>Entrega de informe/ examen final</p>		

3.3 Planificación de actividades

Mes de enero y febrero

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Encontrar la institución adecuado para realizar la práctica profesional dirigida.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de planificación de actividades generales de la práctica de campo ✓ Visitar el centro de práctica. ✓ Hacer acuerdos con autoridades del centro de práctica 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita el centro de práctica - Comunicación verbal y escrita con las autoridades del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos 	- Establece en conjunto con las autoridades educativas una forma de trabajo que permita la convivencia y colaboración con el personal y pacientes de la institución.

Mes: marzo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Establecer en conjunto una forma de trabajo que permita la reflexión, el análisis y la síntesis de la práctica. Conocer el movimiento que se realiza en el departamento de psicología para integrarse adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación de planificación al centro de práctica previamente autorizado ✓ Diagnóstico institucional. ✓ observación de actividades ✓ Integración en actividades del centro de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> -observación -Comunicación oral y escrita. Investigaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos -Hojas de papel -Lapiceros -computadora 	Establece en conjunto una forma de trabajo que permita la reflexión, el análisis y la síntesis. Conoce el movimiento que se realiza en el departamento de psicología para integrarse adecuadamente a él.

Mes: abril

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Analizar detalladamente cual es la problemática principal que se da en el centro de práctica.</p> <p>Desarrollar un ambiente propicio de trabajo a través de diversas actividades.</p>	<p>✓ Investigación de problemática principal atendida en el centro de práctica</p> <p>✓ Actividades de rapport e inicio de detección de casos/ dinámicas, juegos, entrevistas, otros</p> <p>✓ Registro de casos, formularios, otros</p>	<p>- Actividades vivenciales</p> <p>- Dinámicas</p>	<p>-Institucionales</p> <p>-Humanos</p> <p>-Hojas de papel</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-Internet</p>	<p>Analiza detalladamente cual es la problemática principal que se da en el centro de práctica.</p> <p>Desarrolla un ambiente propicio de trabajo a través de diversas actividades.</p>

Mes: mayo

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Desarrollar habilidades y destrezas en la aplicación de cuestionarios y pruebas proyectivas.</p> <p>Aclarar dudas sobre la aplicación e interpretación de pruebas proyectivas y cuestionarios.</p>	<p>✓ Registro de casos, formularios, otros.</p> <p>✓ Aplicación de cuestionarios, pruebas proyectivas, otros.</p>	<p>Actividades vivenciales.</p> <p>-Entrevistas</p>	<p>Institucionales</p> <p>-Humanos</p> <p>-Hojas de papel</p> <p>-Lapiceros</p> <p>-computadora</p> <p>-test cronómetro</p>	<p>Desarrolla habilidades y destrezas en la aplicación de cuestionarios y pruebas proyectivas.</p> <p>Aclara dudas sobre la aplicación e interpretación de pruebas proyectivas y cuestionarios</p>

Mes: junio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Incrementar los Conocimientos sobre la entrevista para la elaboración adecuada de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discusión de casos. ✓ Elaboración de historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Observación - Comunicación verbal y escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos -Hojas de papel -Lapiceros 	Incrementa los conocimientos sobre la entrevista para la elaboración adecuada de la historia clínica.

Mes: julio

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
Integrar todos los datos internos que han sido descubiertos para presentarlos de forma estadística. Definir el tema de investigación de psicodiagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de estadísticas con información de casos atendidos ✓ Investigación del tema de psicodiagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Observación - Comunicación verbal y escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos -Hojas de papel -Lapiceros -Laptop 	<p>Integra todos los datos internos que han sido descubiertos y los presenta de forma estadística.</p> <p>Define el tema de investigación de psicodiagnóstico.</p>

Mes: agosto

Objetivos	Actividades	Metodología	Recursos e instrumentos que se utilizarán	Logros y resultados esperados
<p>Ofrecer capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo.</p> <p>Agradecer al centro de práctica el tiempo y espacio que se le brindó a la alumna practicante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> - exposiciones - Audio visuales - Actividades vivenciales - Dinámicas - 	<ul style="list-style-type: none"> -Institucionales -Humanos - Hojas -Lapiceros 	<p>Ofrece capacitaciones a diversos grupos sobre temas de interés e importancia para cada grupo.</p> <p>Agradece al centro de práctica el tiempo y espacio que se le brindó a la alumna practicante.</p>

Capítulo 4

Presentación de resultados

Introducción

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la práctica profesional dirigida, la cual tiene como objetivo dar a conocer los logros obtenidos, así como las limitaciones y otros aspectos de suma importancia

4.1 Programa de atención de casos

4.1.1 Logros

- Mejoría en los pacientes por medio del tratamiento dado.
- Mejora en el bienestar psicológico de los pacientes.
- Mejora en el bienestar de los familiares de los pacientes, al ver aliviada los problemas del mismo.
- Colaborar con la Liga de Higiene Mental a brindar atención psicológica, ya que la misma no posee psicólogo de planta, por lo que el servicio prestado fue de mucha ayuda.

4.1.2 Limitaciones

- La falta de un psicólogo de planta hizo que las personas no acudieran en gran número a recibir atención psicológica, esto debido a que cuando llegaban a pedir ayuda psicológica, no había nadie que los atendiera.
- Falta de publicidad de la institución.
- El alquiler de la institución a campeonatos deportivos, provocaba mucha distracción a las sesiones con los pacientes.
- Uno de los espacios para la atención psicológica estaba en malas condiciones físicas, por lo que no era adecuada para atender a los pacientes.

4.1.3 Conclusiones

- La práctica profesional dirigida requiere de mucha entrega profesional, debido a que los problemas reales que presentan las personas necesitan ser tratados con mucha responsabilidad y habilidad de parte del psicólogo, ya que sin estos ingredientes no se podría ver una mejora en el paciente.
- El psicólogo cumple una función de orientador en la vida de las personas que necesitan de su ayuda, si esa función se ejecuta correctamente, será la diferencia entre un buen o un mal resultado.

4.1.4 Recomendaciones

- Que los centros de práctica deben poseer ambientes adecuados para atender a los pacientes de una forma adecuada.
- Es importante que además de tener ambientes adecuadas para la atención psicológica, se tenga el equipo tecnológico adecuado para desarrollar un mejor trabajo
- Publicitar de mejor manera las instituciones que brindan atención psicológica, para que las personas se enteren del servicio que se presta.

4.1.5 Muestra de casos atendidos

Historia clínica No. 1

I. Datos generales

Nombre:	A.L.A
Sexo:	Masculino
Edad:	17
Religión:	Evangélico
Escolaridad:	5to. Perito Contador
Ocupación:	Estudiante

Estado civil: Soltero
Dirección Aldea San Jacinto del municipio de Chimaltenango
Evaluador Willi Jonatán Texaj Larios

II. Motivo de consulta

El paciente relata que tiene problemas de masturbación y que tal acción ha estado teniendo efectos negativos en su estado físico, y emocional, esto ha provocado algunos problemas en su estudio , ya que el desgaste que sufre según relata el paciente cuando se masturba, provoca cansancio físico, lo que reduce el deseo de hacer tareas. Al mismo tiempo manifiesta su deseo de querer evitar masturbarse más.

III. Historia del problema actual

El problema según relata el paciente inició hace un año, cuando con unos amigos en una reunión social lo indujeron a masturbarse, al cual accedió, desde ese momento empezó a gustarle y empezó a hacerlo dos veces por semana, pero después de tres cuatro meses de hacerlo dos veces por semana empezó a masturbarse de cuatro a cinco veces por semana lo que ha provocado en el paciente agotamiento físico y mental, y por consecuencia el interés por actividades diarias y escolares. También relata que nunca ha tenido relaciones sexuales con nadie, pero al momento de masturbarse piensa que lo está haciendo con una señorita de su grado., incluso ha estado observando a su hermana mientras se está bañando.

IV. Factores precipitantes

El factor precipitante según relata el paciente es el contacto que tiene todos los días con sus compañeras de estudio, ya que según relata el paciente el hecho de observar a sus compañeras provoca en él el deseo de tener relaciones con ella, lo que predispone al paciente a masturbarse al llegar a su casa. También relata el paciente que aún su hermana le precipita el deseo. Ya que en algunas ocasiones la ropa ajustada que utiliza le provoca el deseo de masturbarse.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El impacto a nivel físico es grande ya que en los días que se masturba su cuerpo no responde a las actividades de trabajo y estudio que tiene el paciente, además de esto el efecto emocional es grande. ya que según el paciente lo que él está haciendo es pecado, esto debido a que según su religión esto no es permitido, lo que provoca en él una frustración por no poder dejar de masturbarse.

El impacto de este problema con la mamá y su hermana ha llegado al punto que según cuenta el paciente ha entrado directamente al cuarto de su mamá y de su hermana cuando estas están durmiendo, esto con el propósito de tocarlas y ver sus partes íntimas, pero al intentarlo hacer las dos se han despertado y se han asustado por tales acciones, provocando ansiedad y miedo de parte de las dos.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

El paciente es el segundo de cuatro hijos, tiene una hermana de 19 años, un hermano de 14 y uno de 12 años, viven en la aldea San Jacinto del municipio de Chimaltenango, nunca ha tenido ningún tipo de problemas psicológicos, tampoco ha tenido ningún tipo de problemas con su mamá y sus hermanos

VII. Historia médica

No tienen ningún antecedente médico

VIII. Historia familiar

Actualmente no vive con su padre, ya que este sufrió un accidente el cual le provocó una parálisis en la columna lo que le imposibilitó caminar más, por lo que quedo en silla de ruedas, esto provocó que su padre cambiara totalmente su actitud hacia sus hijos y su esposa, hasta el punto de ya no soportar su mal humor y decidieron separarse, actualmente su padre vive en la ciudad de Guatemala con sus abuelos.

IX. Examen mental

El paciente presenta buena constitución atlética, aunque en su rostro se refleja el cansancio o agotamiento físico, es moreno, vestido acorde a su edad, tiene un lenguaje coherente y fluído, apegado a la realidad, se encuentra situado en tiempo y espacio, su actitud es cooperativa y muy concentrado en lo que hace y dice, aunque un poco decaído, en forma general su aspecto, actitud, lenguaje y conciencia están acorde a su edad.

X. Criterios diagnósticos

- Fantasías sexuales recurrentes
- Impulsos sexuales al observar ocultamente a personas desnudas

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Voyeurismo

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG= 76

XII. Pronóstico

El paciente presenta altas posibilidades de superar el problema que le aqueja

XIII. Plan terapéutico

Sesión 1. Rapport, entrevista y observación de conductas, insight

Sesión 2: Psicoterapia individual y familiar

Sesión 3. Logoterapia

Sesión 4. Autoestima y cuidado personal

Sesión 5 Terapia de perdón

Caso No. 2

I. Datos generales

Nombre:	J.E.L.
Sexo:	Masculino
Edad:	25
Religión:	Ninguna
Escolaridad:	3ro básico
Ocupación:	Mecánico
Estado civil:	Casado
Dirección	Aldea Bola de Oro del municipio de Chimaltenango
Evaluador	Willi Jonatán Texaj Larios

II. Motivo de consulta

El paciente relata que ha estado teniendo muchos problemas para dormir, esto debido a que hace algún tiempo tuvo una experiencia muy desagradable, esto no ha dejado que duerma bien, también refiere que ha estado experimentando sentimientos de miedo y angustia a morir al salir a la calle.

III. Historia del problema actual

El problema que relata el paciente que a los 20 años empezó a beber desmedidamente alcohol el cual provocó en el problemas de salud, por lo que a los 23 años decidió abandonarlo, pero la abstinencia de alcohol provocó en el mucha ansiedad de volver a tomar, por lo que dicha ansiedad provocaba en él no poder dormir, así que decidió ir con un médico, quien le recetó un medicamento para poder dormir, pero en una noche al no poder dormir a pesar de haber tomado la pastilla, él toma la decisión de tomar pastillas para dormir pero en dosis muy altas, dichas pastillas provocó en el alucinaciones que lo asustaron, desde ese día no ha podido dormir bien,

además relata el paciente que esa misma ansiedad provoca en él deseos de ya no vivir, y un miedo exagerado al morir al salir a la calle.

IV. Factores precipitantes

El factor precipitante según relata el paciente fue que su papá fue alcohólico, y que cuando llegaba ebrio a su casa sufría de maltrato físico de parte de su papá, esto provocó en el mucha tristeza y rencor hacia su padre, tomando como venganza según él volverse adicto al alcohol, también contribuyó el hecho que cuando se casó no tenía los recursos para comprarse una casa, provocando en el mucha depresión.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El impacto a nivel físico ha dejado huellas en el paciente, debido a que su sistema nervioso ha estado muy alterado, provocando en el paciente mucha crisis nerviosa, lo cual ha imposibilitado a que se desarrolle normalmente en su trabajo. El impacto a nivel familiar ha sido grande, ya que tanto su esposa y su hija de 7 años sufren grandemente al ver el estado en el que se encuentra el paciente, ya que en algunas ocasiones han sido objeto de maltrato físico de parte del paciente.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

El paciente es el primero de tres hijos, su parto fue normal y sin complicaciones, vive actualmente en la aldea Bola de Oro del municipio de Chimaltenango, cuando tenía 15 años fue ingresado al presidio de Chimaltenango, debido a que fue víctima de un asalto por una persona que él conocía, pero que después de algún tiempo tomo venganza de lo sucedido, insertándole un cuchillo en el estómago a la persona que lo había asaltado anteriormente, lo cual provocó que fuera llevado preso.

VII. Historia médica

El paciente relata que cuando tenía 16 años fue internado en el hospital por intoxicación de drogas.

VIII. Historia familiar

La familia del paciente nunca fue integrada, esto debido a que su padre siempre fue alcohólico, lo que provocaba maltrato por parte del padre, tanto a él como a su mamá, esta situación fue casi constante durante toda su niñez , hasta que fallece su padre, teniendo el paciente 14 años.

IX. Examen mental

El paciente presenta un estado físico deteriorado, con mucha fatiga y cansancio, su vestuario es acorde, no presenta ningún tipo de cicatriz es moreno y de estatura baja, tiene un lenguaje coherente y fluido pero en algunos momentos desconcentrado, debido a la ansiedad que presenta, se encuentra situado en tiempo y espacio, presenta una actitud negativa debido a la crisis nerviosa provocada por la ansiedad. Su rostro refleja angustia y miedo, su proceso de pensamiento está bloqueado debido a la crisis de nervios y ansiedad que presenta.

X. Criterios diagnósticos

- Insomnio
- Ansiedad
- Temblores
- Sudación
- náuseas

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Abstinencia de alcohol

Eje II ninguno

Eje III intoxicación por drogas

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG= 50

XII. Pronóstico

El paciente presenta pocas posibilidades de superar el problema

XIII. Plan terapéutico

Sesión 1. Rapport, entrevista, técnicas de relajación, insight

Sesión 2: Musicoterapia

Sesión 3. Psicoterapia de pareja y logoterapia

Sesión 4. Autoestima

Sesión 5 técnicas de relajación

Caso No. 3

I. Datos generales

Nombre:	A.L. Z.
Sexo:	Femenino
Edad:	15
Religión:	Católica
Escolaridad	3ro. Básico
Ocupación	estudiante
Estado civil	Soltera
Dirección	Tierra Fría la Alameda Chimaltenango
Evaluador	Willi Jonatán Texaj Larios

II. Motivo de consulta

El paciente manifiesta ser víctima de maltrato físico y psicológico de parte de su madre, lo cual ha provocado en ella depresión y baja autoestima, el cual ha repercutido en su rendimiento escolar.

III. Historia del problema actual

Desde hace dos años desde que su mamá se separó con su segundo esposo. La paciente ha estado siendo víctima de abusos físicos y psicológicos, según manifiesta, su mamá le pega por cualquier cosa que ella haga, aunque haga algo bueno de todos modos es agredida físicamente, agregado a eso la madre le dice que no es buena para nada, que porque no es como su hermano mayor que todo lo hace bien.

Esto ha repercutido grandemente en lo emocional y en un desánimo a seguir estudiando, y alejarse de sus amigos y de todo el mundo.

IV. Factores precipitantes

Según manifiesta el paciente cuando su mamá está peleando con su nuevo pretendiente, es cuando más es agredida, y es precisamente en esos días donde se siente más sola y sin ningún valor para nadie.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

El impacto a nivel psicológico ha tenido gran impacto en el paciente, ya que según manifiesta desde que empezó el maltrato sus calificaciones en la escuela han estado bajando, hasta el punto de casi perder el grado el año pasado, y al parecer lo mismo le puede suceder este año, así mismo ya no frecuenta a sus amigos ni los llama, por la profunda tristeza que siente. Así mismo se ha agudizado el trato con sus hermanos, ya que solo a la paciente la ponen a hacer los quehaceres de la casa.

Historia clínica y antecedentes personales

La paciente es la segunda de cuatro hermanos, su parto fue normal, y sin ninguna complicación, su dos hermanos pequeños de 12 y 10 años sufren de síndrome de Dawn, actualmente viven en Tierra Fría, la alameda Chimaltenango, la paciente nunca ha presentado problemas psicológicos.

VI. Historia médica

Sin ningún antecedente médico

VII. Historia familiar

La paciente nunca tuvo una familia integrada, debido a que su madre nunca tuvo una relación estable con los dos maridos que ha tenido, en los dos casos citados siempre la mamá recibió maltrato de parte de sus dos ex esposos, y por consecuencia también sus hijos sufrían de violencia

VIII. Examen mental

La paciente es muy delgada, con signos de cansancio y debilitamiento, presenta algunos moretones en los brazos. Su vestimenta es adecuada, tiene una mirada de desasosiego, y muy distraída, su pensamiento es lógico y coherente, su lenguaje es fluido y entendible, presenta sentimientos de tristeza y soledad, está bien ubicado en tiempo y espacio, tiene capacidad de entender y aceptar lo que se le sugiere, tiene buen juicio.

IX. Criterios diagnósticos

- Insomnio
- Ansiedad
- Temblores
- Náuseas

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I trastorno leve

Eje II ninguno

Eje III ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V EEAG= 80

XII. Pronóstico

El paciente presenta altas posibilidades de superar el problema

XIII. Plan terapéutico

Sesión 1: Rapport, entrevista, empatía y apoyo individual

Sesión 2: autoestima y superación personal

Sesión 3: Psicoterapia familiar

Sesión 4: Logoterapia

Caso No. 4

I. Datos generales

Nombre:	O.N.A.R.
Sexo:	Femenino
Edad:	8
Religión:	Católica
Escolaridad	Primero primaria
Ocupación:	Estudiante
Estado civil	Soltera
Dirección	Sector 4 la Alameda Chimaltenango
Evaluador	Willi Jonatán Texaj Larios

II. Motivo de consulta

La madre de la niña manifiesta que ha repetido dos años el mismo grado, le es difícil retener lo que la maestra le enseña, además le cuesta hacer su tarea.

III. Historia del problema actual

La madre manifiesta que su hija siempre ha tenido esos problemas desde que ingresó a párvulos, donde se le dificultó aprender a leer y a escribir, pero se hicieron más fuertes en estos dos años. Donde no ha podido ganar primero primaria, pero nunca buscó ayuda profesional.

IV. Factores precipitantes

Según la madre de la niña, estos problemas son hereditarios, ya que su papá, también tuvo problemas de aprendizaje cuando estuvo en la escuela.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Este problema ha generado algunos inconvenientes con su maestra, ya que la niña dice que su maestra no le tiene paciencia.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

La paciente vive actualmente con su madre de 38 quien es ama de casa, su papá es albañil, con quien tiene una relación distante. El padre es alcohólico, este toma demasiado por lo que muchas veces no se percata de lo que le sucede a su hija. Tiene 5 hermanos quienes la apoyan en sus estudios. Pero a pesar del apoyo de sus hermanos no ha visto mejoría.

VII Historia médica

Sin ningún antecedente médico.

VIII. Historia familiar

El padre tuvo dificultades de aprendizaje, cuando estudiaba, eso provocó que abandonara sus estudios y solo sacó cuarto primaria, no así su madre que logró graduarse de secretaria comercial.

IX. Examen mental

La paciente presenta un aspecto agradable, su peso y altura es acorde a su edad, no presenta alguna cicatriz, es un poco tímida, tiene algunas dificultades al hablar, su actitud hacia el terapeuta es positiva y sobre todo colaboradora.

X. Criterios diagnósticos

- Dificultad al hablar
- Problemas al leer y escribir
- Ausencia de retención memorística

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastorno de aprendizaje no diferenciado

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos a la enseñanza

Eje V EEAG= 85

XII. Pronóstico

El paciente presenta pocas posibilidades de superar el problema

XIII. Plan terapéutico

- Terapia de apoyo
- Terapia del habla
- Ludo terapia
- Ejercicios para mejorar el autoestima

Caso No. 5

I. Datos generales

Nombre	J.D.A.
Sexo	Masculino
Edad	22
Religión	católica
Escolaridad	Maestro de Educación primaria
Ocupación	Maestro
Estado civil	Soltero
Dirección	Aldea Buena Vista Chimaltenango.
Evaluador	Willi Jonatán Texaj Larios

II. Motivo de consulta

El paciente solicita ayuda porque tiene un concepto no adecuado de su persona

III. Historia del problema actual

El paciente desde niño creció en un ambiente de mucha pobreza, pues a veces iba a la escuela con zapatos rotos, esto provocaba que sus compañeros se burlaran de él, actualmente lleva dos semanas con estos pensamientos, haciendo que se sienta muy triste, y que él como persona no se valore y tenga pensamientos negativos de sí mismo como el no ser capaz de lograr lo que se proponga.

IV. Factores precipitantes

Según manifiesta el paciente, estos recuerdos se hicieron conscientes cuando uno de sus alumnos llegó con los zapatos rotos, y le pidió permiso para ir con el zapatero para que le arreglaran sus zapatos.

V. Impacto del trastorno en el sujeto y la familia

Estos recuerdos han provocado tristeza en el paciente, creando una imagen inadecuada de sí misma.

VI. Historia clínica y antecedentes personales

Su nacimiento fue normal, durante la primaria tuvo dificultades para ganar el año, debido a que no tenía libros de texto para estudiar ni material para hacer sus tareas, no así en el nivel básico, donde mejoró notablemente su rendimiento, actualmente vive en un hogar integrado con su madre de 45 años y su padre de 50 años, tiene dos hermanos mayores, con quien tiene una mala relación.

VII. Historia médica

Sin ningún antecedente médico.

VIII. Historia familiar

Su familia era de escasos recursos cuando él estaba en la primaria, el padre solo ganaba para la comida y otras necesidades primarias, la situación mejoró cuando con muchas dificultades sus dos hermanos empezaron a trabajar mientras estudiaban, esto fue un respiro para la familia ya que con ese ingreso lograban comprar lo que requerían en la escuela.

IX. Examen mental

El paciente tiene una apariencia limpia y agradable, no presenta alguna cicatriz, es un poco tímido, es colaborador y dispuesto a sobresalir del problema, tiene un lenguaje muy monótono, pero coherente aunque en relación su contenido es obsesivo, se encuentra situado en tiempo y espacio, su estado de ánimo es triste, es afectuoso y confiable. , tiene control de sus impulsos.

X. Criterios diagnósticos

- Tristeza
- Baja autoestima
- ansiedad

XI. Diagnóstico multiaxial

Eje I Depresión leve

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al nivel primario de apoyo

Eje V EEAG= 70

XI. Pronóstico

El paciente presenta altas posibilidades de superar el problema.

XII. Plan terapéutico

- Terapia de apoyo
- Ejercicios de autoestima
- Logoterapia
- Terapia cognitivo-conductual
- Terapia familiar

4.2 Programa de capacitación

4.2.1 Logros

- Mejora en la autoestima de los estudiantes

- Prevención educativa en relación a la sexualidad
- Fortalecimiento de los valores en la escuela y en el hogar
- Mejora en el manejo de las emociones de los estudiantes
- Fortalecimiento en la salud mental de los estudiantes

4.2.2 Limitaciones

- Tiempo muy limitado, debido al horario que tenían que cubrir los docentes
- El espacio quedaba pequeño en relación al número de estudiantes que era mucho
- Poco apoyo de la institución hacia el capacitador
- El ensayo de bandas en el colegio provocaba distracción en los estudiantes.

4.2.3 Conclusiones

- Las capacitaciones sobre diversos temas dirigidas a adolescentes, tienen un gran impacto en la vida de los mismos.
- Es necesario promover programas de capacitaciones constantes en centros educativos, ya que esta son necesarios para un mejor bienestar del estudiante y por consecuencia la institución educativa.
- El papel del psicólogo en programas de capacitación es indispensable, ya que este juega una función de orientador, que ayuda a los jóvenes a tener una guía adecuada para solventar los problemas que enfrentan a diario.
- La falta de cuidado de muchos padres con sus hijos, genera en los adolescentes frustración, por lo que las capacitaciones son parte esencial en la vida de ellos.

4.2.4 Recomendaciones

- Las instituciones deberían tener como parte de su planificación anual, programas de capacitación dirigidas a adolescentes, que ayuden a mejorar la salud mental del estudiante
- Capacitar a personas para que sean aptos para ejecutar programas de capacitación, ante la escases de auténticos orientadores

- Crear espacios a los adolescentes para que expresan sus emociones, ya que por el horario que deben cumplir en sus cursos, no se da el espacio para hablar de temas que aquejan a los estudiantes.

4.2.5 Presentación de contenido de las charlas y talleres dados

Charla 1

Inteligencia emocional

Dirigida a adolescentes del tercer año del ciclo básico del Colegio Cetach Chimaltenango.

Fecha: 21 de agosto de 2012

1. Objetivos

- Identificar y reconocer sus propias emociones
- Tolerar las emociones de los demás
- Manejar sus propias emociones
- Aprender a tener dominio propio

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Explicación del tema por medio de socio dramas

3. Recursos

- Carteles
- Figuras
- Hojas papel bond
- Copias
- Lapiceros

➤ Salón de clases

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido del tema

Inteligencia emocional

La inteligencia emocional determina cómo nos manejamos con nosotros mismos y con los demás.

Daniel Goleman, analizó y agrupó los rasgos de las empresas con más éxito mundial en tres categorías: aptitudes técnicas, capacidades cognoscitivas y elementos asociados con la inteligencia emocional. En los resultados del análisis, el coeficiente intelectual resultó ser mucho más importante y determinante que los otros dos en los cargos directivos de las empresas analizadas, hasta el punto de que cerca del 90% de la diferencia observada en el desempeño de los gerentes de las empresas estudiadas era atribuible a factores asociados con la inteligencia emocional.

La expresión “Inteligencia Emocional” fue acuñada por Peter Salovey, de la Universidad de Yale, y John Mayer, de la Universidad de New Hampshire, en 1990. Salovey y Mayer lo describían como "una forma de inteligencia social que implica la habilidad para dirigir los propios sentimientos y emociones y los de los demás, saber discriminar entre ellos, y usar esta información para guiar el pensamiento y la propia acción". Sin embargo, ha sido a raíz de la publicación en 1995 del libro de Daniel Goleman, "La inteligencia emocional", cuando ha recibido mucha más atención en los medios de comunicación y en el mundo empresarial.

La inteligencia emocional es un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones, estados mentales, entre otros, y que

puede definirse, según el propio Goleman, como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones.

Este término incluye dos tipos de inteligencias:

La Inteligencia Personal está compuesta a su vez por una serie de competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos. Esta inteligencia comprende tres componentes cuando se aplica en el trabajo:

- Conciencia en uno mismo: es la capacidad de reconocer y entender en uno mismo las propias fortalezas, debilidades, estados de ánimo, emociones e impulsos, así como el efecto que éstos tienen sobre los demás y sobre el trabajo. Esta competencia se manifiesta en personas con habilidades para juzgarse a sí mismas de forma realista, que son conscientes de sus propias limitaciones y admiten con sinceridad sus errores, que son sensibles al aprendizaje y que poseen un alto grado de autoconfianza.
- Autorregulación o control de sí mismo: es la habilidad de controlar nuestras propias emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo, de responsabilizarse de los propios actos, de pensar antes de actuar y de evitar los juicios prematuros. Las personas que poseen esta competencia son sinceras e íntegras, controlan el estrés y la ansiedad ante situaciones comprometidas y son flexibles ante los cambios o las nuevas ideas.

Charla 2

Autoestima

Dirigida a adolescentes de bachillerato del colegio Cetach Chimaltenango

Fecha: 30 de agosto de 2012

1. Objetivos

- Mejorar la autoestima del adolescente
- Mejorar su bienestar psicológico
- Preparar al estudiante a tolerar los fracasos
- Mejorar sus relaciones interpersonales

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Videos motivacionales

3. Recursos

- Laptop
- Cañonera
- Hojas papel bond
- Copias
- Lapiceros
- Salón de clase
- Espejo

4. Cronograma de actividades (ver anexo)

5. Contenido del tema

Autoestima

No existe un concepto único sobre Autoestima, más bien hay diferentes formas de entender lo que significa. Como todo, el significado de Autoestima puede entenderse a partir de varios niveles, el energético y el psicológico.

Desde el punto de vista energético, se entiende que: Autoestima es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo;

que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean estos cognitivos, emocionales o motores.

Es una manera de vivir orientada hacia el bienestar, el equilibrio, la salud y el respeto a particularidades para efectos de facilitar la comprensión de todo lo expresado anteriormente.

La autoestima es siempre cuestión de grados y puede ser aumentada, ya que si lo vemos con cuidado, concluiremos que siempre es posible amar más, respetar más o estar más conscientes de nosotros y de la relación que tenemos con todo lo que nos rodea, sin llegar a caer en el narcisismo o egoísmo, que es cuando sólo podemos amarnos a nosotros mismos. Por eso utilizaremos expresiones como aumentar, elevar o desarrollar la Autoestima, para aludir al hecho de que alguien pueda mejorar en los aspectos citados.

De manera que sí es posible una potenciación de este recurso de conocimiento, aceptación y valoración de uno mismo.

Cuando nos referimos a personas o situaciones de poco amor o respeto hacia nosotros mismos, utilizaremos los términos "desvalorización" o "desestima", como palabras que se refieren a una manera inconsciente de vivir que niega, ignora o desconoce nuestros dones, recursos, potencialidades y alternativas.

También es conveniente aclarar, que podemos tener comportamientos de baja Autoestima, en algún momento, aunque nuestra tendencia sea vivir conscientes, siendo quienes somos, amándonos y respetándonos. Puede también suceder lo contrario: vivir una vida sin rumbo, tendente al Auto sabotaje y a la inconsciencia, pero podemos experimentar momentos de encuentro con nuestra verdadera esencia. Fragmentos de tiempo de inconsciencia y desconfianza en uno, no son igual que una vida inconsciente regida por el miedo como emoción fundamental.

¿Cómo se forma la autoestima?. Desde el momento mismo en que somos concebidos, cuando el vínculo entre nuestros padres se consuma y las células sexuales masculina y femenina se funden

para originarnos, ya comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera energética y luego psicológica.

Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso, sin tener la suficiente consciencia como para comprender o rechazar lo que recibe.

Charla 3

Sexualidad

Dirigida a adolescentes de bachillerato del colegio Cetach Chimaltenango.

Fecha: 5 de septiembre de 2012

1. Objetivos

- Conocer mejor la función de cada género.
- Aclarar tabús acerca de la sexualidad
- Mejorar el bienestar físico del estudiante mediante el cuidado del cuerpo
- Mejorar su salud mental

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Mesa redonda

3. Recursos

- plasticina

- Laptop
- Cañonera
- Hojas papel bond
- Copias
- Lapiceros
- Salón de clase

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido del tema

Sexualidad

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. Al igual que los otros primates, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro.

El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En la especie humana, la mujer lleva culturalmente el peso de la preservación de la especie.

En la sexualidad humana pueden distinguirse aspectos relacionados con la salud, el placer, legales, religiosos, y otros. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual,

dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social.

En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación.

Hoy sin embargo, se sabe que también algunos mamíferos muy desarrollados como los delfines, e incluso aves como los pingüinos, presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye además de formas de aparente homosexualidad, variantes de la masturbación y de la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida. El psicoanálisis rechaza la noción de instinto para el ser humano y considera la sexualidad en un sentido más amplio que el genital ya que el deseo sexual humano no se superpone con el instinto de reproducción.

Charla 4

Valores

Dirigida a adolescentes del cuarto grado de la carrera de mecánica del colegio Cetach, Chimaltenango

Fecha: 11 de septiembre de 2012

1. Objetivos

- Fomentar la importancia de tener valores en el diario vivir

- Hacer conciencia de las consecuencias de la falta de valores en la vida
- Mejorar la convivencia entre los estudiantes, así como en sus familias
- Crear un ambiente de confianza y cordialidad en sus relaciones personales

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Cuadros sinópticos,
- Elaboración de frutos

3. Recursos

- globos
- hilo
- papel construcción
- Hojas papel bond
- Lapiceros
- Marcadores

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido del tema

Valores

Los valores son principios que permiten orientar el comportamiento en función de realizarnos como personas. Son creencias fundamentales que ayudan a preferir, apreciar y elegir unas cosas en lugar de otras, o un comportamiento en lugar de otro. También son fuente de satisfacción y plenitud.

Proporcionan una pauta para formular metas y propósitos, personales o colectivos. Reflejan intereses, sentimientos y convicciones más importantes. Los valores se refieren a necesidades

humanas y representan ideales, sueños y aspiraciones, con una importancia independiente de las circunstancias. Por ejemplo, aunque alguien sea injusto, la justicia sigue teniendo valor. Lo mismo ocurre con el bienestar o la felicidad.

Los valores valen por sí mismos. Son importantes por lo que son, lo que significan, y lo que representan, y no por lo que se opine de ellos. Valores, actitudes y conductas están estrechamente relacionados. Cuando hablamos de actitud nos referimos a la disposición de actuar en cualquier momento, de acuerdo con nuestras creencias, sentimientos y valores.

Pero los valores también son la base para vivir en comunidad y relacionarnos con las demás personas. Permiten regular nuestra conducta para el bienestar colectivo y una convivencia armoniosa. Quizás por esta razón se tiene la tendencia a relacionarlos según reglas y normas de comportamiento, pero en realidad son decisiones. Es decir, decidimos actuar de una manera y no de otra con base en lo que es importante para nosotros como valor. Decidimos creer en eso y estimarlo de manera especial.

Cuando se llega a una organización, o centro educativo con valores ya definidos, de manera implícita se asume aceptarlos y ponerlos en práctica. Es lo que los demás miembros de la organización esperan del individuo, en una organización de cualquier índole, los valores son el marco del comportamiento que deben tener sus integrantes, y dependen de la naturaleza de la organización (su razón de ser); del propósito para el cual fue creada (sus objetivos); y de su proyección en el futuro (su visión). Para ello, deberían inspirar las actitudes y acciones necesarias para lograr sus objetivos.

Charla 5

Salud mental

Dirigida a adolescentes del cuarto grado de la carrera de mecánica del colegio Cetach, Chimaltenango

Fecha: 19 de septiembre de 2012

1. Objetivos

- Mejorar el bienestar psicológico del paciente
- Mejorar las relaciones interpersonales
- Mejorar la convivencia entre los estudiantes, así como en sus familias
- Crear un ambiente de confianza y cordialidad en sus relaciones personales

2. Metodología o técnicas utilizadas

- Dinámica rompe hielo
- Introducción del tema por medio de exposición
- Psicodramas
- Preguntas

3. Recursos

- carteles
- Hojas papel bond
- Lapiceros
- marcadores
- Salón de clase

4. Cronograma de actividades (ver anexos)

5. Contenido del tema

Salud mental

"Estado mental" es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual

y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "*salud o estado físico*", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas.

Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "*oficial*" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga *salud mental* y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente.

Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

La salud mental es como pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos

decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

Fortaleciendo la salud mental del psicólogo

Introducción

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

Debido a ello se ha elaborado un proyecto que potencie, eduque y promueva la salud mental del psicólogo que está por concluir profesionalmente la carrera de psicología, ya que dentro de las competencias que debe tener un psicólogo está el saber controlar, mejorar y tomar decisiones en cuanto a las actividades del auto cuidado propio, para que pueda brindar un servicio de calidad a las personas que atiende.

Es por ello que en este proyecto se impartirán temas relacionados a la salud mental del psicólogo como también actividades de convivencia, relajación, reflexión, entre otros.

I. Datos generales

El proyecto se llevará a cabo en el Hotel, Restaurante de Don Carlos Beach, ubicado en la Curvina (Monterrico) de Guazacapán del municipio de Taxisco, en el departamento de Escuintla. Dicho proyecto se realizará los días sábado 6 y domingo 7 de octubre del año 2012. Su propósito principal es perpetuar los avances obtenidos hasta el momento en la salud mental de los psicólogos.

II. Descripción del proyecto

El proyecto "Fortaleciendo la salud mental del psicólogo" se realiza con el fin de que los alumnos graduandos puedan tener una salud mental adecuada al momento de egresar de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social.

Dicho proyecto consta de una serie de actividades, incluyendo talleres, dinámicas, juegos recreativos, momentos de reflexión, entre otros; en donde los estudiantes podrán compartir con los demás integrantes del grupo y realizar diversas acciones que ayudaran a fortalecer su salud mental.

III. Justificación

Con el propósito de que los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología social y consejería familiar de la Universidad Panamericana, fortalezcan la salud mental adquirida durante su preparación académica a lo largo de estos cinco años; se realiza un proyecto de cuidado personal, emocional y psicológico.

El proyecto es de suma importancia que la salud mental del psicólogo en formación esté a un nivel equilibrado, debido a las situaciones a las que ha sido sometido (estudio intenso de los

cursos, trabajo personal, práctica en atención de casos, estrés por ser el último año de la carrera, entre otros), para concluir con éxito su último año de carrera profesional.

Cada estudiante tendrá la oportunidad de auto conocerse, de poner en práctica algunas técnicas de relajación, de fortalecer relaciones interpersonales, intercambiar ideas, reflexionar acerca del estilo de vida que lleva y compartir momentos de distracción que lo alejen de la vida cotidiana.

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

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

IV.2 Objetivos específicos

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

V. Cronograma de actividades (ver anexo)

Metodología

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

Dicho proyecto busca enfrentar a los futuros profesionales a situaciones reales en donde se ponen en práctica todas las herramientas disponibles, y así provocar una mejora en la comunidad o grupo en el cual se ejecuta dicho proyecto.

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

VI. Recursos

* Humanos:

El proyecto se llevara a cabo con la autorización de las autoridades educativas, así mismo con los alumnos estudiantes de quinto grado de la carrera de psicología y consejería social. El proyecto es asesorado por la Licda. Sonia Pappa, encargada de la práctica.

* Didácticos:

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

* Financieros:

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

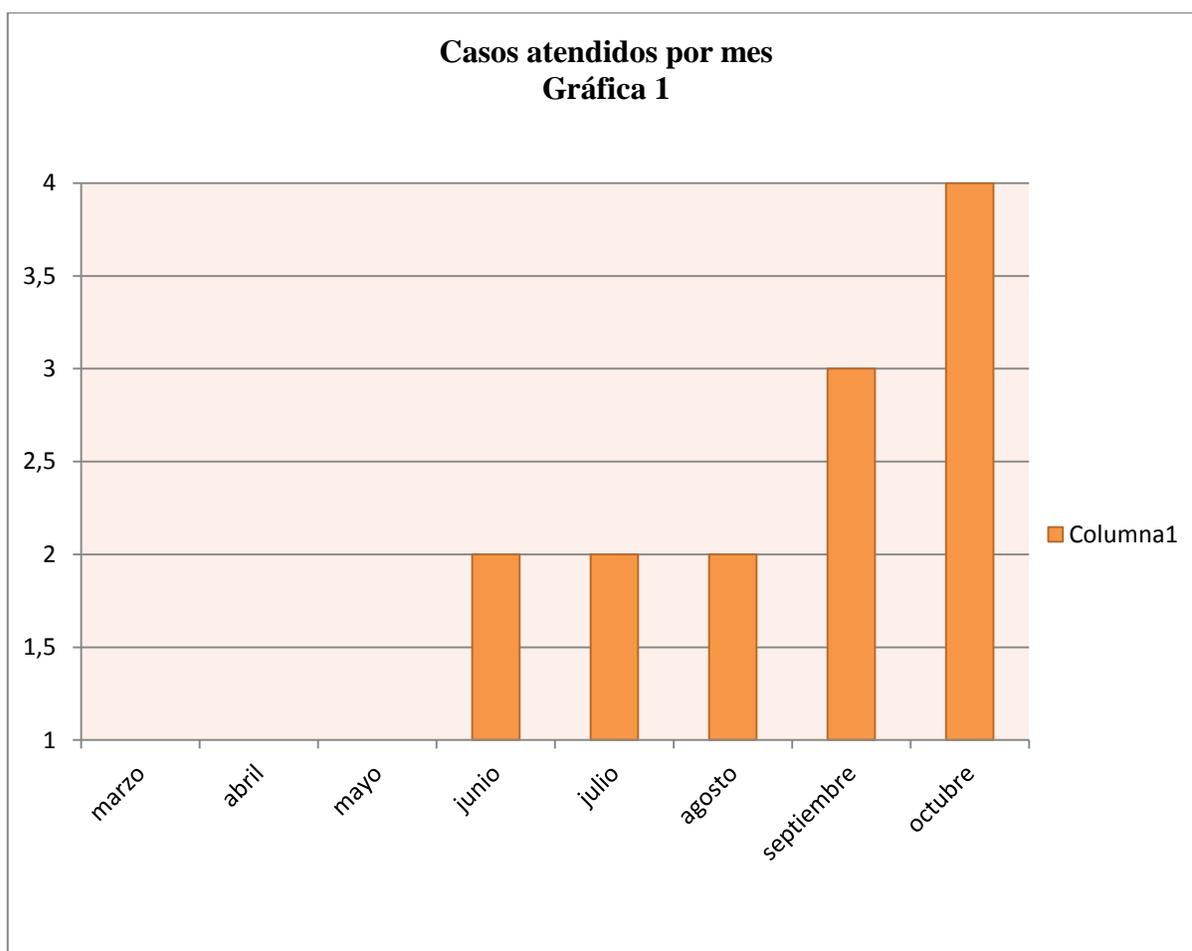
* Transporte:

Para este proyecto se contrato un vehículo expreso

4.4. Presentación de resultados con gráficas

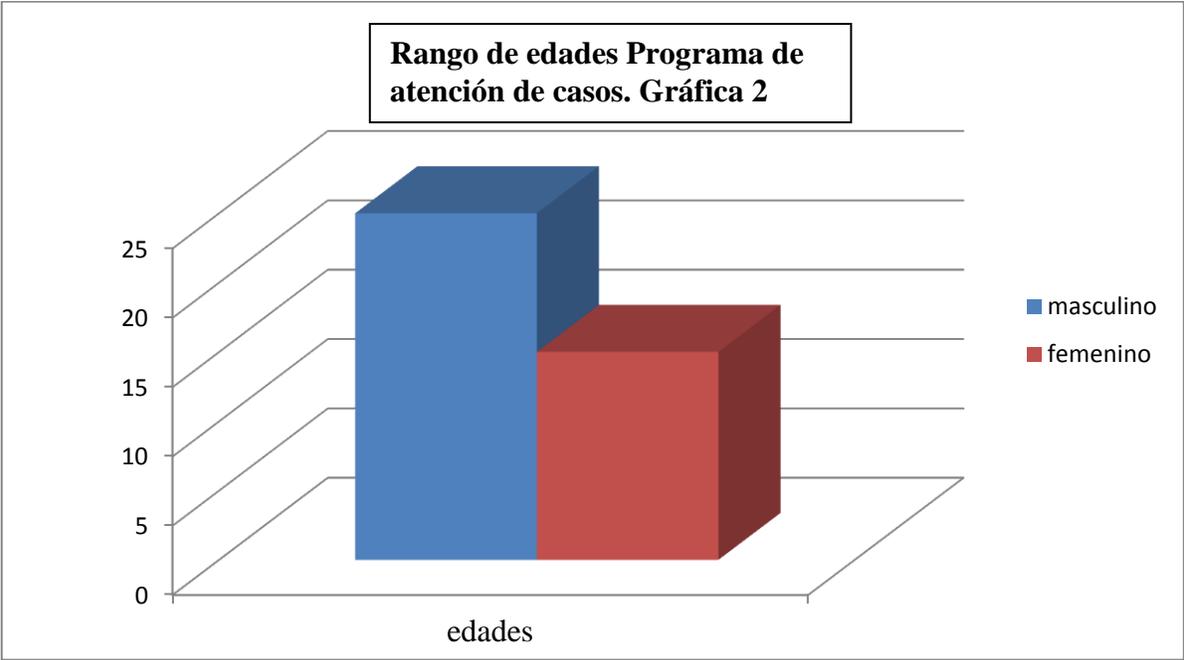
4.4.1 Programa de atención de casos

Gráfica 1



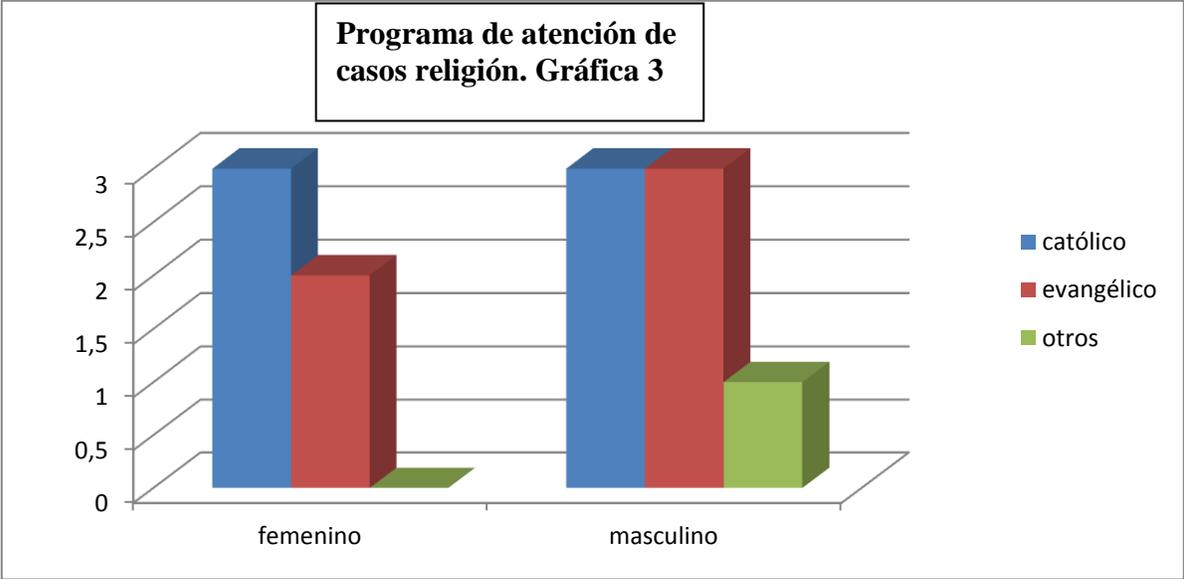
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2



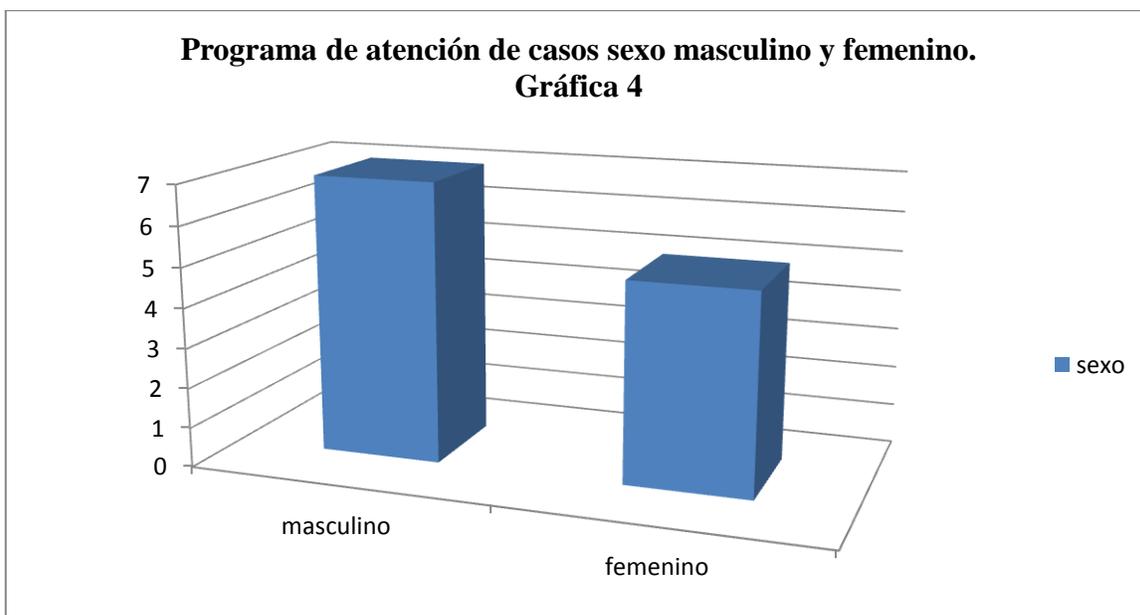
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3



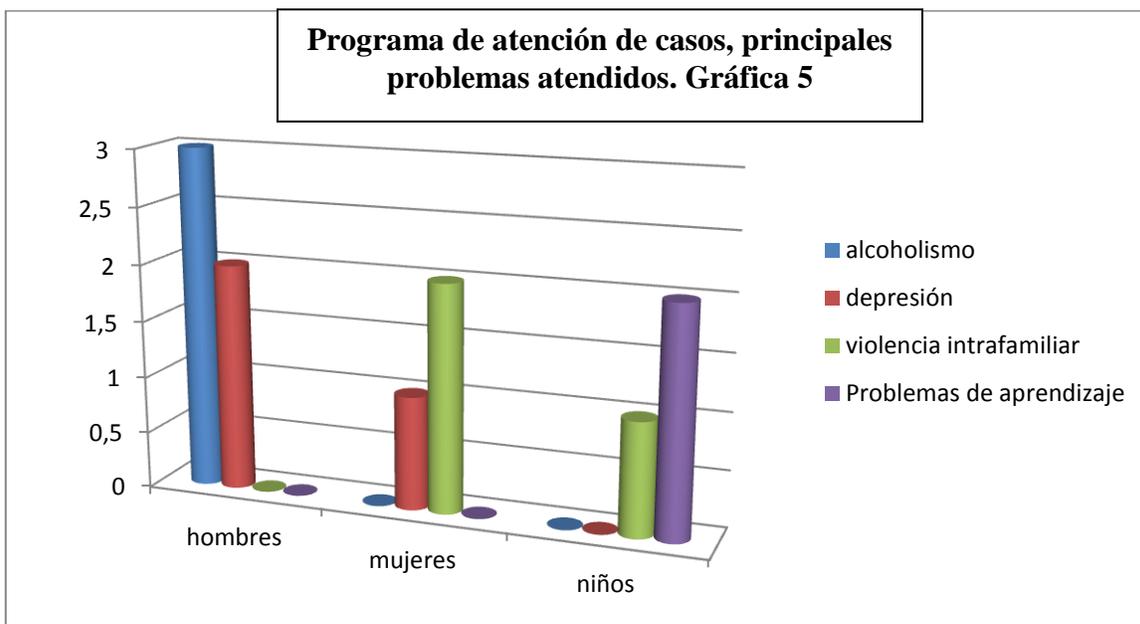
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5



Fuente:Elaboración propia

4.4.2 Interpretación de gráficas

1. En la gráfica 1 se observa que el número de casos atendidos en los primeros meses es escasa, esto debido a que las personas no estaban enteradas del servicio que se había empezado a brindar, conforme se fueron enterando, el número de pacientes aumentó.
2. En la gráfica 2 se observa que el rango de edades en los hombres fue de 8 hasta los 25 años, mientras que en las mujeres fue de 7 hasta los 15 años de edad, por lo que el rango de edades de los pacientes fue bastante joven.
3. En la gráfica 3 se observa que las religiones predominantes tanto en mujeres como hombres es la católica y la evangélica, también se atendieron a pacientes de otras religiones.
4. En la gráfica 4 se observa que se atendieron a más hombres que a mujeres, esto debido a que se remitían más a los hombres que a las mujeres.
5. En la gráfica 5 se observa que los problemas atendidos en su mayoría fue en su orden: alcoholismo, depresión, violencia intrafamiliar y problemas de aprendizaje.

Conclusiones

1. La práctica profesional dirigida sirve como fuente de conocimientos en donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos con anterioridad, y es útil para el desarrollo como profesionales , capacitados para brindar un buen servicio a la comunidad para mejorar la calidad de la vida de las personas con algún problema.
2. La práctica profesional dirigida es una oportunidad para adquirir experiencia, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en cuanto al área psicológica.
3. Por medio de la práctica profesional dirigida se adquieren habilidades en el diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos.
4. El profesional en psicología, es un ente de cambio en la solución de problemas que afectan a las personas y la sociedad.

Referencias

Bibliográficas

- Aguilar, Guido, de Lebl, Blanca G, Recinos.(1987). *Conductas problema en el niño anormal*. Editorial Trillas.
- Barlow D. Y Durand. M. Thompson.(1998). *Psicología Anormal*. Lerner. “a. edición México
- Bellak y Small (1995). *Psicoterapia breve y de Emergencia*. Edit. Pax.
- Belloch A. ,Sandin B.& Ramos. (1988) *Manual de Psicopatología*, , F. McGraw Hill, primera edición, México.
- Carl Rogers. (1989).*Terapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Collins, Gary. (1998). *Consejería Cristiana efectiva*. Editorial Portavoz.
- Craig, Grace. (1993). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall.
- De la Fuente Ramón. (1996).*La Patología Mental y su Terapéutica Fondo de Cultura Económico*
- Dorch, F.(1998). *Diccionario de Psicología*. Herder.
- Ellis, Albert.(1970). Manual de la *Terapia Racional Emotiva* .Volumen II Bilbao: Editorial Desclee.
- Harry Stack Sullivan. (1945). *La Entrevista Psiquiátrica*.. Edit. Psique.
- José de Jesús González. (1986). Nuñez*Psicoterapia Grupal*. Manual Moderno.
- M. Jacobs.(1999).*Esa Voz Interior*. Editorial Clie.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR*. Editorial Masson. México.

Moreno Jacob.(1998). *El Psicodrama*. México. Ediciones Fondo de Cultura Económica.

Internet

Historia clínica psicológica. Recuperado:
<http://www.psicologia/español-342.htm>.

<http://reflexionpsicología.blogspot.com/2010/04/psicoterapia-html>.

<http://psicología popular.com-20.03.2009/índice.html>.

Anexos

Anexo 1

Horas de práctica y constancia de capacitaciones realizadas



LIGA GUATEMALTECA DE
HIGIENE MENTAL

Chimaltenango, 31 de agosto del 2012

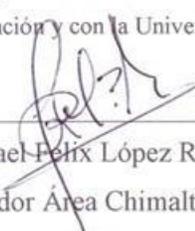
Licda. Sonia Pappa
Asesora de práctica Profesional Dirigida
Universidad Panamericana
Sede Chimaltenango
Presente.

Estimada licenciada:

Por medio de la presente manifiesto que **WILLY TEXAJ**, estudiante de 5to año de Psicología y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, ha realizado la práctica profesional dirigida, a través de atención psicológica, a niñas, niños, jóvenes y adultos, en este centro, durante los meses de marzo a agosto, del año en curso, acreditando **Quinientas sesenta horas (560 hrs.)** de práctica.

No está demás agregar que durante este tiempo Willy Texaj demostró mucha dedicación, interés y calidad en su formación profesional; situación que nos obliga a quedar muy agradecidos con el Estudiante en mención y con la Universidad Panamericana.

Atentamente,



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



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



**Centro de Estudios Técnicos y Avanzados de
Chimaltenango
CETACH N0. 2**

Chimaltenango 25 de septiembre de 2012

A:

Licenciada: Sonia Pappa
Asesora de práctica

Respetable Licenciada

Por este medio hago constar que el estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología y Consejería Social **Willi Jonatán Texaj Larios**, con número de carné 0805576 realizo una serie de capacitaciones con los temas: Inteligencia emocional, autoestima, sexualidad, valores y salud mental, dirigida a estudiantes del nivel básico y diversificado.

Se firma y sella la presente en una hoja de papel bond, el 25 de septiembre de 2012

F 

Lic. Blanca Porras Pineda
Coordinadora académica



Anexo 2

Fotografías de la práctica y de las capacitaciones realizadas



Pacientes atendidos en el centro de práctica



Taller de autoestima



Centro de práctica

Anexo 3

Cronograma de charlas dadas y agenda de actividades del proyecto de salud mental

Cronograma de la charla “Inteligencia emocional”

ACTIVIDAD	CONTENIDO	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Inteligencia emocional	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Escribir individualmente en un papel las emociones que están sintiendo en el momento	5 minutos
Lluvia de ideas	Expresar abiertamente lo que escribieron	5 minutos
Exposición del tema	Inteligencia emocional	20 minutos
Dramatización	Organización de dramas relámpagos	15
Preguntas	Aclaración de dudas	5
Cierre	conclusiones	5 minutos

Cronograma de la charla “Autoestima”

ACTIVIDAD	CONTENIDO	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	autoestima	5 minutos
Dinámica rompe hielo	El espejo(descripción de lo que ve en ellas)	5 minutos
Lluvia de ideas	Ex teorización de lo que sintieron frente al espejo	5 minutos
Exposición del tema	autoestima	20 minutos
Video	Video motivacional	10
Exposición de dudas	Resolver dudas	10
Cierre	conclusiones	5 minutos

Cronograma de la charla “Sexualidad”

ACTIVIDAD	CONTENIDO	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Sexualidad	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Elaborar con la plastilina un muñeco o muñeca de acuerdo al género del estudiante	5 minutos
Espacio abierto	Comparar diferencias físicas y psicológicas entre hombres y mujeres	5 minutos
Exposición del tema en mesa redonda	Sexualidad	20 minutos
Exposición de dudas	Resolver dudas	10
Cierre	Conclusiones	5 minutos

Cronograma de la charla “Valores”

ACTIVIDAD	CONTENIDO	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Valores	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Elaboración de frutas con globos, (colocar un valor a cada fruto con marcadores)	5 minutos
Preguntas directas a estudiantes	Interrogar sobre que clase de frutos (valores) tiene cada estudiante	5 minutos
Exposición del tema	Valores	20 minutos
Elaboración de un árbol de valores	elaborar un árbol con papel construcción, para luego pegar los frutos de valores hechas anteriormente	10
Cierre	Conclusiones	5 minutos

Cronograma de la charla “Salud mental”

ACTIVIDAD	CONTENIDO	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Salud mental	5 minutos
Dinámica rompe hielo	Descripción de tipo de relación que posee cada estudiante, con su ámbito	5 minutos
Exposición del tema	Valores	20 minutos
Tiempo de preguntas	Resolución de preguntas	5 minutos
Cierre	Conclusiones	5 minutos

Cronograma del proyecto de salud mental

Sábado 06 de octubre

Hora	Actividad	Encargados
7:00	Salida para Monte Rico	Todo el grupo
12:00	Llegada a Hotel Restaurante Don Carlos Beach	
12:00 – 1:00	Instalación y ubicación de habitaciones	Nadia Awadallah
1:00 – 2:00	Almuerzo	Veronica Inay y Yessica Archila
2:00 – 3:00	Descanso	
3:00 – 5:00	I Actividad “Programados para triunfar”	Aracely Martínez, Doris Martínez, Glenda Solando e Ingrid Sitán
5:00 – 6:00	Tiempo libre (playa)	
6:00 – 8:00	Cena	Sara Mux, Angélica Juchuña
8:00 – 10:00	II Actividad “Fogata”	Janine Callejas, Nadia Awadallah, Camila Mendoza, Felipe Yool
10:00 –	Película	Isai López, Jesica Mota
11:30	Dulces Sueños	

Domingo 07 de octubre de 2012

Hora	Actividad	Encargado
6:00 - 7:00	Aeróbicos – gimnasia	Elmer Lara, Amilcar Lima
7:00 – 8:00	Aseo Personal	
8:00 – 9:30	Desayuno	Veronica Inay, Yessica Archila
9:30 – 11:00	III Actividad “Rally”	Willi Texaj, Heidy Galvez, Olga Andrade
11:00 - 12:00	Preparación de equipaje	
12:00 – 1:00	Almuerzo	Veronica Inay, Yessica Archila
1:00 – 3:00	Paseo por Monte Rico	
3:00 – 6:00	Regreso a Chimaltenango	

“Programados para triunfar”

Agenda actividad No. 1

Fecha: 06-10-12

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

Responsables: Glenda, Ingrid, Doris y Aracely

Objetivo

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

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

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

Programa de la cena especial

Hora: 7:00 – 9:00 p.m.

Horario	Actividad	Descripción de la actividad	Objetivos	Encargada
7:00 a 7:10	Palabras de bienvenida	Incentivar a cada uno de los presente que el trabajo que realicemos lo hagamos de corazón.	Agradecer a cada uno de ellos por la ayuda y el apoyo de nuestra actividad.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:10 a 7:30	Papa caliente	Al que le quede el globo tiene que dar un consejo o un tip para el auto cuidado	Alcanzar comprender cada una de las dificultades que exista en nuestro contexto, para poder desempeñar un buen papel a la hora de laborar como psicólogo.	Angélica Juchuña. Sara Mux
7:30 a 8: 15	Cena	Cena	Cena	Cena
8:15 a 8:30	Característica y una cualidad	Cada uno de los participantes reflexionará sobre sus actitudes (positivas y por mejorar.	Cambiar y aceptar nuestras actitudes para mejorarla mas adelante.	Angélica Juchuña. Sara Mux
8:30 a 8:35	Palabras de agradecimiento	Realizar una reflexión sobre las actitudes y el autocuidado	Lograr conocerse a si mismos para el auto cuidado.	Angélica, Juchuña. Sara Mux

Programa de Fogata Actividad II

Responsables: Camila Mendoza
Janina Callejas
Nadia Awadallah
Felipe Yool

Lugar: Hotel, Restaurante Carlos Beach

Fecha: 6 de octubre del 2012

Horario: 8:00 pm – 10:00 pm

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

Actividades:

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

Nombre: Película “Tan fuerte tan cerca”.

Hora: 10:00 – 11:30 P.M.

Responsables: Isaí López, Jessica Mota.

Objetivo:

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

Objetivos	Actividad	Recursos
<p>Concientizar a los jóvenes estudiantes, sobre el valor de nuestros seres queridos y lo importante que es pasar tiempo de calidad con ellos, porque no se sabe el tiempo que estarán con nosotros.</p> <p>Analizar la importancia de la perseverancia y el papel que juega en la realización de nuestras metas y propósitos.</p>	Proyección de la película “tan fuerte, tan cerca”	<ul style="list-style-type: none">-cañonera-computadora-bocinas-película

Actividad III “Rally”

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

Fecha: 7 de octubre de 2,012

Hora: 9:30 am a 11:00 am

Integrantes: Willi Texaj, Olga Andrade

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

No.	Actividad	Tiempo	Recursos	
1	Presentación e instrucciones de la actividad, dividir a los grupos por colores de playeras(lila, gris y negra)	10 minutos	❖ Humanos	Willi Texaj, Olga Andrade y Heidy Gálvez
2	Primer juego encostados	10 minutos	❖ Humanos, costales	Heidy Gálvez
3	Segundo juego carretitas humanas	10 minutos	❖ Humano	Willi Texaj
4	Tercer juego mímica	6 minutos	❖ Humano y agua gaseosa	Olga Andrade
5	Cuarto: manzanas flotantes	10 minutos	❖ Humanos y vejigas	Willi Texaj
6	Quinto juego llevar un limón con la cuchara en la boca	10 minutos	❖ Humano servidoras huevos	Heidy Gálvez
7	Sexto juego la cubeta y agua	10 minutos	❖ Humano agua cubeta esponja	Olga Andrade
8	Séptimo póngale la cola al burro	5 minutos	❖ Humano figuras	Willi Texaj
9	Octavo: reventazón de vejigas	7 minutos	❖ Humano lazo	Olga Andrade
10	Compartir que sintieron los participantes al realizar estos juegos.(telaraña) como cierre de la actividad	12 minutos	❖ Humanos	Heidy Gálvez

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

IV. Lecciones aprendidas

1. Los participantes llegaron a la conclusión de que el proyecto de salud mental denominado “Fortaleciendo la salud mental del Psicólogo” fue de gran beneficio para la vida personal, emocional y psicológica de cada uno.
2. Es de suma importancia que el psicólogo dedique tiempo al auto cuidado de su salud mental, de lo contrario, corre el riesgo de hacer contratransferencia con el paciente.
3. Fortalecer la salud mental en el psicólogo es muy importante, ya que debe estar en óptimas condiciones al momento de atender a pacientes.
4. Hubo un aprendizaje para trabajar en equipo, partiendo de la teoría de que ya se sabía hacerlo, sin embargo experimentarlo durante dos días seguidos y sobre todo, tomando en cuenta las condiciones (cansancio, calor), se reforzó el hecho de que sí nos apoyamos y somos responsables de lo que corresponde el objetivo será exitoso.
5. La obtención de conciencia sobre que nuestro cuerpo es muy importante para el buen funcionamiento emocional, debido a ello debemos cuidarlo, alimentarlo, relajarlo, hacer ejercicio, para mantenerlo dinámico.
6. Que cada persona es especial y tiene diferentes habilidades y mientras más las explore y las concientice mejor se desempeñará en las diferentes actividades que desempeñe.
7. El área espiritual es necesario cultivarla y mantener un espíritu saludable y libre de problemas, por lo que se requiere que cada uno busque según su idea de Dios como satisfacer esta necesidad.
8. A lo largo de las actividades aprendimos, compartimos y experimentamos cambios en nuestro ser, queremos agradecerle a la Licda. Sonia por la intervención en la actividad de la fogata fue excelente ya que encontramos nuestros miedos y frustraciones y aprendimos

9. a combatirlos y moldearlos para que ese miedo o dolor se convirtiera en energía para poder vencer los obstáculos de nuestra vida.
10. El proyecto fue una experiencia muy enriquecedora, cada grupo estuvo al tanto de sus actividades programadas, se vio la entrega y esmero para dar lo mejor de sí.
11. Esta actividad marca el inicio de un nuevo reto, el reto de crecer como persona y como profesional.